

MEDICAMENTS EMERGENTS DANS LE CONTEXTE DE LA MONDIALISATION: PRODUITS ET ACTEURS, SAVOIRS ET USAGES. BURKINA FASO, BENIN, SENEGAL



01/05/2009

Coordonné par A. Desclaux

UNIVERSITE PAUL CEZANNE D'AIX-MARSEILLE : CENTRE DE RECHERCHE CULTURES, SANTE, SOCIETES (JE 2424)

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT : UMR 145 (SIDA ET MALADIES ASSOCIEES) ET UR 10 (SANTE DE LA MERE ET L'ENFANT)

FINANCEMENT MINISTERE DE LA RECHERCHE ACI PROSODIE (PRO-0061)

MEDICAMENTS EMERGENTS DANS LE CONTEXTE DE LA MONDIALISATION : PRODUITS ET ACTEURS, SAVOIRS ET USAGES.

EQUIPE DE RECHERCHE: A. DESCLAUX, E. SIMON, M.
EGROT (CRECSS), B. TAVERNE, M. COUDERC (UMR 145),
J.Y. LE HESRAN, C. BAXERRES (UR 10), A. LAINE, D.
BONNET (IRD), ET PARTENAIRES

RAPPORT FINAL
MAI 2009

UNIVERSITE PAUL CEZANNE D'AIX-MARSEILLE : CENTRE DE RECHERCHE
CULTURES, SANTE, SOCIETES (JE 2424)

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT : UMR 145 (SIDA ET
MALADIES ASSOCIEES) ET UR 10 (SANTE DE LA MERE ET L'ENFANT)

FINANCEMENT MINISTERE DE LA RECHERCHE ACI PROSODIE (PRO-
0061)

EQUIPE DE RECHERCHE

- C. BAXERRES, DOCTORANTE EN ANTHROPOLOGIE, UR 10 IRD
- B. BILA, DOCTORANTE EN ANTHROPOLOGIE, IRSS BURKINA FASO
- D. BONNET, ANTHROPOLOGUE, DR UMR 196 IRD (CEPED)
- M. COUDERC, DOCTORANTE EN ANTHROPOLOGIE, UMR 145 IRD
- A. DESCLAUX, ANTHROPOLOGUE, PROFESSEUR CRECSS PUIS DR UMR 145 IRD
- M. EGROT, ANTHROPOLOGUE, CR UMR 145 IRD
- A. LAINE, HISTORIENNE, CHERCHEUR ASSOCIEE, UMR 8054 IRD (MALD)
- J.Y. LE HESRAN, MEDECIN EPIDEMIOLOGISTE, CHERCHEUR UR 10 IRD
- E. SIMON, ANTHROPOLOGUE, POST-DOCTORANTE CRECSS PUIS UMR 145 IRD
- B. TAVERNE, ANTHROPOLOGUE, CR UMR 145 IRD
- E. SAMBIENI, ANTHROPOLOGUE, EQUIPE LOCALE LASDEL PARAKOU

INSTITUTIONS PARTENAIRES

CRCF (CENTRE REGIONAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION A LA PRISE EN CHARGE DU VIH ET DES MALADIES ASSOCIEES), DAKAR, SENEGAL

IRSS (INSTITUT DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE) AVEC LA COLLABORATION DE L'ASSOCIATION KASABATI, OUAGADOUGOU, ET DU SHADEI, BOBO-DIOULASSO, BURKINA FASO

LASDEL (LABORATOIRE D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DEVELOPPEMENT LOCAL), PARAKOU, AVEC LA COLLABORATION DE L'ASSOCIATION OPTIMA, BENIN

TABLE DES MATIERES

TOME 1

AVERTISSEMENT	7
REMERCIEMENTS	7
1.SYNTHESE	9
2. RAPPEL DU PROJET INITIAL.....	15
OBJECTIFS ET ORIGINALITÉ DU PROJET	15
PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE ENVISAGÉES	18
RÉSULTATS SCIENTIFIQUES ATTENDUS	19
RÉAJUSTEMENTS DU PROJET	21
3. RAPPORT D'ACTIVITÉS CHRONOLOGIQUE.....	23
4. RAPPORT D'ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES.....	29
4.1. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU PALUDISME AU BÉNIN	29
4.2. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU SIDA AU BÉNIN	34
4.3. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU SIDA AU SÉNÉGAL	42
4.4. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU SIDA AU BURKINA FASO	49
4.5. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DE LA SANTE SEXUELLE AU BURKINA FASO	52
5. ENJEUX CONCEPTUELS, DEFIS METHODOLOGIQUES ET ETHIQUES	57
5.1. ENJEUX CONCEPTUELS DE DÉFINITION DE L'OBJET	57
5.2. DÉFIS MÉTHODOLOGIQUES.....	64
5.3. DÉFIS EN MATIERE D'ETHIQUE	66
5.4. PRÉSENTATION DES ANALYSES TRANSVERSALES.....	68
5.2. USAGES ET CONSÉQUENCES DE LA PRATIQUE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	69
5.3. LES LIEUX DU « VÉRITABLE TRAVAIL ÉTHIQUE » EN ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ: TERRAIN, COMITÉS, ESPACES DE RÉFLEXION	87
6. ANALYSES TRANSVERSALES. ACTEURS.....	103
6.1. INTRODUCTION	103
6.2. IMPLICATION DES GUÉRISSEURS DANS LE TRAITEMENT DU SIDA AU SÉNÉGAL	107
6.3. CE N'EST PAS DANS LES VIEILLES MARMITES QU'ON FAIT LA MEILLEURE SOUPE ! PRODUCTION SOCIALE D'UN THÉRAPEUTE BÉNINOIS D'UN NOUVEAU GENRE	115
6.4. DES GUÉRISSEURS « NÉO-TRADITIONNELS » ? RÉFLEXION SUR LA CARACTERISATION DE THÉRAPEUTES EMERGENTS	131
6.5. LE MARCHÉ INFORMEL DU MÉDICAMENT DANS LES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE DE L'OUEST : RAISONS HISTORIQUES DE SON ÉMERGENCE ET PERSPECTIVES CONTEMPORAINES AU BÉNIN	137
6.6. LÉGITIMITÉ DU SAVOIR MÉDICAL SUR LA DRÉPANOCYTOSE AU BÉNIN	149
7. ANALYSES TRANSVERSALES. PRODUITS	161
7.1. INTRODUCTION	161
7.2. CARACTÉRISATION DES PRODUITS ET INVENTAIRES	165
7.3. UNE SÉLECTION DE MÉDICAMENTS ÉMERGENTS DANS LE CHAMP DU SIDA : IMMUBOOST +, VK 500 ET VK X, VIRALGIC, METRAFAIDS	171
7.3. LES MEDICAMENTS EMERGENTS POUR LE TRAITEMENT DU SIDA AU BURKINA FASO.....	193

7.4. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES REMÈDES TRADITIONNELS ET NÉO-TRADITIONNELS DU SIDA AU SÉNÉGAL	205
7.5. PHYTHOTHÉRAPIE IMPORTÉE EN AFRIQUE DE L'OUEST : LE CAS DES TRAITEMENTS DU SIDA AU BÉNIN	209
7.6. BIOGRAPHIE D'UN TRAITEMENT: HANGBIDI, LINKPEYO ET SOLOJAKPIN.....	219

TOME 2

8. ANALYSES TRANSVERSALES. SAVOIRS ET SYSTÈMES DE DIFFUSION.....	225
8.1. INTRODUCTION	225
8.2. D'OÙ PROVIENNENT LES MÉDICAMENTS DU MARCHÉ INFORMEL ? TENTATIVE D'ANALYSE DE L'OFFRE INFORMELLE DE MÉDICAMENTS À COTONOU.....	229
8.3. L'EXPÉRIMENTATION D'UN TRAITEMENT ALTERNATIF DU VIH/SIDA AU SÉNÉGAL. A PROPOS DE LA SPIRULINE	243
8.4. L'EXPÉRIMENTATION DES TRAITEMENTS NÉO-TRADITIONNELS DU SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST : QUESTIONS D'ÉTHIQUE.....	257
8.5. L'ONG PROMETRA (PROMOTION DES MEDECINES TRADITIONNELLES) ET LE VIH/SIDA AU SÉNÉGAL	263
8.6. DES PRODUITS POUR VIVRE ÉTERNELLEMENT. LE PRINCIPE ACTIF D'UNE FIRME MULTINATIONALE	293
9. ANALYSES TRANSVERSALES. USAGES.....	301
9.1. INTRODUCTION	301
9.2. ALTERNATIVE MEDICINES FOR AIDS IN RESOURCE-POOR SETTINGS: INSIGHTS FROM EXPLORATORY ANTHROPOLOGICAL STUDIES IN ASIA AND AFRICA	303
9.3. MOTIFS D'UTILISATION POPULAIRE ET PROFESSIONNELLE DES MÉDICAMENTS ANTIPALUDIQUES VENDUS SUR LE MARCHÉ INFORMEL À COTONOU.....	309
9.4. MOTIFS DE PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS ALTERNATIFS DU SIDA : ANALYSE DES MOTIVATIONS DES PERSONNELS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX.....	317
9.5. MÉDICAMENTS ET SEXUALITÉ À OUAGADOUGOU. PROFILS DE PRODUITS POUR L'UN ET L'AUTRE SEXE	321
10. CONCLUSIONS	329
11. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS	335
12. BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	341
13. ANNEXES	349
13.1. COMPTE-RENDU DU SÉMINAIRE 2008	349
13.2. NOTE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PERSONNES CHARGÉES DE PROPOSER À DES PVVIH DE PARTICIPER AU PROGRAMME.....	352
13.3. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PVVIH	354
13.4. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES VENDEURS DE TRAITEMENTS NÉO-TRADITIONNELS.....	355
13.5. GUIDE D'ENTRETIEN UTILISÉ DANS LES ENQUÊTES AUPRÈS DES GUÉRISSEURS AU SÉNÉGAL.....	361
13.6. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRÈS DES PVVIH (OU PALUDISME, DRÉPANOCYTOSE, IST ET PROBLÈMES SEXUALITÉ)	362
13.7. FICHE PRODUIT POUR LE TRAITEMENT DU VIH.....	369
13.8. FICHE PRODUIT DES ANTIPALUDIQUES.....	373

AVERTISSEMENT

Compte tenu du fait que certaines données et analyses présentées doivent faire l'objet d'une stratégie de communication auprès de publics ciblés, en cours de définition, ce rapport est confidentiel. L'utilisation d'extraits est soumise à l'obtention d'une autorisation auprès des ses auteurs.

Alice Desclaux

CReCSS, UPCAM

adesclaux@free.fr

REMERCIEMENTS

A toutes les personnes qui ont bien voulu participer à ces enquêtes. Aux membres des équipes partenaires et aux institutions qui ont bien voulu nous accueillir.

L'équipe de recherche

1.SYNTHESE

En Afrique, on constate un développement très rapide de la circulation de médicaments hors du cadre formel du système de soin et des règles internationales de prescription biomédicale. Ces « médicaments émergents » sont de fabrication industrielle (produits pharmaceutiques et parapharmacie) ou artisanale ; ils sont d'origines diverses (africaines, asiatiques, nord-américaines) ; la plupart d'entre eux mobilisent des discours scientifiques ou parascientifiques ; ils sont diffusés par des réseaux commerciaux distincts, en totalité ou en partie, des circuits formels d'approvisionnement pharmaceutique.

L'objectif de ce projet était de produire des connaissances sur les usages, les savoirs et les acteurs impliqués dans la diffusion et la consommation de ces médicaments, sur la base d'une approche anthropologique.

Le projet a abordé ces questions en se focalisant sur les produits utilisés pour le traitement du paludisme et de la drépanocytose au Bénin, pour répondre à des demandes de santé liées à la sexualité au Burkina Faso, pour le traitement du sida dans les trois pays. Des études ciblées ont permis de mettre en place une base de données concernant les caractéristiques d'une quarantaine de produits pour le traitement du sida utilisés dans au moins un des pays, de rassembler des informations concernant d'autres produits de la même catégorie, une quinzaine de produits entrant dans le traitement du paludisme et un nombre équivalent concernant la sexualité. De nombreux aspects ont été documentés au travers des enquêtes par entretiens, observations, recensions, analyse documentaire et collecte de specimens. Les résultats ont donné lieu à plusieurs traitements transversaux : constitution de fiches produits, d'inventaires, analyses comparatives sur des thèmes spécifiques. Ces travaux ont donné lieu à une soixantaine de communications, publications et travaux académiques, parus ou en cours de soumission. Le rapport présente, outre une discussion sur les enjeux méthodologiques, théoriques et éthiques d'une telle étude, un ensemble d'analyses transversales et d'études de cas. Les principales questions abordées sont discutées ci-dessous.

Enjeux de définition de l'espace investigué : de l'objet d'étude défini initialement au matériau recueilli

Pas plus que la notion de « traitements néo-traditionnels », celle de « médicaments émergents » ne constitue un concept susceptible de définir la signification culturelle et sociale des traitements étudiés ou de caractériser les acteurs, produits, savoirs et usages qu'ils mobilisent. Ces notions qui, à l'instar de la notion d'ethnie, ne sont que des « catégorie[s] relative[s] permettant une orientation pratique dans l'espace social, pas un concept » (Bazin 1985 cité par Fassin 1988 : 208)¹, permettent néanmoins de qualifier un ensemble hétérogène de produits thérapeutiques, en rapport avec des pratiques et acteurs, qui ont pour caractéristique commune leur absence de reconnaissance par les institutions biomédicales internationales et par les modes de légitimation de la biomédecine (définition sur la base d'un principe pharmacologique actif, validation par des essais cliniques, distribution par les réseaux officiels d'approvisionnement en médicaments contrôlée institutionnellement). Ces caractéristiques sont conjoncturelles : plusieurs thérapies visent la validation biomédicale et pourraient l'obtenir dans le futur ; d'autres, dont certains traits les situent « à proximité » de la biomédecine, peuvent, selon les circonstances et l'inscription sociale de modes de

¹ Fassin E., Fassin D. (1988) « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. », Cahiers d'études africaines, 110, XXVIII, -2 : 207-231.

validation, apparaître comme validées. Néanmoins on ne parvient pas, au vu des résultats de nos observations, à décrire un système unique qui permettrait d'appréhender ces « médicaments émergents ».

L'ensemble de ces pratiques, acteurs, produits, savoirs et usages, des processus d'adhésion et des modes de légitimation qui leur sont associés, apparaît vaste et hétérodoxe, appelant le qualificatif « d'espace ». Cet espace est difficilement cerné en partant d'une indication d'usage -qui pourrait, si elle était similaire à celles de la démarche biomédicale, être définie par une ou plusieurs catégories nosologiques. Le caractère composite de la définition du sida (qui inclut une diversité de symptômes, d'états et de stades biologiques et pathologiques, et peut apparaître comme une étiologie autant qu'une manifestation) réduit les possibilités de délimitation d'un périmètre de produits destinés à traiter cette pathologie. Par ailleurs, la stigmatisation associée à l'infection à VIH et la volonté d'éviter la suspicion d'allégations abusives rendent les promoteurs ou utilisateurs de traitements du sida peu diserts. Il est moins difficile d'évoquer dans les enquêtes la drépanocytose (pathologie définie comme une entité spécifique, y compris dans les représentations populaires) ou le paludisme (maladie « banale » et non stigmatisante), mais l'absence de correspondance des définitions des entités nosologiques entre espaces sociaux biomédical et populaire concernés par la diffusion des produits représente un défi conceptuel et méthodologique. De plus, certains produits se définissent comme « complémentaires », renforçant l'immunité ou prévenant les troubles, alors que d'autres apparaissent comme des panacées susceptibles de traiter une gamme étendue de manifestations pathologiques. Nous avons donc exploré les traitements indiqués « pour les personnes vivant avec le VIH » plutôt que ceux destinés à « traiter le sida », pour des raisons méthodologiques et théoriques. Les médicaments utilisés sur le marché informel pour soigner le paludisme et la drépanocytose, et « traiter » la sexualité, posent des problèmes méthodologiques et théoriques différents. Néanmoins, des similitudes ont été décrites, notamment parce que les traitements de la drépanocytose font parfois l'objet d'une réinterprétation de leurs indications étendues au sida. Les médicaments utilisés dans le domaine du paludisme ne sont qu'exceptionnellement le fruit « d'inventions » par des promoteurs locaux, et apparaissent moins souvent que les traitements du sida comme faisant appel à des références recherchées du côté de la nature ou de la tradition : il s'agit essentiellement de produits pharmaceutiques industriels dont les déclinaisons concernent essentiellement leur statut juridique (spécialités, génériques, avec ou sans AMM), leur composition pharmacologique (formulation et galénique) ou leur mode de distribution et vente. Enfin, les traitements de la sexualité éclairent la question des médicaments émergents sous un angle original : les produits se présentent comme inscrits dans une « tradition » de l'art de la séduction plutôt que de l'art médical ; ils permettent ainsi d'appréhender un domaine où les médicaments sont « genrés ». Ces éclairages différents donnent un panorama assez riche de l'espace social des « médicaments émergents ».

La diversité des produits. Enjeux de catégorisation

Dans cet espace vaste, sous une apparence matérielle plus ou moins proche des standards de l'industrie pharmaceutique, les « médicaments émergents » ont un contenu social et symbolique varié. L'effort de production d'une typologie, fût-il modeste dans ses ambitions et limité à une intention descriptive, se heurte à cette hétérogénéité. La plupart des catégorisations possibles doivent instaurer des catégories discrètes au sein de continums. Une tentative de typologie des produits selon de modèles théoriques existants, basée sur la répartition de leur production, leur diffusion, leur prescription et leur usage entre secteurs de soin de santé populaire, traditionnel et biomédical (selon la catégorisation de Kleinman² assortie de toutes les réserves à ce sujet), montre l'impossibilité de situer chaque produit dans l'un ou l'autre secteur : tous renvoient, à l'un ou l'autre stade, à des interfaces entre secteurs. Il faut donc recourir à une approche descriptive très pragmatique pour proposer plusieurs typologies qui devront être « recoupées ».

Une typologie des produits basée en premier lieu sur la qualification de leurs inventeurs/promoteurs peut recenser :

² Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 1980

- les produits promus par des guérisseurs : il s'agit généralement de produits phytothérapeutiques dont la connaissance a été « dictée par le savoir ancestral » ou a fait l'objet d'un don divin, qui diffèrent peu, dans leur usage social, de traitements immatériels (rituels ou prières) ou revendiqués comme basés sur une manipulation symbolique plutôt qu'un effet physique
- les produits promus par des « tradipraticiens » en « médecine traditionnelle améliorée » : il s'agit de produits dont la connaissance a été « héritée » (savoir ancestral, inspiration divine, connaissance lignagère) qui ont fait l'objet d'une élaboration faisant référence à une démarche expérimentale et éventuellement à des connaissances biologiques ; cette élaboration s'accompagne souvent d'une part de création individuelle plus ou moins revendiquée par le « tradipraticien » (Metrafaids)
- les produits promus par des pharmaciens et scientifiques : éventuellement présentés comme issus d'une « tradition » localisée ou mondialisée, d'une inspiration (de sources diverses) ou de l'observation empirique, ces produits ont fait l'objet d'une construction sociale destinée à leur fournir une reconnaissance basée sur leur effet biologique et un statut juridique précisément défini selon des normes nationales et internationales, qui permet leur diffusion dans le secteur licite (VK X)

Une typologie des produits basée sur la qualification de leurs espaces de production peut recenser :

- des produits de préparation artisanale effectuée par leur promoteur, similaire à celle des « remèdes » des secteurs populaire et traditionnel, présentés dans des emballages leur donnant les apparences de produits pharmaceutiques (Tobacoak's)
- des produits dont la production fait l'objet d'un certain degré de standardisation dans la préparation, la conservation ou la présentation ; elle est déléguée par leur promoteur à des préparateurs, qui souvent appartiennent à la compagnie du promoteur et exercent dans des unités parfois qualifiées de « laboratoires » (produits Phytosalus)
- des produits fabriqués sur les directives et sur commande du promoteur dans des unités industrielles spécialisées dans la fabrication de médicaments, éventuellement identifiées comme distinctes de la compagnie du promoteur, parfois basées dans un autre pays (Immubooost)

Une typologie des produits basée sur leur espace géographique de diffusion peut recenser :

- des produits à diffusion locale, qui souvent ne dépasse pas l'aire de diffusion de la renommée du promoteur : il s'agit souvent de produits revendiqués par un promoteur individuel (Aloe autochtone)
- des produits à diffusion loco-régionale, retrouvés dans des pays voisins de celui de leur création, parfois dans deux des trois pays investigués (Api-sida)
- des produits à diffusion régionale, dont la diffusion a été repérée dans d'autres pays africains mais qui ne sont pas diffusés dans les pays européens ou autres pays développés (dans certains cas parce qu'ils y ont été interdits) (Viralgic)
- des produits à diffusion internationale, à partir de l'Afrique (Metrafaids), des USA (Aloe vera FLP), de la Chine (Tianshi)

Une typologie des produits basée sur la qualification de leurs espaces sociaux d'indication et d'usage peut recenser :

- des produits prescrits, promus, vendus, et consommés par les « mêmes » acteurs (voire des personnes appartenant à la même institution) (Tianshi, Aloe vera FLP)
- des produits prescrits, promus, et vendus par les mêmes acteurs (Phytosalus, Metrafaids) distincts des utilisateurs
- des produits pour lesquels promoteur / producteurs et distributeurs d'une part, prescripteurs d'autre part sont des acteurs distincts et différents des utilisateurs (Spiruline)
- des produits pour lesquels ces quatre catégories d'acteurs sont distinctes (Viralgic).

De manière générale, on note que les modes de présentation des produits comme leurs réseaux de diffusion sont marqués par un trait commun d'ordre linguistique. Les « médicaments émergents » pour le traitement du sida (à l'exception de ceux diffusés par des firmes multinationales comme FLP, Tianshi, Lifelong) semblent inscrits dans un espace linguistique francophone, contrairement aux médicaments du paludisme dont la diffusion est inscrite dans des filières mondialisées de produits présentés en anglais ou français, les frontières entre Bénin/Togo et Ghana/Nigéria apparaissant comme des interfaces. Au Sénégal,

au Bénin et au Burkina Faso, nous n'avons pas repéré les « traitements émergents » issus des produits « complémentaires » qui ont fait l'objet de controverses au cours des dernières années en Afrique (tels que par exemple les « vitamines du Dr Roth » en Afrique du Sud ou les produits promus par la ministre de la santé sud-africaine). Par ailleurs, les produits identifiés au Sénégal sont moins nombreux que ceux identifiés au Bénin et au Burkina Faso. Ceci s'explique par des schémas d'enquête différents (méthodologie distincte ne visant pas l'exhaustivité au Sénégal), mais peut-être également par la prégnance au Sénégal de quelques promoteurs anciens et puissants (Prometra et Keur Massar), ainsi que la proximité avec la Gambie dont le président, Yaya Jammeh, revendique de guérir le sida : les entretiens menés à Dakar attestent de la fréquence des recours à ses soins, qui pourraient ainsi « occuper l'espace thérapeutique néo-traditionnel ».

La construction symbolique des médicaments émergents : « tradition », « science » et « nature »

Les « médicaments émergents » ou « néo-traditionnels » sont d'abord des médicaments, c'est-à-dire des formes matérielles de traitement dont la logique d'utilisation est, pour tous les acteurs, d'abord d'ordre biologique. La collecte des discours sur les modes d'action de ces produits atteste de « savoirs » de niveaux très hétérogènes, entre représentations plus ou moins connotées et notions de biologie et physiologie populaire diversement articulées, incluant parfois des éléments de savoirs spécialisés (par exemple en virologie ou en thérapeutique) ou des notions d'ordre philosophique ou religieux (par exemple relevant de la pensée New Age).

Sous le discours biologisant, trois notions apparaissent comme essentielles, ayant une valeur légitimante de la fonction thérapeutique des produits : la « tradition », la « nature » et la « science ». En 1988, Fassin et Fassin analysaient le sens de la notion de « tradition » dans le champ thérapeutique, en proposant une interprétation relevant de l'anthropologie politique, et mentionnaient que le « naturel » n'avait pas sa place dans les discours des tradithérapeutes sénégalais ; en vingt ans, l'offre de « médicaments néo-traditionnels » s'est développée et repositionnée en incluant ce thème. Les produits que nous avons investigués ne peuvent cependant pas être catégorisés selon ces trois termes ; il semble plus pertinent de considérer qu'ils relèvent d'une catégorisation hétéronomique, et de les situer en référence à un espace de significations organisé de manière tripolaire. Chaque produit est perçu par ses promoteurs et ses utilisateurs comme chargé d'un assemblage de traditionnel, de naturel et de scientifique, construit selon une combinaison spécifique, que l'on peut « repérer » par sa plus ou moins grande proximité par rapport à l'un de ces pôles.

La notion de « traditionnel » est utilisée de manière très ambivalente dans les discours : dans certains cas, la « tradition » à laquelle il est fait référence est une tradition mondialisée qui semble avoir un pouvoir légitimant d'autant plus important que plusieurs « grandes civilisations du passé » sont censées avoir utilisé les remèdes évoqués. Dans d'autres cas, la tradition locale, bien qu'ayant une forte valeur identitaire, est mentionnée à propos de recettes de phytothérapie censées avoir été sélectionnées par le « savoir ancestral », que leur évocation réduit à leur dimension biologique (par exemple à la mention des espèces végétales entrant dans la composition du médicament) ; ceci fait apparaître une définition fort réductrice de la « tradition » par les acteurs qui pourtant s'y réfèrent en lui accordant un pouvoir certain. Le « naturel » est une notion mobilisée de manière dominante à propos des traitements néo-traditionnels importés. Dans ce cas, les notions sous-jacentes incluent la valeur bénéfique a priori et l'absence d'effet adverse des produits végétaux, présentés en les opposant au caractère présumé toxique des produits industriels. Cette notion s'applique plus particulièrement à quelques espèces végétales ayant valeur de panacées, présentées comme des compléments alimentaires et souvent dans la rhétorique des « médecines naturelles » alternatives. Le « scientifique » apparaît au travers de la présentation des produits et des démarches de validation entreprises dans le système de soin biomédical, et de leur diffusion auprès des professionnels de santé (et par eux). L'analyse des représentations sous-jacentes montre qu'elles sont souvent basées sur des interprétations populaires de la biologie ou de la science, qui peuvent faire l'objet d'une discussion concernant les dynamiques culturelles en cause –entre emprunts et influence culturelle.

Dans tous les cas, ces produits ne sont pas que des « marchandises » exemptes de significations sociales et dont le sens serait réduit à l'image qu'en donnent leurs promoteurs, centré par leur valeur marchande.

Panorama des acteurs et des réseaux de diffusion

La reconstitution de la « biographie des médicaments » montre que la plupart d'entre eux ont, aux différentes étapes de leur création, promotion, production, diffusion, prescription et utilisation, impliqué des acteurs des trois « secteurs de soins de santé ». Avec ces « nouveaux » médicaments, au moins deux « nouveaux acteurs » apparaissent, qui peuvent correspondre à de nouvelles formes d'inscription sociale des produits. Les « nouveaux guérisseurs », susceptibles de combiner les références à la science, à la tradition et à la nature, et de « développer leur produit » (au sens que l'industrie donne à ce terme) sont lettrés ; plusieurs se sont engagés sur la voie d'une carrière scientifique ou médicale, avant de bifurquer –à l'occasion d'un événement personnel ou d'un échec que la reconstruction biographique a pu effacer ou tenir pour fondateur, vers une orientation « para-scientifique ». Dans ce cas, l'invention du médicament et le discours qui l'accompagne sont le produit d'une idiosyncrasie dans un espace où la libre entreprise individuelle semble immédiatement rentable. Ces « entrepreneurs thérapeutiques » apparaissent comme des virtuoses de l'assemblage -conscient ou inconscient- des représentations sociales en matière de santé, à l'entrecroisement entre discours biologique et légitimations symboliques.

Un autre type de « nouvel acteur » est probablement l'usager-prescripteur. Entré avec une facilité extrême dans le système pyramidal d'une firme de vente directe, cet usager devient un prescripteur efficace, à la fois « pair éducateur », « acteur de prévention », « agent de santé primaire », auteur de « témoignage », « entrepreneur privé » et « représentant solidaire d'une firme multinationale » paré de la puissance économique nord-américaine. Cet acteur apparaît simultanément comme individualiste et altruiste, et tourné vers un avenir présenté comme « toujours meilleur ». L'efficacité de ses traitements est probablement marquée par cette inscription sociale, qui apparaît comme une opportunité palpable d'acquisition d'un capital économique, social et de savoir, dont les limites ne seraient que celles du désir des individus.

L'une des caractéristiques des « médicaments émergents néo-traditionnels » est de faire intervenir de nombreux acteurs (individus et institutions, locaux et issus d'autres régions du monde), suivant des réseaux et filières souples et divers : ceci fait appel à des inscriptions sociales des traitements qui ne sont pas nouvelles (par exemple l'utilisation de ces produits à titre personnel et privé par des professionnels de santé qui ne les prescrivent pas dans le cadre de leur activité professionnelle parce qu'ils ne correspondent pas aux normes de leur profession) : les « nouvelles figures sociales » évoquées ci-dessus ne doivent pas être considérées comme celles d'acteurs spécifiques de ces médicaments, mais comme des figures clé de leur inscription sociale ou de leur diffusion.

Une forme du « mainstreaming » des médecines complémentaires ?

Les travaux récents en anthropologie de la santé, notamment nord-américains, considèrent que les thérapies « alternatives à la biomédecine » sont en train de se développer dans le système médical, sous les effets conjugués d'un amendement de l'autorité de la médecine, de l'extension d'une logique de marché aux services de santé, de la diffusion du savoir médical hors d'un groupe social, d'une plus grande facilité d'accès aux produits de santé devenus des marchandises qui échappent aux régulations, d'une défiance croissante vis-à-vis de l'approche médico-technique, et d'un transfert du « locus » de la décision thérapeutique du soignant prescripteur au patient consommateur. Cette dynamique apparaît-elle dans les pays où nous avons enquêté ? L'étude montre que les « médicaments émergents » sont souvent prescrits et utilisés dans le système de soin biomédical, selon une logique « complémentariste » similaire à celle décrite dans les pays du Nord. Traitements du « care », inscrits dans une approche holistique ou empathique, faisant appel à des références au « naturel » ou au « traditionnel » prisées par les professionnels de santé comme par les patients : les motivations des soignants prescripteurs montrent que l'absence de validation par les autorités sanitaires n'est pas un obstacle, car elle est tantôt méconnue tantôt perçue comme arbitraire par les agents de santé qui partagent les critères de jugement des produits avec ceux qui en font la promotion.

Cette diffusion est aussi favorisée par des figures qui pourraient être qualifiées de « médico-traditionalistes » (néologisme de construction similaire à « tradipraticien ») : une formation universitaire en médecine ou en biologie a conduit un acteur, parfois au travers d'une pratique clinique porteuse d'une approche humaniste, à développer une réflexion philosophique ou à revisiter des éléments de son patrimoine culturel pour y inscrire ses « découvertes thérapeutiques ». Dans une démarche en première approximation inverse de celle du tradipraticien qui a sécularisé son approche en la biologisant, ce

thérapeute « convoque le sacré » dans l'un des aspects de son activité, introduisant dans la médecine des notions ou valeurs issues du monde religieux incommensurables aux valeurs de la science (d'un point de vue étique, mais pas du point de vue de cet acteur), telles que l'élection divine, le secret du savoir, ou son caractère inaccessible aux « scientifiques ordinaires ».

Bien qu'ayant collecté des médicaments issus du système institutionnel public de légitimation des médecines traditionnelles dans les trois pays, nous ne pouvons pas, dans les limites de cette étude, conduire l'analyse de ce système, qui reste à mener, en particulier pour comprendre les effets des actions des Divisions de la médecine traditionnelle créées au sein des ministères de la santé.

Ainsi, il semble que l'on peut considérer que le « mainstreaming » des thérapeutiques « néo-traditionnelles » est en cours dans les pays où nous avons enquêté, appuyé sur la diffusion de produits et le rôle de « passeurs », même si les dynamiques sociales qui le sous-tendent semblent différentes de celles présentes au Nord. Au-delà de ce niveau d'inscription des significations dans des espaces sociaux, les médicaments apparaissent comme des vecteurs d'un modèle symbolique du rapport au corps, en situation de santé et de maladie.

Les « médicaments émergents » au regard de la santé publique

Les médicaments anti-paludéens présents sur le marché informel du Bénin sont en grande partie des médicaments « licites » qui n'apparaissent comme émergents que du fait du développement d'un espace de circulation qui, à leur propos, devrait plutôt être qualifié de « marché parallèle ». D'autres produits investigués sont des traitements qui ne disposent pas d'une AMM parce que leur composition ne répond pas à des critères de sécurité, parce qu'ils ont été interdits par les autorités sanitaires de leur pays d'origine, ou parce que leurs promoteurs n'ont pas entrepris de démarche de validation (parce que la diffusion sur le marché informel suffisait à la commercialisation du produit, par absence de disponibilité des moyens nécessaires à la constitution d'un dossier d'AMM, et/ou parce que le sens de la démarche était contesté ou n'était pas perçu). Par ailleurs, la frontière juridique entre médicament (produit pharmaceutique), médicament de phytothérapie et complément nutritionnel, n'est pas signifiante pour tous les acteurs : la hiérarchie entre ces trois catégories en termes d'efficacité et toxicité potentielle, présumée par les autorités sanitaires, n'est pas endossée par tous les autres acteurs.

D'un point de vue étique, la composition des produits collectés n'était pas précisée pour près du quart d'entre eux, présentés comme des préparations. D'autre part, aucune, parmi les études scientifiques présentées par leurs promoteurs, n'est apparue valide à l'expert que nous avons sollicité ; de plus, ces études ne respectaient ni les bonnes pratiques cliniques ni les règles d'éthique de la recherche en vigueur. L'enquête auprès des acteurs locaux, notamment certains professionnels de santé et des acteurs associatifs, a recueilli des demandes d'information concernant la composition des produits, leur toxicité potentielle, leurs possibles interactions avec les ARV, leurs effets bénéfiques et adverses, et leur rapport coût-bénéfice pour les personnes vivant avec le VIH. Des analyses d'experts, éventuellement complétées par des études pharmacologiques et biocliniques, et des enquêtes sur l'économie de ce champ thérapeutique, paraissent nécessaires à ce stade pour répondre à ces demandes d'information –et pour permettre la validation scientifique des traitements, le cas échéant.

Dans la logique de l'anthropologie de respect du point de vue des acteurs, visant à comprendre des perceptions pouvant motiver un effet placebo, il ne nous revenait pas de qualifier certains discours ou acteurs de « malhonnêtes » ; mais l'étude a tenté, autant que possible, de décrire les limites du licite, et les lieux et objets d'abus potentiels ou de non-respect de la dignité des personnes. Des contacts ont été pris avec des associations africaines d'appui aux PvVIH et avec Sidaction afin de mettre en place les moyens nécessaires pour compléter l'information disponible à propos de ces « médicaments émergents » et définir, en collaboration avec les associations et les autorités sanitaires locales, des modes de publication accessible d'une information scientifiquement et éthiquement juste sur les produits.

2. RAPPEL DU PROJET INITIAL

OBJECTIFS ET ORIGINALITE DU PROJET

En Afrique, on constate un développement très rapide de la circulation de médicaments hors du cadre formel du système de soin et des règles internationales de prescription biomédicale. Ces “ médicaments émergents ”¹ sont de fabrication industrielle (produits pharmaceutiques et parapharmacie) ou artisanale (“ médicaments néo-traditionnels ”) ; ils sont d'origines diverses (africaines, asiatiques, nord-américaines) ; la plupart d'entre eux mobilisent des discours scientifiques ou parascientifiques, et sont diffusés par des réseaux commerciaux distincts, en totalité ou en partie, des circuits formels d'approvisionnement pharmaceutique.

Le but de ce projet est de produire des connaissances sur les usages, les savoirs et les acteurs impliqués dans la diffusion et la consommation de ces médicaments, sur la base d'une approche anthropologique.

Le projet abordera ces questions en se focalisant sur les produits utilisés pour le traitement du paludisme, pour le traitement de la douleur et pour répondre à des besoins de santé liés à la sexualité (stimulants sexuels, contraceptifs et abortifs, traitements des IST). Des études ciblées portant sur une ou plusieurs de ces indications seront menées dans trois pays d'Afrique de l'Ouest : le Bénin, le Burkina Faso et le Sénégal. En abordant les mêmes questions autour de divers problèmes de santé, dans trois pays, ce projet produira des analyses transversales qui permettront simultanément d'accroître les connaissances scientifiques et de fournir des pistes pour l'intervention en santé publique.

OBJECTIFS

Les objectifs du projet se déclinent en trois axes, concernant respectivement les produits, les fournisseurs et les consommateurs.

A/ Décrire et analyser les “ médicaments émergents ” et leurs contextes de vente

1. Inventorier les “ médicaments émergents ” en Afrique de l'Ouest (produits pharmaceutiques retirés du commerce, produits périmés, contrefaçons, médicaments asiatiques, phytothérapie, “ médicaments néo-traditionnels ”, etc.) pour des indications thérapeutiques ciblées (paludisme, douleur, sexualité).
2. Décrire les contextes locaux de vente (“ pharmacies par terre ”², vente ambulante, boutiques, pharmacies, lieux de soin, etc.) et d'approvisionnement (au travers de commerçants, vendeurs individuels, professionnels de santé, firmes, Internet, etc.) de ces produits.

B/ Décrire et analyser les rôles des vendeurs et thérapeutes autour de ces médicaments

¹ L'emploi du qualificatif “ émergent ” ne signifie pas que la recherche est circonscrite à des produits dont l'apparition sur le marché local de l'offre et de la demande de soins est nouvelle. Cet adjectif renvoie au volume croissant de ces produits (dimension quantitative) ainsi qu'à leur diversification (dimension qualitative).

² Ce terme est utilisé localement pour désigner le marché informel.

1. Analyser les discours des différents acteurs impliqués dans la vente ou la prescription de ces produits (en précisant leurs représentations du médicament, des maladies qu'ils traitent, du rapport avec le système de santé, des modes d'action des produits et de leur efficacité, ainsi que leurs "techniques de vente"...).
2. Analyser les rôles et les intérêts des acteurs de la vente ou la prescription (statut social, profession, situation revendiquée entre l'activité économique et l'activité thérapeutique, logiques identitaires...).

C/ Décrire et analyser les représentations et usages de ces médicaments

1. Analyser les discours des patients sur les médicaments achetés et/ou consommés (représentations du médicament, de la maladie traitée, du système de santé, des modes d'action des produits et de leur efficacité),
2. Déterminer les conditions et les modalités du processus décisionnel relatif au recours à ces médicaments (itinéraires thérapeutiques, accessibilité, coût, perceptions de la maladie et de ses mécanismes de guérison, perception du médicament et du système de santé, impact des rapports sociaux de sexe et des réseaux de sociabilité sur la gestion de ces médicaments...).

ORIGINALITE DU PROJET

Cette recherche s'insère dans une approche d'anthropologie du médicament, champ disciplinaire en plein développement depuis une dizaine d'années (Desclaux, Lévy, 2003), ouvert notamment pour les pays du Sud par Van der Geest et Whyte (1998). Le médicament n'y est pas considéré comme un simple objet pharmacologique à finalité biologique, mais comme un objet social aux dimensions multiples, porteur d'enjeux à la fois économiques, culturels et sociaux.

L'espace que nous nous proposons d'étudier est extrêmement riche et diversifié. En tant qu'objet social, le médicament ne peut être compris que s'il est resitué dans l'ensemble des recours thérapeutiques disponibles, ce que le philosophe F. Dagognet (1964) proposait d'appeler la pharmacocénose. Nous porterons un regard global sur ces médicaments tout en prenant soin de distinguer différents types de produits³ :

- les produits pharmaceutiques circulant sur le marché informel (dans les " pharmacies par terre ", ou dans le cadre de l'" informalisation " ⁴ des espaces de santé),
- les produits présentés comme des produits pharmaceutiques mais non reconnus par la communauté scientifique internationale (Cf. le *Thérastim*, traitement du VIH/sida qui fut promu par la Faculté de Médecine d'Abidjan),
- les produits " parapharmaceutiques " (Cf. les solutions à base d'aloès (*Aloe vera*) produites notamment par l'entreprise américaine Forever Living Products et vendues comme immunostimulant destiné aux personnes infectées par le VIH),
- les produits " néo-traditionnels ", remèdes dits améliorés (Cf. les poudres de plantes empaquetées proposées par le Professeur Yvette Pares au Sénégal) ou remèdes industrialisés (Cf. le VK 500 du Professeur béninois Fagla Medegan contre la drépanocytose élaboré à partir d'un cocktail de plantes médicinales).

L'approche de ce champ très hétéroclite, pour lequel aucune typologie n'est actuellement validée ni même disponible, se fera au travers de trois indications thérapeutiques (paludisme, traitement de la douleur, sexualité). Ces indications ont été retenues pour leur caractère d'entités nosologiques ou de symptômes reconnus par la médecine populaire et par la biomédecine (qui peuvent avoir des représentations non congruentes de ces catégories conceptuelles), et de " pathologie ordinaire ". En réponse à ces questions de

³ Cette liste n'a pas valeur de typologie définitive, qui reste à établir.

⁴ Désigne le caractère prospère du marché informel à l'intérieur des espaces sanitaires.

santé banalisées, le recours à l'automédication et aux " médicaments émergents " est fréquent. L'approche de certaines de ces indications nous permettra aussi d'aborder les représentations et usages de ces médicaments dans le cas de " pathologies chroniques " (notamment la douleur des drépanocytaires) ou " graves " (notamment les accès de neuropaludisme, et, parmi les IST, l'infection à VIH/sida).

Cette recherche s'inscrit plus généralement dans le champ de l'anthropologie de la santé, et plus précisément dans le domaine de l'anthropologie des systèmes médicaux. En effet, la disponibilité de ces produits et leur mode d'obtention permettent le développement d'un vaste secteur que la biomédecine assimile à " l'automédication ". Or, les patients ne sont pas seuls à choisir leurs traitements. Ils s'appuient sur l'expérience et les recommandations de leur entourage, mais aussi sur les conseils des vendeurs, qui possèdent un savoir et peuvent revendiquer une expertise, dont la nature reste à préciser ; certains d'entre eux se présentent comme des spécialistes, inventeurs ou promoteurs de leurs traitements. Il est possible qu'un véritable " secteur émergent ", juxtaposé aux secteurs de santé décrits par Kleinman et reconnus en anthropologie de la santé⁵, soit en cours de constitution, avec ses savoirs " mondialisés " pour partie, ses modes de légitimation jouant sur le local/global, ses propres logiques économiques et sociales, qui doit être exploré.

Les " médicaments néo-traditionnels " comme les produits des " pharmacies par terre " sont aussi, souvent, des " médicaments de proximité culturelle " (Jaffré 1999). Outre la langue partagée, les échanges autour de ces produits mettent en jeu le système de représentation populaire de la maladie et du médicament, perceptible au travers des dénominations populaires ("Eau qui bout" pour l'aspirine, "Nuit d'or" pour un stimulant sexuel à Dakar, "Niokhet" (se lever) pour le traitement contre le paludisme au Sénégal). Les indications thérapeutiques permettent ainsi d'accéder aux nosologies populaires en vigueur dans les métropoles africaines (Julliard 2004). Ces nosologies sont dynamiques, et l'apparition sur le marché d'un " médicament émergent " peut induire des modifications dans les représentations de la maladie, notamment en définissant une nouvelle catégorie : les nosologies populaires ouest-africaines de pathologies telles que les diarrhées infantiles comportent des catégories définies non par une étiologie ou par une symptomatologie, mais par un traitement (Desclaux 1999). Le traitement peut ainsi donner son sens, voire sa forme, à la maladie. L'on peut dès lors émettre l'hypothèse que des catégories nosologiques, dont il faut préciser les contours, sont magnifiées par ces traitements.

Ainsi, l'approche du médicament conduit à s'intéresser à de nombreux autres thèmes en anthropologie de la santé, concernant des pratiques de soin, des savoirs, et une dynamique. La recherche devra donc mobiliser les notions de système de soin, de pluralisme médical, de savoirs professionnel et profane, d'ethnophysiologie et d'itinéraires thérapeutiques, pour aborder les interactions et rapports de savoirs autour de ces médicaments. Plusieurs pistes d'analyse pourront être mobilisées dans le cadre de cette recherche. Sans que soit négligé l'ensemble des étapes par lesquelles passe le médicament, cette recherche sera circonscrite à l'analyse d'un segment de cette chaîne : la relation patient/thérapeute ou client/commerçant.

Bien que cette question constitue une préoccupation majeure en santé publique, ce thème n'a été abordé jusqu'à présent que de manière fragmentaire et localisée. Il s'agira de la première étude en anthropologie qui portera un regard global (concernant divers produits et diverses indications) sur les " médicaments émergents " en Afrique de l'Ouest. Et proposant une enquête multi-sites (Bénin, Burkina Faso et Sénégal), il s'agira de la première étude en Afrique de l'Ouest qui rendra disponibles des données comparées sur ces médicaments.

Concernant le paludisme, ce programme revêt un intérêt particulier. En effet, suite au développement de la chimiorésistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine, les Etats africains, notamment le Bénin et le Sénégal, changent de protocole thérapeutique en proposant une bi-thérapie basée sur de nouveaux médicaments (dérivée de l'artémisinine). Il est important de suivre l'adaptation du marché parallèle du

⁵ Dans un modèle désormais considéré comme fondamental en anthropologie de la santé, Kleinman stipule que les systèmes médicaux peuvent être considérés comme la juxtaposition de trois secteurs de soin de santé : traditionnel, biomédical et populaire. cf. Kleinman 1980

médicament à ces nouvelles indications thérapeutiques et l'impact qu'aura cette évolution sur les recours aux traitements des patients traités dans les dispensaires.

PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE ENVISAGEES

PROBLEMATIQUE

Depuis le milieu des années 1990, les politiques pharmaceutiques nationales, avec le concours des organismes internationaux, notamment de la Banque Mondiale, mettent l'accent sur les médicaments essentiels ; des listes nationales de médicaments sûrs, efficaces, d'un coût abordable, sont élaborées afin de garantir un accès équitable à l'ensemble de la population. Mais l'état sinistré de nombreuses structures sanitaires et politico-administratives ouest-africains contribue à pérenniser la pénurie de médicaments dans les services publics, l'"informalisation" des espaces de santé et la multiplication des recours thérapeutiques parallèles. De plus, comme le montre le cas du Sénégal, l'amélioration de l'accessibilité des traitements ne fait pas disparaître les recours aux "médicaments émergents" (Egrot 2002).

Cette diversification de l'offre atteste des mutations en cours dans le champ thérapeutique africain contemporain. Ces changements sont liés à la dynamique des rapports de force entre différentes catégories d'acteurs sociaux. La biomédicalisation croissante de la société contribue à imposer à l'intérieur du champ thérapeutique les règles du jeu énoncées par le secteur biomédical. Ceci participe à la modification des identités professionnelles : les thérapeutes traditionnels s'adaptent, ils fabriquent des médicaments ou deviennent *injections doctors*. De même, dans le contexte de la mondialisation sanitaire, le champ thérapeutique se complexifie (Van der Geest 1988). De nouvelles figures tendent à s'imposer : naturopathes, phytothérapeutes, acupuncteurs ; de nouveaux acteurs qui ne sont pas issus des professions de santé (juristes, comptables, etc.) y revendiquent un rôle. Tous contribuent à faire entrer de nouveaux produits dans l'éventail des soins disponibles. Ces produits circulent désormais dans le système de soin biomédical : les médecins, infirmiers, agents de santé, bénévoles d'associations, éducateurs, contribuent à les plébisciter en les prescrivant ou les conseillant.

L'émergence de ces médicaments s'inscrit dans une combinatoire de facteurs sociaux, culturels et économiques, débordant très largement le seul champ thérapeutique. Sur les étalages du marché ou dans les officines néo-traditionnelles, on retrouve des produits répondant aux maux les plus courants. Mais ce ne sont pas ces produits qui sont mis en avant dans les discours. Les promoteurs de ces médicaments proposent des produits pour le VIH/sida, le paludisme, le diabète, l'hépatite, la drépanocytose, qu'ils légitiment par les échecs et les insuffisances de la biomédecine. Pour les traitements du VIH/sida, la question de l'accessibilité permet aux praticiens "néotraditionnels", avec l'appui des médias nationaux et internationaux, de conquérir une clientèle pour leurs traitements, qu'ils présentent de ce fait comme 'la' solution face aux stratégies de prédation des pays développés en Afrique, manifestées par les firmes. Les États voient souvent dans ces "inventeurs locaux", des figures de la renaissance nationale. Les autorités scientifiques locales et internationales évitent ou tardent à se prononcer publiquement sur les découvertes revendiquées. La capacité dynamique des promoteurs de ces médicaments est une de leurs caractéristiques.

Simultanément, l'émergence de ces médicaments pose des problèmes majeurs en matière de santé publique. Les chercheurs engagés dans ce programme, de provenances disciplinaires diverses (anthropologie, histoire, médecine) auront le souci de produire des connaissances sur ces produits, en les considérant à la fois comme des objets sociaux signifiants et comme des objets thérapeutiques susceptibles d'être efficaces d'un point de vue biologique, voire dangereux d'un point de vue clinique, dont il sera nécessaire d'apprécier les potentialités iatrogènes.

Ces aspects laissent penser qu'il est important de combiner différents niveaux d'analyse, en anthropologie de la santé, mais aussi dans le cadre d'une analyse des rapports sociaux, des dynamiques économiques, et des pouvoirs. De telles analyses ne peuvent être menées qu'à partir d'une bonne connaissance des

pratiques et représentations "à la base", celle des interactions entre vendeurs et usagers des " médicaments émergents ". La littérature anthropologique est riche de descriptions mettant en avant la plasticité des thérapeutiques traditionnelles, mais les recherches restent peu nombreuses, par exemple, sur les thérapeutiques traditionnelles privilégiant les syncrétismes de type religieux. Cette recherche ethnographique devrait ainsi nous permettre de développer d'autres niveaux d'investigation sur des thèmes focalisés à partir de nos premières observations, suivant plusieurs perspectives théoriques.

METHODOLOGIE

Pour cette enquête multi-sites, c'est la méthode ethnologique empirique et compréhensive qui sera employée (entretiens qualitatifs semi-directifs, observations et recensions de " médicaments émergents ").

Selon l'interlocuteur, les entretiens seront réalisés en langue française ou en langue vernaculaire (nécessitant alors le recours à des interprètes). Des grilles d'entretien seront élaborées afin d'uniformiser la collecte des discours réalisée sur les divers terrains et par les différents enquêteurs. Les entretiens seront enregistrés et à défaut consignés par écrit.

Les entretiens feront l'objet de traduction lorsque les enquêtes ne pourront se dérouler en français, puis seront transcrits. Lors de l'étape de transcription et d'archivage, les identités des interviewés, lorsqu'il ne s'agit pas de personnages visibles sur la scène sociale, ne seront jamais mentionnées et toutes les informations susceptibles de permettre leur identification (coordonnées, profession, thérapeute, épisodes de vie, etc.) seront transformées ou codées.

La seconde méthode ethnographique utilisée sera l'observation directe. Des monographies détaillées de quelques-uns des contextes locaux de vente des médicaments, choisis pour leur représentativité, seront élaborées dans chacun des pays. Cette méthode ne sera mise en œuvre que lorsqu'une relation d'empathie entre enquêteur et enquêté – nécessaire à la réalisation d'une ethnographie de qualité – se sera construite et uniquement après accord de la (ou des) personne(s) sollicitée(s). Les chercheurs veilleront à ne pas servir de caution scientifique pour les activités menées à l'intérieur de l'espace de santé ethnographié.

Enfin, seront collectés de façon systématique tous les " médicaments émergents " répondant aux indications thérapeutiques retenues. Dans le cadre de cet inventaire, le réseau internet sera aussi considéré comme une source importante d'informations.

RESULTATS SCIENTIFIQUES ATTENDUS

L'étude fournira :

- un corpus descriptif des " médicaments émergents " vendus et utilisés pour le paludisme, le traitement de la douleur, et employés pour répondre à des questions de santé liées à la sexualité (IST et VIH/sida, stimulants sexuels, contraceptifs et abortifs)
- des biographies et des portraits de prescripteurs et vendeurs de ces produits (catégories sociales et culturelles, catégories professionnelles, savoirs mobilisés dans la vente de médicaments, modalités de construction de ce savoir, etc.)
- des biographies et des portraits de leurs utilisateurs (conditions sociales, construction d'un savoir sur les médicaments, rôle dans la gestion familiale des médicaments et la constitution d'une " pharmacie familiale ", rapports sociaux de sexe dans la gestion des différentes catégories de médicaments, etc.)
- des entretiens avec les personnels biomédicaux précisant leurs attitudes face à ces médicaments (rejets, conseils, adoptions, etc.)
- des monographies de différents lieux de vente des produits dans divers secteurs du système de santé : populaire, traditionnel, et biomédical

- une typologie de ces médicaments établie à partir de caractéristiques intrinsèques et extrinsèques permettant de les catégoriser de manière opératoire
- des données sur les interactions entre prescripteurs/vendeurs et patients, les relations sociales dans lesquelles s'inscrivent ces interactions
- des données sur les représentations de ces médicaments (efficacité, rapport entre le médicament et les pathologies, effets corporels du médicament, etc.)
- des données sur les interférences existant entre les différents recours médicamenteux et sur les processus décisionnels en matière de choix des produits,
- des données ethnographiques sur la circulation des produits entre les trois pays
- des données ethnographiques comparatives, permettant d'avoir une perception globale du marché du médicament émergent.

PROGRAMME

La responsabilité scientifique du programme sera assurée par le CReCSS et le projet sera coordonné par Alice Desclaux. La réalisation de la recherche nécessitera la participation de six chercheurs, une doctorante et deux étudiants en DEA d'anthropologie bioculturelle. Pour la réalisation des enquêtes, des enquêteurs et des interprètes seront recrutés.

Le programme se déroulera en deux temps : phase de collecte des données et phase comparative. Des enquêtes seront menées dans les grands centres urbains (lieux de circulation privilégiés des " médicaments émergents ") du Bénin, du Burkina Faso et du Sénégal. L'éventail des médicaments et des indications abordés variera en fonction des contextes locaux de la recherche, en tenant compte des moyens matériels d'enquête, de la richesse de l'objet étudié ainsi que de certaines de ses caractéristiques (le " marché informel ", par exemple, est difficile d'accès, sinon fermé du fait de sa connexion avec des activités criminelles : commercialisation de produits toxiques, d'armes, etc.).

Chaque étude menée sera ciblée sur un ou deux types de médicaments ainsi que sur une ou deux indications thérapeutiques :

- Au Bénin, sur la parapharmacie et les " médicaments néo-traditionnels " du traitement de la douleur (D. Bonnet, Agnès Lainé) et du VIH/sida (E. Simon) ainsi que sur les médicaments du marché informel du paludisme (J.-Y. Le Hesran, C. Baxerres)
- Au Burkina, sur la parapharmacie et les " médicaments néo-traditionnels " du VIH/sida (M. Egrot), sur les différents recours pour le paludisme et les questions de santé autour de la sexualité (B. Bila)
- Au Sénégal, sur la parapharmacie et les " médicaments néo-traditionnels " du VIH/sida (B. Taverne).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Akrich M., " Petite anthropologie du médicament ", Les objets de la médecine, *Techniques et culture*, n°25-26, 1995, pp.129-157.

Dagognet F., *La raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964.

Desclaux A., " Les antirétroviraux en Afrique ", *Cultures et médicaments, Anthropologie et sociétés*, 27-2, 2003, pp. 51-52, voir aussi, Dozon J.-P. " Que penser de la publicité faite à l'invention d'un remède anti-sida en Côte d'Ivoire ? ", *Transcriptase Sud*, n°7, 2001.

Desclaux A., Les perceptions populaires des diarrhées infantiles : diversité et invariants. *Archives de Pédiatrie*, vol. 5, pp. 183-189, 1999.

Desclaux A., Lévy J., Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? Introduction du numéro thématique d'Anthropologie et sociétés sur "*Culture et médicaments*", 27 (2) : 5-21, 2003

Egrot M., Taverne B., Ciss. M., Ndoye, I., " 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, 2002, pp. 221-231.

Jaffré Y., " Des remèdes sémiologiquement adaptés, les pharmacies 'par terre' à Bamako (Mali) ", in Ethnopharmacologie appliquée, document pédagogique, Centre des Sciences de l'Environnement, SFE, 1999, p. 8.

Juillard A., " Une médecine 'par terre', savoirs infirmiers dans un dispensaire en pays Diola Adiamat (nord-ouest de la Guinée Bissau) ", Socio-anthropologie de la rencontre des médecines, *Recherches sociologiques*, Vol. XXXV, n°1, 2004.

Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 1980

Van Der Geest S., Reynolds Whyte S., *The Context of Medicines in Developing Countries, studies in pharmaceutical anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 1988.

REAJUSTEMENTS DU PROJET

Divers éléments ont imposé un réajustement du projet avant sa mise en oeuvre.

Le budget sollicité n'ayant été alloué que partiellement (80 000 € sur 117 000 € demandés), la totalité des enquêtes prévues initialement n'ont pas pu être réalisées. Néanmoins les ressources ont été utilisées de manière à optimiser les études. Les réajustements thématiques ont concerné deux aspects : le volet relatif aux traitements de la douleur au Bénin a été remplacé par des actualisations de données et des analyses sur la drépanocytose, thème précédemment investigué par les chercheuses concernées ; l'étude réalisée au Burkina Faso n'a pas couvert les thématiques du paludisme et pour les traitements de la sexualité, n'a pas abordé la contraception et les IST hors VIH.

Par ailleurs des financements complémentaires ont dû être recherchés. L'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales, l'IMEA et Sidaction ont pris en charge les salaires de deux post-doctorants (Marc Egrot, Emmanuelle Simon) et financé une partie des enquêtes de terrain concernant le VIH au Burkina Faso et au Bénin, notamment celles effectuées par les institutions partenaires. La part du financement PROSODIE dans le budget global du programme est donc importante, mais le programme de recherche n'aurait pu être réalisé sans les investissements des institutions porteuses du projet (Université, IRD) et le soutien d'autres organismes, dont l'étendue est précisée dans les rapports d'activités scientifiques par pays.

En cours d'étude, le statut précaire de plusieurs chercheurs (Agnès Lainé, Marc Egrot) a imposé quelques délais dans la réalisation du projet, en limitant leurs capacités à se consacrer pleinement à la recherche. De plus divers aléas institutionnels concernant l'équipe du CReCSS (départ d'un enseignant-chercheur non remplacé) ont limité la disponibilité des chercheurs statutaires. Une prolongation de la durée d'utilisation des crédits d'une année a donc été demandée et obtenue, ce qui a reporté la fin du projet au 3 avril 2009.

Si un certain nombre d'analyses ont déjà été menées et ont conduit à de nombreuses publications qui correspondent aux résultats initialement attendus pour cette étude, le rapport ne présente qu'une partie des analyses potentielles : la richesse des données recueillies et leur évolutivité, de même que leur valeur heuristique, permettent de prévoir des publications ultérieures qui ne sont, à cette date, qu'entrevues.

3. RAPPORT D'ACTIVITES CHRONOLOGIQUE

Les activités de publication, communication, conférences et séminaires, ne sont pas mentionnées ici mais présentées dans les rapports d'activités scientifiques et récapitulées dans la liste finale des publications.

ANNEE 2004

ACTIVITES INTER-SITES

- Juin 2004 : première rédaction du projet scientifique, échanges entre les membres des équipes puis avec les partenaires pressentis, rédaction du projet définitif, élaboration du budget.

ANNEE 2005

MISSIONS

- Burkina Faso, Alice Desclaux, mission du 6 au 26 février 2005 non financée sur le budget Prosodie : mise en place administrative et institutionnelle du projet, recueil de données sur une firme de vente de produits « néo-traditionnels » à Bobo-Dioulasso et Ouagadougou
- Bénin, Carine Baxerres, mission du 3 au 14 avril 2005 non financée sur le projet Prosodie : mission exploratoire pour la mise en place d'une étude concernant le marché informel du médicament à Cotonou plus particulièrement centrée sur la question du paludisme.
- Bénin, Carine Baxerres, mission du 22 octobre au 31 décembre 2005 : Exploration globale de la ville de Cotonou, repérage des lieux et des acteurs de la vente informelle de médicaments. Mise au point des outils de collecte des données (grilles d'entretien, grilles d'observation).
- Burkina Faso, Marc Egrot, du 14 janvier au 14 février 2005. Mission prise en charge par un autre financement. Préparation de la mise en place de l'équipe, mise en place des partenariats, recrutement d'agents pour les enquêtes, les traductions et les transcriptions. Entrevues de présentation du programme avec les personnalités et chargé de programmes sida.
- Burkina Faso : mission de Marc Egrot du 14 avril au 3 mai 2005, non prise en charge sur le budget Prosodie. Analyse des données pertinentes issues d'autres programmes de recherche. Présentation du projet aux associations, médecins et PVIH. Réunions de l'équipe de recherche. Obtention de l'autorisation de recherche.
- Burkina Faso : mission de Marc Egrot du 7 octobre au 8 novembre 2005, non prise en charge sur le budget Prosodie. Mise en place administrative de l'étude avec les partenaires, organisation logistique (définition des guides d'enquête et plan de travail, mise en place des conventions, mise en place outils informatiques). Enquêtes de terrain.
- Burkina Faso, Blandine Bila, mise en place de l'étude avec les partenaires. Mission de travail au CReCSS/Université d'Aix-Marseille 3 du 23/04 au 23/07/2005 ; exposé sur les « médicaments émergents : cas du Burkina Faso » le 14/06/05 ; mission non financée sur le budget Prosodie
- Sénégal, Bernard Taverne, non financé sur le budget Prosodie. Organisation administrative et obtention des autorisations de recherche. Veille documentaire sur les medias sénégalais. Observation participante au Comité d'éthique du Ministère de la santé, Collecte d'informations par immersion.

- Sénégal, Mathilde Couderc, arrivée sur le terrain en mai 2005 (non financée sur le budget Prosodie), prise de contacts avec les PvVIH ayant participé à l'essai thérapeutique neo-traditionnel PLD (continuité des travaux effectués en 2002 par Marc Egrot, Karine Viollet et Bernard Taverne) ; séries d'entretiens et séances d'observations menées lors des consultations de l'essai spiruline.

ENQUETES ET RECUEIL DE DONNEES

- Burkina Faso : obtention de l'autorisation du comité d'éthique, dossier de demande de bourse post-doc, recueil de données concernant les produits utilisés par les PvVIH, entretiens, observations, inventaire des produits et renseignement de « fiches produits »
- Bénin : enquêtes ethnographiques concernant les acteurs informels de la vente de médicaments dans les quartiers de Cotonou, les produits vendus dans le marché informel et plus spécifiquement les traitements du paludisme
- Sénégal : élaboration des guides d'entretien, obtention de l'autorisation du comité d'éthique, recueil de données concernant l'essai thérapeutique néo-traditionnel PLD et un essai clinique mené sur la spiruline.

COORDINATION ET ACTIVITES INTER-SITES

- Echanges dans le cadre des séminaires du CReCSS.
- Rencontres de terrain régulières avec les équipes partenaires.
- Recherche documentaire inter-sites : Mise en place d'une base de données et d'une base documentaire commune, avec un module portant sur la recherche clinique.
- Recherche documentaire sur chaque site : constitution d'une bibliographie locale.

ANNEE 2006

MISSIONS

- Bénin, Emmanuelle Simon : Mission du 11 janvier au 15 juin, financée sur le budget Prosodie : collecte des données, mise en place de l'équipe locale, coordination scientifique du site.
- Bénin, Carine Baxerres : Mission du 1^{er} janvier au 26 avril 2006, enquête de terrain. Mission du 22 août au 22 octobre 2006, poursuite de l'enquête de terrain.
- Burkina Faso, Marc Egrot : Mission du 6 au 8 janvier puis 22 janvier au 7 février, mission non prise en charge par Prosodie, réunions avec l'équipe locale concernant la mise au point finale des outils et le suivi des collectes de données, organisation du travail et suivi administratif. Mission du 20 mars au 15 avril, non prise en charge par Prosodie, organisation administrative, enquêtes, élaboration de communications. Mission du 19 juin au 20 juillet, non prise en charge par Prosodie, suivi administratif, enquêtes, encadrement d'étudiants. Mission du 20 octobre au 15 novembre, non prise en charge par Prosodie, suivi administratif, enquêtes, préparation de communications.
- Burkina Faso, Blandine Bila : Mission du 6 février au 5 avril au CReCSS non financée sur le budget Prosodie, Analyse des données et communication à l'atelier NAARPS.
- Sénégal, Bernard Taverne : Affectation à Dakar, non financée par Prosodie. Supervision et encadrement des activités de recherche de M. Couderc, enquêtes.
- Sénégal, Mathilde Couderc : Fin de mission et de poste VCI en décembre 2006, continuité des entretiens et des observations menés sur l'essai spiruline.
- Sénégal, Marc Egrot : Mission du 8 au 21 janvier, mission non prise en charge par Prosodie, réunions de travail avec l'équipe locale, constitution de la base de données bibliographique sur le sous-thème Recherche clinique.

ENQUETES ET RECUEIL DE DONNEES

- Burkina Faso : recueil de données concernant les produits utilisés par les PvVIH, entretiens, observations, inventaire des produits et renseignement de « fiches produits », enquêtes auprès des soignants, des promoteurs et acteurs de la circulation de ces produits émergents dans l'espace thérapeutique du sida.
- Bénin : Observation participante au sein du secteur médicaments industriels du grand marché Dantokpa. Investigation auprès des vendeurs de médicaments détaillants dans les quartiers, appartenant aux différentes catégories d'acteurs repérées, auprès de familles, sélectionnées selon des critères précis. Investigation auprès des professionnels de la santé qui s'approvisionnent dans le grand marché Dantokpa. Investigation auprès d'acteurs institutionnels.
- Sénégal : recueil de données concernant un essai clinique mené sur la spiruline. Veille documentaire sur les medias sénégalais, observation participante au Comité d'éthique du Ministère de la santé, collecte d'informations par immersion.

TRAITEMENT ET ANALYSES DES DONNEES

- Inter-sites : Saisie sur Endnote de la bibliographie, usage de la base de données et de la base documentaire communes.
- Rapport de terrain interne pour le site Bénin concernant les produits utilisés par les PvVIH (17 produits provenant de 9 sources) ainsi que les traitements antipaludiques répertoriés dans le marché informel (45 produits).
- Début du travail d'analyse des entretiens et des journaux de terrain pour le paludisme au Bénin.

ATELIERS INTERNES

- Bénin : Rencontres régulières de travail entre Carine Baxerres, Emmanuelle Simon, et les membres de l'équipe du LASDEL.
- Aix-en-Provence : Réunion de coordination le 5 mai 2006

ANNEE 2007

MISSIONS

- Burkina Faso, Alice Desclaux, 6 février au 7 mars, mission non financée sur Prosodie : Collecte de données extemporanée, réunions.
- Bénin, Jean-Yves le Hesran, Mission du 27-30 janvier sur financement UR 10 : Travail sur les enquêtes de terrain. Participation avec Carine Baxerres au congrès de Ouidah. Mission du 12 au 18 avril : Travail de terrain avec Carine Baxerres, à Dantokpa et dans plusieurs marchés périphériques (Porto-novo, Tori-Bossito) ; rencontre avec le correspondant Béninois (Pr Tingbé-Azalou) ; travail sur le plan de thèse.
- Bénin, Emmanuelle Simon : mission du 23 février au 17 mars : collecte des données, activités de coordination ; mission du 04/06/07 au 15/06/07, collecte des données, activités de coordination ; mission du 04/11/07 au 11/11/07, restitutions.
- Bénin, Carine Baxerres : Mission du 20 janvier au 28 août, poursuite des investigations à Cotonou. Missions de travail menées à Lagos (Nigeria) et Accra (Bénin). Mission du 20 octobre au 31 décembre, mise en place et fin des investigations.
- Bénin, Doris Bonnet : mission du 11 au 15 juin, rencontre de travail avec Carine Baxerres, rencontre avec les professeurs de l'Université Abomey-Calavi, participation à la restitution du travail de Carine Baxerres en présence des co-directeurs béninois.
- Burkina Faso, Marc Egrot : Mission du 19 janvier au 6 février, coordination des enquêtes de l'équipe locale, suivi scientifique, préparation de communications. Mission du 17 mars au 14 avril, non financée par Prosodie, coordination des enquêtes de l'équipe locale, suivi scientifique, préparation de communications. Mission du 20 juillet au 30 août, enquête ethnographique, suivi scientifique,

préparation de communications. Mission du 28 novembre au 22 décembre, non financée par Prosodie, suivi scientifique, préparation de communications.

- Burkina Faso, Blandine Bila, 09/04 au 9/07/ 2007 ; exposé sur « Les médicaments à Ouagadougou » au cours du Certificat International d'Ecologie Humaine, 20 mai 2007, MMSH, Université d'Aix Marseille 3. Mission non financée sur le budget Prosodie.
- Sénégal, Bernard Taverner, affectation à Dakar (indépendamment de Prosodie) : résidence au Sénégal (aucune incidence financière pour Prosodie). Deux missions en France (non prises en charge par Prosodie) afin de participer à deux conférences, encadrement doctorante.
- Sénégal, Mathilde Couderc, fin du poste de VCI, rédaction de la thèse.

ENQUETES ET RECUEIL DE DONNEES

- Burkina Faso : suite des enquêtes
- Bénin : suite des enquêtes à Cotonou. Enquêtes complémentaires à Accra (Ghana) et Lagos (Nigeria).
- Sénégal : suite et fin des enquêtes, participation aux réunions du Ministère de la Santé sur le thème.

TRAITEMENT ET ANALYSES DES DONNEES

- Inter-sites : Utilisation de la base de données et de la base documentaire communes.
- Premières analyses intermédiaires sur chaque site.

ATELIERS INTERNES

- Atelier international: « Traditional and neotraditional AIDS treatments in the time of ART in resource-poor settings », organisé par le NAARPS (Network on the Anthropology of Antiretroviral treatments in Resource-Poor Settings), MMSH, Aix-en-Provence, 30 juin-1er juillet 2007.

ANNEE 2008

MISSIONS

- Burkina Faso, Alice Desclaux, mission du 20 au 29 juin, non financée sur le budget Prosodie : réunion de suivi avec l'équipe Burkina du projet à Ouagadougou
- Norvège, Alice Desclaux, mission du 18 au 27 juillet : Participation à Oslo Summer School, université d'été sur les aspects économiques, anthropologiques et éthiques de la recherche médicale concernant la recherche et les traitements néo-traditionnels
- Bénin, Jean-Yves le Hesran, Mission du 8 au 15 février. Travail sur la rédaction des articles et des présentations prévues. Mission de terrain à Ouidah et Lomé.
- Bénin, Carine Baxerres, mission du 1^{er} janvier au 16 mai 2008, fin de l'investigation menée auprès des professionnels de la santé, premières restitutions du travail, début de rédaction du manuscrit de la thèse de doctorat.
- Burkina Faso, Blandine Bila : Mission à Aix en Provence du 31 mars au 31 mai non financée par Prosodie. Présentation d'un exposé au Séminaire sur les médicaments émergents en Afrique, les 20-23 mai 2008 à Aix-en-Provence.
- Sénégal, Bernard Taverner, résidence au Sénégal (indépendante de Prosodie), participation à la conférence ICASA à Dakar en décembre (non prise en charge par Prosodie).
- Norvège, Mathilde Couderc, mission du 18 au 27 juillet : Participation à Oslo Summer School, université d'été sur les aspects économiques, anthropologiques et éthiques de la recherche médicale concernant la recherche et les traitements néo-traditionnels; Dakar, mission du 20 novembre au 07 décembre non financée sur le budget Prosodie : participation à la 15^{ème} Conférence Internationale ICASA.

ENQUETES ET RECUEIL DE DONNEES

- Burkina Faso : derniers recueils de données concernant les acteurs et les « fiches produits ».
- Bénin : achèvement d'une investigation menée auprès des acteurs institutionnels.
- Sénégal : derniers recueils de données concernant les traitements néo-traditionnels du VIH. Collecte d'informations lors de la conférence ICASA de Dakar, notamment lors de la session sur les médecines traditionnelles.

TRAITEMENT ET ANALYSES DES DONNEES

- Travail d'analyse et rédaction sur tous les sites.

ATELIERS INTERNES

- Aix-en-Provence : Atelier « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest » (20-23 mai), Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme.

ANNEE 2009

MISSIONS

- Burkina Faso, Alice Desclaux, mission du 18 au 25/01/09 non financée sur le budget Prosodie : réunion de suivi des analyses auprès de l'équipe à Ouagadougou
- Burkina Faso, Marc Egrot, dernière mission de restitution prévue en juillet 2009, non financée par Prosodie.
- Bénin, Carine Baxerres, mission prévue du 1^{er} au 31 mai 2009, restitution de la recherche auprès du Ministère de la santé, de l'Institut du développement et des échanges endogènes (IDEE), de l'Université d'Abomey-Calavi, conférence au LASDEL
- Sénégal, Mathilde Couderc, rédaction de la thèse

TRAITEMENT ET ANALYSES DES DONNEES

- Analyse des données Sénégal, Bénin, Burkina Faso
- Rédactions d'articles et communications orales
- Rédaction du rapport final.

4. RAPPORT D'ACTIVITES SCIENTIFIQUES

4.1. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU PALUDISME AU BENIN

Carine Baxerres, sous la supervision de Jean-Yves Le Hesran et Doris Bonnet, s'est chargée de la partie du projet de recherche qui concerne la prospection, à Cotonou, des médicaments du marché informel ayant pour indication le paludisme.

ACTIVITES – DONNEES COLLECTEES

Pour cela elle a mené plusieurs investigations de terrain à Cotonou (Bénin) durant 14 mois non consécutifs au cours des années 2005 (novembre, décembre), 2006 (janvier à avril et septembre, octobre) et 2007 (janvier à août).

Investigation auprès des vendeurs de médicaments informels et détaillants dans les quartiers

Des observations directes et générales ont été menées concernant cette vente de médicaments dans les quartiers de Cotonou de manière à repérer les lieux et les acteurs de la vente. Puis des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 16 vendeurs, choisis en fonction de leur appartenance aux différentes catégories d'acteurs repérés. Suite aux entretiens, des inventaires des médicaments vendus ont été réalisés auprès de chacun des vendeurs et des observations participantes de plusieurs heures ont été menées auprès de 4 d'entre eux. Ces observations ont permis de consigner des données objectives concernant les acheteurs (âge et sexe de l'acheteur, régularité de l'achat, demande ou non de conseils thérapeutiques) et les produits achetés (nom, forme galénique, quantité achetée, prix) dans une base de données.

Investigation auprès des familles

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des mères et des pères de 14 familles de Cotonou ayant des enfants en bas âge, choisies en fonction de critères précis (revenu économique, confession religieuse, langue d'origine). Les entretiens étaient suivis d'un inventaire des médicaments contenus dans la pharmacie domestique, si la famille en possédait une. Puis un suivi bimensuel a été mis en place durant 7 à 9 mois suivant les familles de manière à suivre les consommations médicamenteuses ainsi que les itinéraires thérapeutiques de chacun des membres de la famille.

Investigation auprès des vendeurs de médicaments informels et grossistes à Cotonou

Des observations participantes ont été menées pendant 13 mois non consécutifs auprès de 3 boutiques de médicaments situées dans le secteur du grand marché Dantokpa de Cotonou spécialisé dans la vente de médicaments pharmaceutiques industriels. Environ 272 heures d'observation ont été menées durant 68 jours (environ 4 heures d'observation consécutives par jour dans une des 3 boutiques), selon une grille d'observation précise recueillant des informations concernant les lieux et les contextes de vente, les interactions entre les vendeurs et les acheteurs ainsi qu'entre les vendeurs, les produits vendus, leurs sources et modalités d'approvisionnement. En plus des informations qualitatives consignées après les temps

d'observation dans un journal de terrain, des informations objectives ont été recueillies systématiquement sur les clients (âge, régularité des achats au marché, nombre de médicaments achetés, coût total de l'achat) ainsi que sur les médicaments achetés (nom, catégorie, forme galénique, quantité, prix). Elles ont été consignées dans une base de données. Les nombreuses discussions informelles menées avec les trois vendeurs de ces boutiques ont été complétées par des entretiens semi-directifs réalisés auprès de deux d'entre eux ainsi qu'auprès de sept autres vendeurs du marché. Des fiches-produit consignant des informations précises (nom, description de l'emballage, nom du fabricant, pays de fabrication, prix de vente aux clients, prix d'achat, lieu et processus d'achat, ancienneté du médicament sur le marché) ont été réalisées concernant 22 médicaments antipaludiques vendus au marché.

Investigation auprès de professionnels de la santé

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 12 professionnels de la santé acheteurs de médicaments au marché Dantokpa. Une investigation a aussi été menée dans les centres de santé de Cotonou (publics, privés, informels) dans lesquels se rendent les 14 familles auprès desquelles l'enquête a été menée : 35 structures de santé ont été visitées et des entretiens semi-directifs ont été menés dans chacun de ces centres auprès d'un agent qui travaille dans la pharmacie de ceux-ci ainsi dans certains cas, qu'auprès du directeur de la structure.

Investigation auprès de fournisseurs et grossistes formels de médicaments au Bénin

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès du directeur de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux, auprès des directeurs commerciaux des 4 grossistes-répartiteurs installés au Bénin ainsi qu'auprès d'un grossiste-répartiteur ayant récemment arrêté ses activités au Bénin et auprès d'un grossiste-répartiteur installé au Togo, également auprès des directeurs de 5 fournisseurs de consommables médicaux et de produits de laboratoires et auprès de 2 représentants médicaux travaillant à Cotonou.

Investigation auprès de firmes pharmaceutiques

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des 3 firmes pharmaceutiques présentes au Bénin (Pharmaquick, Sopab et Copharbiotec) et auprès de la firme pharmaceutique présente au Togo (Tong Mei).

Investigation auprès d'acteurs institutionnels béninois

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'agents du Ministère de la Santé (le Directeur actuel de la Direction des pharmacies et médicaments, le précédent Directeur de la Direction des pharmacies et médicaments, la Conseillère technique à la pharmacie et à la pharmacopée, la Directrice du Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Directeur du Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des médicaments, la Directrice Adjointe du Cabinet du Ministre de la Santé), auprès du précédent Président ainsi que de l'actuel Président de l'Ordre des Pharmaciens du Bénin, auprès du Président du Syndicat des Pharmaciens du Bénin, auprès de la Présidente de l'ONG Pharmaction et auprès du Président de l'Association des Consommateurs « Aramba / Kafu-Ata ».

Investigation auprès des acteurs du système pharmaceutique des pays limitrophes du Bénin

Des missions d'investigation d'une semaine ont été menées à Accra, capitale du Ghana (du 23 au 27 juillet 2007) et à Lagos, capitale économique du Nigeria (du 5 au 8 août 2007) de manière à observer la vente de médicaments dans ces deux villes et notamment dans le grand marché *Okaïchie* d'Accra et dans le marché de l'île *Idumota* de Lagos. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'acteurs institutionnels chargés de la gestion du système pharmaceutique dans les deux pays (*Pharmacy council* et *Food and Drugs Board* du Ghana, *NAFDAC -National Agency for Food and Drug Administration and Control-* du Nigeria) ainsi qu'auprès d'agents de santé dans des hôpitaux publics et dans des cliniques privées, de grossistes privés et de firmes pharmaceutiques locales. De manière à compléter les fiches-produit réalisées sur les 22 médicaments antipaludiques vendus au marché Dantokpa (vente ou non dans ces pays, prix de vente, sources d'approvisionnement), des pharmaciens, des vendeurs en pharmacie et des vendeurs dans

les « chemical store » des pays anglophones ont été rencontrés à Accra, Lagos ainsi qu'à Lomé, capitale du Togo.

SYNTHESE PRELIMINAIRE DE LA RECHERCHE

L'objet de recherche était initialement *le marché informel du médicament à Cotonou* : organisation du marché et usages que font de ces médicaments les habitants de Cotonou. Le qualificatif « informel » a été choisi pour désigner ce marché du médicament en suivant la définition que donnent de l'économie informelle Bruno Lautier, Claude de Miras et Alain Morice : « *l'informel, c'est ce qui manque des formes imposées par l'Etat, (...). C'est bien dans le rapport à l'Etat que l'on situe toujours le centre de la définition de l'informalité* ». Ils précisent que « *l'informel a des formes si l'on entend par là des rapports sociaux structurés et structurants, même s'ils ne sont pas ceux que la loi prescrit* »¹. La question de départ qui dirigeait les investigations était : Comment une pratique illicite et décriée -la vente de médicaments hors des circuits officiels- se développe et perdure dans une capitale Ouest africaine ? Cependant le terrain de recherche et les données collectées ont peu à peu fait évoluer l'objet de recherche qui s'est élargi. Il s'est finalement défini autour du *médicament localisé à Cotonou*. Ce nouvel objet de recherche a permis d'étudier comment, à travers des pratiques culturelles et des cadres institutionnels particuliers, le médicament pharmaceutique industriel -objet thérapeutique né en Occident- s'enracine localement au Bénin. Le concept central de la recherche est la *socialisation du médicament*. Ce concept, issu des travaux de l'anthropologie du médicament, propose de s'intéresser aux médicaments pharmaceutiques industriels dans leur contexte social, économique, politique et symbolique². Il se définit comme le processus qui, à partir de la confrontation entre différentes logiques, permet à une société de développer son rapport au médicament pharmaceutique industriel. L'objet de recherche a permis de développer deux axes de questionnement :

- l'évolution de l'offre du médicament pharmaceutique industriel au Bénin. Cet axe amène à utiliser les notions de système pharmaceutique et des trois entités qui le constitue : le privé, le public et l'informel. La question à laquelle la recherche permet de répondre est la suivante : quelle forme prend aujourd'hui le système pharmaceutique béninois ?

- les usages populaires du médicament pharmaceutique industriel au Bénin. Cet axe amène à utiliser le concept de savoirs populaires et la notion d'automédication. Les questions auxquelles la recherche permet de répondre sont les suivantes : quels sont les savoirs actuels des populations de Cotonou en matière de médicament ? En lien avec ceux-ci, quels sont les usages que les populations de Cotonou font aujourd'hui des médicaments ?

Ainsi, outre la problématique et le cheminement méthodologique, la recherche a permis de produire de la connaissance sur 1) Le marché informel du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou, 2) Les usages et savoirs populaires du médicament à Cotonou, 3) Le système pharmaceutique et les réseaux d'approvisionnement effectivement à l'œuvre au Bénin. Ces connaissances sont en cours de formalisation écrite.

En conclusion, il est possible de dire que le marché informel du médicament est fortement inséré dans les structures sociales de la société béninoise et qu'il fait partie intégrante du système pharmaceutique en place, en interdépendance avec le public et le privé. Les populations de Cotonou, elles, recourent à ce système pharmaceutique suivant des rationalités propres qui mêlent contraintes économiques, expérience sociale et culturelle de la maladie et de ses traitements et expérience de soins dans les structures de santé biomédicales. Il en ressort qu'elles pratiquent fortement l'automédication et qu'elles ont un accès différencié au système pharmaceutique en fonction de leur statut socio-économique. Le marché informel du médicament permet la diversification des sources d'approvisionnement en médicament au Bénin. Celles-ci,

¹ Lautier B, de Miras C, Morice A, 1991, *L'Etat et l'informel*, Paris, L'Harmattan, p 6 et 14.

² Van Der Geest S, Reynolds Whyte S, (eds), 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 393 p.

dans le circuit formel, passent encore très majoritairement par le biais de centrales d'achat et de transitaires installés en France et en Europe. Le marché informel qui s'approvisionne, pour partie, auprès des pays anglophones proches du Bénin (Nigeria, Ghana) permet ainsi l'accès aux médicaments génériques peu coûteux fabriqués dans les pays émergents d'Asie. Finalement, cette recherche permet d'ouvrir la réflexion à de nouveaux questionnements, à savoir si cet ancrage local du médicament pharmaceutique industriel au Bénin est pris dans une uniformisation globale du rapport au médicament à l'échelle de la planète. Le système pharmaceutique actuellement en place au Bénin ainsi que la forte propension des populations de Cotonou à pratiquer l'automédication prennent-ils place dans une mondialisation/libéralisation de la *socialisation du médicament* ?

COMMUNICATIONS – PUBLICATIONS

- Baxerres C, 2005, Accès aux médicaments en Afrique de l'Ouest : Le marché parallèle du médicament. Approche d'anthropologie sociale. Communication orale lors du colloque international du Centre de Recherche sur le Droit des Marchés et des Investissements Internationaux, Dijon, 22 septembre 2005.
- Baxerres C, 2005, Le marché parallèle du médicament peut-il favoriser la prévention du paludisme par les populations ?, présentation d'un poster lors du colloque international « Prévoir et prédire la maladie », association Amades, Suisse, mars 2005.
- Baxerres C. Le Hesran J.Y., 2006, Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, les atouts d'une offre de soins populaires. *Anthropologie et Sociétés*. vol. 30, n°3, p.219-230.
- Baxerres C, 2007, Accès au médicament en Afrique de l'Ouest : le marché parallèle du médicament, in, Moine-Dupuis I, *Le médicament et la personne, aspects de droits international*, Paris, LexisNexis Litec.
- Baxerres C, 2007, Le marché informel du médicament : une réalité méconnue par les habitants de Cotonou !, *Le journal de Remed*, n°34, p 3-4.
- Baxerres C, Bonnet D, Tingbe Azalou A, Le Hesran J.Y, 2007, Automédication et Paludisme à Cotonou, Approche d'anthropologie sociale, communication orale lors du congrès international d'épidémiologie tropicale, Ouidah, 22 janvier 2007.
- Baxerres C, 2007, Le marché informel du médicament à Cotonou, des vendeurs aux médicaments. Démarche d'investigation et résultats préliminaires, présentation réalisée lors du séminaire du Certificat International d'Ecologie Humaine, Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, le 23 mai 2007.
- Baxerres C, 2007, Usages et lieux d'achat des médicaments industriels à Cotonou, automédication dans le secteur informel et prescription dans le secteur formel : logiques croisées et évolution des pratiques, communication orale lors du 8ème Forum Pharmaceutique International, Lomé, le 6 juin 2007.
- Baxerres C, 2007, Le marché informel du médicament en Afrique francophone : raisons historiques de son émergence et perspectives contemporaines. Réflexions à partir d'une étude d'anthropologie sociale menée à Cotonou (Bénin), communication orale lors du colloque international « Economie informelle, travail au noir, enjeux économiques et sociaux », Université de Marne-la-Vallée, le 17 septembre 2007.
- Baxerres C, 2008, Savoirs et usages populaires actuels concernant le médicament pharmaceutique à Cotonou. Réflexion anthropologique menée à partir des pratiques de médication populaire contre le « palu », conférence présentée au LASDEL, Parakou, le 25 avril 2008.
- Baxerres C, 2008, Les motifs d'utilisation populaire et professionnelle des médicaments antipaludiques vendus sur le marché informel à Cotonou, communication orale lors du Séminaire et Atelier « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest », Aix-en-Provence, 22 mai 2008.
- Baxerres C, 2008, Investigate the informal market of pharmaceuticals in Cotonou (Benin): between suspicion of treachery and fears of witchcraft, communication orale lors de la conférence de l'EASA, Lubiana (Slovénie), le 27 août 2008.
- Baxerres C, 2008, Production mondiale de médicaments et politiques pharmaceutiques, Mémoire du Certificat International d'Ecologie Humaine Option Ecologie Humaine et Santé, Université Paul Cézanne Aix-Marseille, 48 p.

- Baxerres C, Soumis, D'où proviennent les médicaments du marché informel ? Tentative d'analyse de l'offre informelle de médicaments à Cotonou : les produits et leurs sources d'approvisionnement, In : Egrot M, Desclaux A, L'anthropologie du médicament.
- Baxerres C, Tingbe Azalou A, Le Hesran J.Y, sous presse, Le marché informel du médicament en Afrique francophone : raisons historiques de son émergence et perspectives contemporaines. Réflexions à partir d'une étude d'anthropologie sociale menée à Cotonou (Bénin), In : Weber F, Barbe N (Dir), L'économie informelle, un jeu avec les règles.
- Baxerres C, 2009, La distribution pharmaceutique : du médicament informel au médicament libéralisé. Réflexions à partir de la question du marché informel du médicament en Afrique de l'Ouest francophone, présentation réalisée lors du séminaire de Mr. Cassier, EHES, 9 février 2009.

4.2. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU SIDA AU BENIN

Emmanuelle Simon

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Au Bénin, l'étude a été menée en partenariat avec le Laboratoire d'Etudes et de recherches sur les Dynamiques sociales et le Développement Local (Lasdel, Parakou, Bénin). Le programme a également été mené avec l'appui de l'association Optima impliquée dans la prise en charge du sida à Cotonou. L'équipe était composée de :

- Emmanuelle Simon (CReCSS, UMR 145 de l'IRD), coordonnatrice du site ;
- Emmanuel Sambiéni, (Lasdel), chercheur et chef d'équipe locale ;
- Rock Akpoli, Salomé Ahouhangonou (Optima), assistants de recherche ;
- Ruth Hodonou, secrétaire (transcription et traduction)

METHODE

Emmanuelle Simon a mené plusieurs missions au Bénin entre janvier 2006 et novembre 2007 (janvier 2006 à septembre 2006 et en mars 2007, juin 2007 puis novembre 2007). Emmanuel Sambiéni, Rock Akpoli et Salomé Ahouhangonou ont collecté des données entre septembre 2006 et novembre 2007 au Bénin et ponctuellement au Togo.

La méthode ethnologique empirique et compréhensive (entretiens qualitatifs, observations directes des situations, recension des produits, revue de presse) a été utilisée.

- 52 traitements néo-traditionnels du VIH/sida et 2 traitements néo-traditionnels de la drépanocytose ont été inventoriés (provenant de 38 « promoteurs » ou « inventeurs ») (Cf. liste en annexe).
- 28 fiches produits (Cf. modèle de fiches en annexe) ont été rédigées.
- 203 entretiens ont été menés avec les différents acteurs impliqués dans la circulation de ces produits :
 - 108 entretiens avec 61 promoteurs ou « inventeurs » de produits ;
 - 66 entretiens avec 55 pvVIH ;
 - 7 entretiens avec 7 vendeurs de produits ;
 - 22 entretiens avec 19 membres du corps médical ou paramédical prescripteurs de traitements néo-traditionnels.

Des discussions informelles ont par ailleurs été menées avec différentes personnalités impliquées dans la prise en charge du sida (corps médical, fonction publique, associations). Des questionnaires (250) ont aussi été administrés au CNHU de Cotonou et dans une ONG cotonnoise à propos de l'usage des traitements néo-traditionnels du sida. La passation de ces questionnaires permettait de prendre contact avec les consommateurs de ces traitements. Au delà de l'intérêt méthodologique de ces questionnaires, cet outil a permis de collecter des informations sur les motifs d'adhésion ou de non adhésion aux traitements néo-traditionnels de malades bénéficiant d'une prise en charge biomédicale.

Les chercheurs ont aussi collecté certains échantillons de produits, des étiquettes, des brochures publicitaires (127 documents). Enfin, Emmanuelle Simon a réalisé une veille documentaire sur le web (355 documents réunis et une vingtaine d'adresses de sites Internet consacrés aux médicaments émergents).

PRINCIPAUX RESULTATS

De nombreuses données ont été collectées et leur exploitation a déjà donné lieu à diverses communications et publications (Cf. liste ci-dessous). Dans l'analyse, l'accent a été mis sur les acteurs de la promotion de ces traitements (« inventeurs », prescripteurs et consommateurs) et les savoirs associés à ces traitements. Les deux sous axes présentés ici constituent les pistes actuellement privilégiées :

- Dynamiques des savoirs et des pratiques thérapeutiques : naturalisation et accent mis sur les substances médicamenteuses au détriment de la singularité des malades ;
- Aspects éthiques de l'expérimentation humaine des traitements néo-traditionnels.

Dynamiques des savoirs et pratiques thérapeutiques

L'une des facettes de la mondialisation sanitaire est l'ambivalence des perceptions à l'égard des médicaments : augmentation de la popularité des médicaments pharmaceutiques et en même temps augmentation du scepticisme à leur égard (Van der Geest, Reynolds Whyte, 2003). Le scepticisme qui s'est développé dans les années 1970 dans les pays industrialisés s'exporte maintenant au Sud. Ceci crée un contexte favorable au développement local tant des médicaments traditionnels améliorés que de la phytothérapie industrialisée importée ou des compléments alimentaires tous réunis derrière une même « line of fight » contre les médicaments pharmaceutiques (Nichter, 1994, p. 1510).

Au Nord, les contempteurs de la biomédecine et de ses objets ont inclus depuis de nombreuses années déjà les acteurs des thérapeutiques traditionnelles (proches ou lointaines) et les savoirs populaires dans leurs discours critiques. On peut citer, comme exemple de « mise à contribution » des thérapeutes africains, Hans Paasche (1881-1920), personnalité allemande promoteur du végétarisme, contre la vaccination, qui argumentait à travers la bouche d'un personnage inventé d'explorateur envoyé par un roi africain en Allemagne (Bruchhausen, Roelike, 2002). Mais nous disposons de peu de travaux documentant les formes que peuvent prendre les discours associés à cette « line of fight » commune qui émerge aujourd'hui dans les pays africains. En quoi cela vient-il modifier les représentations et les pratiques associées au secteur traditionnel des soins ?

Le regard ambivalent porté sur le médicament pharmaceutique, entre popularité et scepticisme, était déjà contenu dans le terme même de *pharmakon* désignant à la fois le médicament et le poison (Lévy, Granier, 2007). A cet égard, le danger potentiel pour le corps humain de l'absorption de médicaments pharmaceutiques, constitue une des pierres angulaires des critiques portées par les promoteurs de traitements - médicaments traditionnels améliorés, produits phytothérapeutiques importés ou compléments alimentaires. Les textes qui accompagnent l'ensemble de ces objets, attestent de l'écho unanime fait à cette critique du médicament pharmaceutique.

La critique est parfois proche de celle qui peut exister à l'intérieur même du secteur biomédical conventionnel. Professionnels de santé, paramédicaux et agents de santé publique mettent aussi en garde contre les mauvais usages du médicament : inobservance, surconsommation, automédication. Mais dans les discours de ces acteurs, rares sont les critiques portant sur les dangers du médicament pharmaceutique indépendamment de ses usages, sauf peut-être lorsqu'il s'agit du médicament circulant à l'intérieur de la « chaîne dérégulée » (Cf. les travaux de C. Baxerres). Or dans les catalogues mis à la disposition de la clientèle des produits phytothérapeutiques importés ou des compléments alimentaires comme dans les discours portés par de nombreux thérapeutes traditionnels ou néo-traditionnels, le médicament pharmaceutique est placé, indépendamment de ses usages, du côté du risque. Sont plus particulièrement mis à l'index, les effets dévastateurs des traitements du cancer, et le développement inévitable de résistances dans le cas des antipaludéens ou des traitements du sida.

Dans les pays développés, Gevitz distingue trois grands groupes au sein des thérapeutiques alternatives : « drugging alternatives » (homéopathie), « natural healing » (hydrothérapie, naturothérapie, phytothérapie, etc.) et « manipulative medicine » (chiropraxie, ostéopathie, magnétisme, etc.) (Gevitz, 1993, p. 627). Les fondateurs de chacun de ces mouvements ont cherché à proposer des solutions alternatives là où la biomédecine avait, ou était supposée avoir, échoué. Sur cette question de la toxicité des médicaments, le

second groupe auquel appartiennent les promoteurs de produits de phytothérapie importés et les compléments alimentaires, développe un discours qui oppose les substances « naturelles » présentées comme sûres (dont on oublie la toxicité potentielle) aux substances « chimiques » des médicaments pharmaceutiques considérés comme étant potentiellement dangereux pour le consommateur. La théorie associée fait référence à l'encrassement de l'organisme qui n'est pas seulement naturel (pollution du corps par un agent pathologique exogène, dysfonctionnement des organes excréteurs) : la consommation de médicaments pharmaceutiques y contribue. Recourir aux thérapeutiques naturelles peut permettre de laver « *les particules chimiques et négatives accumulées dans le corps* » (Conférence *Tianshi*). Le médicament fonctionne ici en « métonymie » (Van der Geest, Whyte, 1989, De Boek, 1991) d'un mode de vie urbain et moderne et « au-delà de ce processus de dépuración du corps, le recours à la plante, véritable concentré de Nature, est aussi l'expression du rejet de valeurs sociales jugées corrompues et le moyen de revenir à une vie spirituelle débarrassée des artifices et contrefaçons imposés par la société » (Garreta, 1998, p. 8).

Les théories dépuratives basées sur une idée d'encrassement naturel du corps sont, elles, très présentes à propos des médicaments traditionnels améliorés. Une diarrhée abondante est alors perçue comme faisant partie du processus de guérison et non comme un effet non désiré du médicament. Cette représentation traditionnelle des mécanismes d'action des traitements conduit les thérapeutes à présenter leur produit comme vierge de tous effets secondaires a contrario des médicaments pharmaceutiques. Et pour une part grandissante de médicaments traditionnels améliorés, en particulier ceux promus par des thérapeutes néo-traditionnels, cette idée d'innocuité des traitements est désormais renforcée par leur qualité de « produit naturel ».

Une ligne de fracture, construite sur les substances respectives utilisées, se dessine alors entre nos différents objets et les médicaments pharmaceutiques. A contrario des médicaments pharmaceutiques, les « produits naturels » – dont la plante apparaît comme étant le parangon – sont avancés comme étant exempts de tous adjuvants chimiques. Tous les produits issus des pharmacopées industrielles nouvellement importées au Sud s'arrogent la qualité de « morceaux de nature » (« *Tous les ingrédients de nos produits sont naturels à 100% et beaucoup d'entre eux sont indispensables pour une bonne santé.* » FLP *Présentation de nos produits*). L'argument est d'autant plus nécessaire que si d'un côté la production industrielle des médicaments pharmaceutiques peut être présentée comme rassurante, le raffinement des produits éloignant le médicament de la nature prend au contraire une valeur négative. Aussi, lorsque que la cueillette de plantes sauvages (encore dominante dans le cas des médicaments traditionnels améliorés) fait place à la culture des plantes, l'accent est mis sur le respect de l'environnement et sur le choix fait pour l'agriculture biologique. Se positionner sur le marché par rapport aux autres traitements « naturels » concurrents peut se jouer sur ce thème : « *la moringa, c'est plus naturel que la spiruline, je suis allé voir leurs bassins, on y ajoute des produits chimiques pour la cultiver* » (Promoteur de compléments alimentaires à base de *Moringa oleifera*). Enfin, aux molécules isolées des médicaments de synthèse est opposée la complexité moléculaire des substrats totaux végétaux ou minéraux (plus rarement d'origine animale). Le fractionnement des molécules, l'extraction des principes actifs sont perçus comme étant des procédés qui viennent appauvrir la richesse naturelle de la plante. Les thérapeutes néo-traditionnels s'appuient ici souvent sur l'argument pharmacologique selon lequel les résistances aux traitements se développent plus difficilement si les composés chimiques sont variés. Aussi, lorsque l'élaboration du traitement a nécessité une intervention humaine, celle-ci est présentée comme venant subsumer ou prolonger les vertus naturelles des plantes. C'est le cas du procédé d'« *extraction à froid* » du gel d'aloès utilisé par FLP ou encore de la technique de fabrication des huiles essentielles utilisées par certains thérapeutes néo-traditionnels (« *contrairement à l'allopathie, nous utilisons tous les principes de la plante à la fois. Les molécules dans une plante sont nombreuses et quand on utilise une plante, on utilise toutes les molécules* » : assistant du promoteur de l'enseigne *Eau noble*).

Aux côtés des produits phytothérapeutiques et des compléments alimentaires, les traitements traditionnels améliorés font ainsi l'objet d'une naturalisation. Des observations équivalentes ont été faites en d'autres contextes géographiques (Tan, 1999, Banergee, 2002, Bode, 2002) et cette naturalisation apparaît ainsi comme étant une des caractéristiques des mutations du secteur traditionnel des soins dans un contexte de mondialisation.

Une seconde critique récurrente de la biomédecine et de ses objets, portée à partir des années 70-80 par les acteurs eux-mêmes de la biomédecine, comme par les acteurs des thérapeutiques alternatives, concerne la standardisation des pratiques biomédicales. La critique porte entre autres sur le rapport soignant/soigné et sur la nécessité de recentrer la relation clinique sur le patient. L'analyse des étiquettes, des notices, des publicités et des discours les accompagnant et l'observation des pratiques associées, mettent en évidence, une moindre adhésion aux discours critiques portant sur la nécessité d'une meilleure prise en compte des patients et de leur singularité.

D'abord, cette critique est relativement peu véhiculée par les objets importés circulant sur le marché béninois. Dans le cas des sociétés de vente directe, on retrouve parfois un discours critique visant à valoriser l'autonomie des patients. La clé du fonctionnement économique de ces sociétés étant l'exercice de l'automédication, il n'est en rien surprenant que des tels discours soient véhiculés dans les différentes brochures qu'elles peuvent diffuser. Il est intéressant de constater que la notion d'individu est tout particulièrement présente dans les brochures ayant vocation à former les distributeurs/consommateurs au marketing de réseau. Pour être un bon distributeur, il faut savoir « *déterminer vos objectifs personnels* », « *du temps de qualité à consacrer à la famille* » « *voyager de par le monde en disposant à la fois du temps et de l'argent pour le faire* » « *maîtriser votre destin* » « *habiter la maison de vos rêves* » « *échapper au cycle infernal : métro, boulot, dodo* » (FLP, *plan d'action démarrage immédiat*, p. 4). Cette liste indicative est directement reprise des listes confectionnées à l'intention des distributeurs oeuvrant au Nord. De même, un distributeur d'*Herbako* (entreprise africaine distribuant les produits *Herbalife*) commentait le film publicitaire d'*Herbalife* ainsi « *Vous ne serez pas un bon vendeur, si vous ne vous changez pas vous-même. De jour en jour Herbalife me change* ». La séquence du film commentée, consistait en une succession de témoignages de réussite et d'épanouissement personnel survenus à la suite d'un investissement au sein de l'entreprise. Le dernier témoin concluait ainsi : « *Herbalife, n'a pas de couleur, pas de religion, c'est la même chance pour tout le monde, le même marketing, alors vous n'avez pas d'excuses* ». La notion d'individu plébiscité dans ces firmes, ne renvoie pas aux concepts de singularité, d'autonomie et de liberté de pensée. La quête universelle du confort moderne individualiste et l'adoption du modèle économique capitaliste en sont les véritables fondements.

En outre, dans les brochures consacrées cette fois aux produits, il est régulièrement fait mention de la notion de « catalyseur » permettant au corps de trouver ses propres ressources pour lutter contre la maladie. Si le corps-malade est alors perçu comme actif dans le processus de guérison, il n'en reste pas moins, que toute personne souffrant d'une même pathologie (voire quelle que soit la pathologie) sera soignée par la même substance. Chaque firme plébiscite des gammes de produits construites autour d'une panacée (Aloes pour FLP, Calcium pour Tianshi, Citron pour Biocitrus, etc.).

La situation est guère différente dans le cas des médicaments traditionnels améliorés. Le médicament pharmaceutique semble d'ailleurs à ce sujet être le modèle majoritairement adopté localement. La forme « une maladie : un traitement » (et non « un malade : un traitement »), dominante dans le modèle biomédical, tend à s'imposer. L'accent est désormais mis sur la substance utilisée, prescrite de manière indifférenciée aux divers malades présentant la même maladie ou les mêmes symptômes. Dans certains cas, la maladie, quels qu'en soient les stades, peut être traitée avec la même substance dont il suffit de faire varier la concentration afin d'en accélérer le mécanisme d'action si le praticien le juge nécessaire.

Le traitement *Api-sida* de l'enseigne *Api-Bénin* en est une forme la plus aboutie. Après plusieurs années de commercialisation du produit, le Directeur de l'enseigne en a modifié le nom. Il est désormais nommé *Apivirine*. L'*Apivirine* est le nom qu'il a donné initialement à la substance active de l'*Api-sida* comme en atteste son brevet déposé à l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI). Les inscriptions figurant sur l'emballage de l'*Api-sida* contenaient initialement des données techniques empruntant au vocabulaire de la biomédecine (référence aux CD4, à la charge virale) et des explications simples destinées au malade. Sur l'emballage de l'*Apivirine*, la plus grande partie des informations mentionnées concerne désormais la substance utilisée : « *Extrait de plante antivirale dont les grandes familles des principes actifs sont...* » « *Deux sont majoritairement présents (+++) : Tanins galliques et Tanins catéchiques ; trois sont abondant (++) : Alcaloïdes, Flavonoïdes et Saponosides ; quatre sont moins abondants (+) : Anthocyanes, Leucoanthocyanes, Stéroïdes et Terpènes et sous forme de trace (+ -) : les huiles essentielles* », etc. Et contrairement à ce qui est encore observable pour une partie des médicaments traditionnels améliorés, les

différentes phases de la maladie ne sont plus associées à des préparations spécifiques. Lorsque les « *malades sont arrivés en état de faiblesse, pour les remonter* » et « *arrêter immédiatement les diarrhées persistantes liées aux multiples infections et tuer le maximum de virus en peu de temps* », il existe un « *traitement d'attaque* » plus concentré (BW, Directeur de l'enseigne et extraits du Brevet OAPI).

Aussi, quels que soient les traitements positionnés derrière cette « *lign of fight* », la spécificité de la substance l'emporte – qu'il s'agisse du modèle de la substance au dosage approprié ou du modèle de la panacée rétablissant un équilibre – sur la prise en compte de la singularité du patient. Ces observations se rapprochent de ce que J. Collin a décrit concernant l'imposition progressive, au cours du XIX^{ème} siècle au Québec, du primat du médicament et de sa vertu au détriment de l'attention portée à la spécificité du patient. Focalisant son propos sur le couple dichotomique savoirs profanes/savoirs savants, elle observe qu'au nom du principe d'universalisme du médicament (utilisable quels que soient les malades et les stades de la maladie) « *deux conceptions antinomiques du médicament semblent converger : l'une profane, celle de la panacée qui rétablirait l'équilibre de l'organisme ; l'autre, savante, qui associerait un médicament (molécule) spécifique à une maladie (agent pathogène) spécifique* » (Collin, 2006, p. 144).

Cette représentation du médicament reléguant la prise en compte de la singularité du patient à la portion congrue semble contraire aux perceptions des malades, qui considèrent que l'action d'un médicament est différente selon les individus. Quel que soit le traitement choisi (pharmaceutique ou non), l'arrêt ou le refus de la prise du produit sont fréquemment motivés par la déclaration suivante : « *ça ne va pas avec moi* » (à propos de médicaments traditionnels améliorés : « *mon mari prend ça, moi non, nous ne sommes pas les mêmes* », « *j'ai senti le miel, c'est trop sucré, ça ne va pas avec moi, comme je fais souvent la diarrhée* » ; à propos des ARV : « *les ARV ça marche mais avec moi ça ne va pas* », etc.). Sans différence significative avec les médicaments pharmaceutiques, pour la majorité des personnes interviewées, les ajustements personnels qu'elles s'autorisent à partir des prescriptions délivrées ou des conseils promulgués, restent l'espace principal d'expression de leur singularité (prise ou non de tel ou tel produit, adaptation de la posologie, association ou non de différents traitements, etc.).

Les aspects éthiques de l'expérimentation des traitements néo-traditionnels

Impulsés par les recommandations de l'OMS et par le développement d'une nouvelle discipline : l'ethnopharmacologie, de nombreux travaux en pharmacologie portant sur les plantes médicinales ont été menés depuis une trentaine d'années dans différents laboratoires universitaires du continent africain. Ces travaux ont donné lieu à de nombreuses publications en particulier dans le *Journal of ethnopharmacology* ou plus récemment dans *l'African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. La recherche clinique visant à tester des traitements issus des thérapeutiques traditionnelles est, elle, beaucoup plus récente. Elle n'a fait encore que très peu l'objet de publications dans ces mêmes revues scientifiques.

Différentes rencontres ont toutefois eu lieu sur le continent portant entre autres sujets sur l'expérimentation humaine en thérapeutique traditionnelle. Il faut citer le « *Western Africa network of natural products research scientists, first scientific meeting, Ghana, 2004* » organisé par le Wannpress ou le « *The Regional Workshop on Adopting Minimum Standards of Practice For Traditional Medicine and AIDS in Eastern and Southern Africa, May 12th-14th 2003, Kampala, Uganda* » organisé par l'ONG Theta de promotion des thérapeutiques traditionnelles. Lors de ces réunions des communications furent présentées sur les thèmes suivants : modèle de protocole en recherche clinique en médecine traditionnelle, élaboration d'un code éthique pour l'expérimentation en médecine naturelle, etc. Alors que les présentations sur ces thèmes semblent toutes s'accorder sur le besoin d'adopter les normes méthodologiques et éthiques internationale (option 1 de l'OMS), les comptes-rendus présentés sur les recherches en cours montrent que les pratiques actuelles ne s'y soumettent en rien³.

Certains chercheurs locaux, notamment parmi les éthiciens, se sont toutefois récemment emparés de la question suivante : faut-il expérimenter ces médecines ? Faut-il les soumettre à la médecine par les preuves ? La plupart d'entre eux en font un plaidoyer en faveur de la recherche (Nyika, 2007) ; certains au

³ Les dérives éthiques et méthodologiques de ces expérimentations sont analysées dans différents chapitres de ce rapport.

contraire s'y opposent, y voyant une entreprise impérialiste (Tangwa, 2007). Les débats suscités par ces publications visent essentiellement à départager les partisans des opposants à l'expérimentation et contribuent encore peu à une appropriation réflexive de l'activité d'expérimentation clinique par les acteurs locaux, telle qu'elle semble s'esquisser en Asie ou en Europe (Adams, 2002a, 2005).

En outre, l'expérimentation humaine en médecine traditionnelle est encore relativement récente et les acteurs méconnaissent souvent les standards internationaux ou se contentent d'une reproduction approximative de modèles méthodologiques (protocole standard de recherche conçu par d'autres) et éthiques. On perçoit ainsi un écart important entre les recommandations et la pratique de l'expérimentation ; le maintien de cet écart vient poser la question de l'acquisition de « l'habitus » (intégration des codes et des pratiques de la profession) de chercheur clinique dans ce secteur.

De plus, pour comprendre le peu d'appropriation de ces règles par les acteurs, il convient de se pencher sur les interprétations locales et le sens attribué non pas aux normes éthiques souvent méconnues, mais à l'activité scientifique. L'observation d'une conférence organisée à Cotonou en 2006 (Premières journées scientifiques consacrées aux médecines traditionnelles) est à ce niveau pleine d'enseignement. Des tradipraticiens y ont présenté des communications à propos de leurs traitements et ces derniers furent longuement salués par certains sociologues qui les présentaient comme étant leurs pères. Cette juxtaposition des savoirs dans le cadre d'une conférence scientifique fut observée ailleurs par J. Bonhomme (Bonhomme, 2007) au sujet du Bwiti (rite initiatique gabonais). L'auteur renvoie cela à une forme de populisme caractéristique de la tendance nationaliste des scientifiques gabonais. Plus intéressantes encore, sont les analyses de J-L Amselle. Dans son dernier ouvrage consacré aux penseurs « subalternistes », Amselle critique les théories post-modernes reprises par les subalternistes qui tendent à faire de la science un discours culturel (occidental). Le « populisme métaphysique » des chercheurs africains qui tend à articuler, voire juxtaposer, savoirs métaphysiques, savoirs traditionnels, savoirs scientifiques est décrit par l'auteur comme une forme francophone de ces théories (Amselle, 2008).

Enfin, l'éthique biomédicale est socialement construite. Par certains aspects, la formalisation grandissante de l'éthique biomédicale apparaît comme une réponse à la société du risque (Miller, 2007). Une société du risque, dans laquelle les personnes « seraient aujourd'hui conscientes du fait qu'en même temps qu'elles contribuent au développement des progrès scientifiques et technologiques qui sont par ailleurs immenses, elles participent à la création et de la diffusion des menaces et des risques qui sont générés par ces mêmes progrès ». (Proulx, 2006, p. 261). Cette conscience anxieuse semble plutôt faire place à un sentiment de confiance et de certitude chez les thérapeutes néo-traditionnels. Certes, ils dénoncent certaines pratiques controversées de la recherche clinique menée au Sud. Mais leur propre pratique de l'expérimentation est exempte de toute réflexion éthique et de prise en compte du rapport entre bénéfices et risques encourus par les participants. Les dérives de la recherche biomédicale menée au Sud, pointées par les acteurs des thérapeutiques néo-traditionnelles sont perçues comme relevant de modèles culturels exogènes (provenant du Nord). Et à la fuite en avant des sociétés occidentales porteuses des innovations biomédicales, s'opposent la mesure et le temps long dans lequel s'inscrivent les pratiques traditionnelles des soins. Leur pratique n'est pas du côté de l'innovation toujours plus rapide et dérégulée mais s'inscrit dans un temps long gage de sûreté. Rappelons qu'au nom de cette « évidence ethnomédicale » conférée par l'usage ancien, certains guidelines publiés par l'OMS sur le thème des pharmacopées (Cf. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle WHO/EDM/TRM/2000.1, WHO, Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle, WHO, 2006) suggèrent d'ailleurs de ne pas soumettre systématiquement ces pratiques à certains principes éthiques standardisés (en particulier concernant la question de l'innocuité).

Par contre, une partie importante des acteurs interviewés (promoteurs, inventeurs, corps médical ou encore consommateurs) a montré un intérêt particulier pour une toute autre question éthique portant sur le respect du relativisme culturel, la prise en compte des modes de connaissances traditionnels et de leur contribution possible au processus de la recherche. Les acteurs ont conscience des enjeux. Ils évoquent l'« impérialisme », la « biopiraterie », la domination de la biomédecine sur les « médecines traditionnelles ». Toutefois, les textes pouvant exister sur la restitution ou la propriété intellectuelle (surtout en Asie et en Amérique Nord et Sud) ne sont pas plus connus que ceux portant sur l'éthique de la recherche visant à protéger les malades. Et l'observation d'un essai promu par le Ministère de la Santé au Bénin visant à tester

un traitement néo-traditionnel du paludisme a révélé là encore un certain laxisme dans la mise en place des procédures éthiques visant tant à protéger les malades que les détenteurs des savoirs locaux. Pour ne pas inquiéter les thérapeutes, l'essai a commencé sans que la composition du produit ne soit connue. Les malades participants n'avaient donc aucune assurance quant à la toxicité du produit. Puis, afin de se conformer davantage aux principes éthiques et méthodologiques de la recherche biomédicale, il a été finalement demandé aux thérapeutes de révéler la composition du produit. Ces derniers ont accepté sans qu'aucun accord écrit ou même oral n'ait été conclu entre les différents partis. Les thérapeutes ne sont donc pas protégés d'une dépossession éventuelle de leur traitement s'il s'avérait efficace.

Aussi, l'expérimentation humaine en thérapeutique traditionnelle se situe à la confluence de deux problématiques éthiques (éthique biomédicale et protection du patient ; ethnoéthique et protection des détenteurs de savoirs locaux) qui devraient être posées ensemble et non de façon disjointe voire concurrente. Il conviendrait ainsi de mettre en place des formations prenant en considération l'ensemble des rapports de force et de pouvoir se jouant autour de l'expérimentation en thérapeutique traditionnelle, et mettant l'accent sur la responsabilité du chercheur tant envers les patients, qu'envers les praticiens locaux.

Références bibliographiques

- ADAMS V. 2002. Establishing proof: Translating "science" and the State in Tibetan medicine, in Nichter M., Lock M. (eds.). *New horizons in medical anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, London and New York, Routledge: 200-220.
- ADAMS V., MILLER S., CRAIG S., NYIMA S., DROYON L., VARNER M. 2005. The Challenge of Cross-Cultural Clinical Trials Research: Case Report from the Tibetan Autonomous Region, People's Republic of China. *Medical Anthropology Quarterly*, 19(3): 267-289.
- AMSELLE Jean-loup, 2008, *L'Occident décroché, enquête sur le postcolonialisme*, Paris, Stock.
- BONHOMME J. 2007. Anthropologue et/ou initié, l'anthropologie gabonaise à l'épreuve du Bwiti. *Journal des anthropologues, De l'anthropologie de l'autre à la reconnaissance*, 110-111 : 207-226.
- BRUCHHAUSEN W., ROELIKE V. 2002. Categorising 'African medicine' The German Discourse on East Healing Practices, 1885-1918, in Ernst W. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity 1800-2000*, London/New York, Routledge: 76-94.
- COLLIN J. 2006. Une épistémologie médicale en changement, raisonnements thérapeutiques entre sciences et croyances, in Collin J., Otero M., Monnais L. (eds.). *Le médicament au cœur de la sociabilité contemporaine*, éd. PUQ : 129-152.
- BOECK D. 1991. On Van Der Geest and Whyte's Article "The Charm of Medicines : metaphors and Metonyms". *Medical Anthropology Quarterly*, 5(2): 170-174.
- GARRETA R. 1998. [Ces plantes qui purifient](#). *Terrain, Un corps pur*, 31 : 77-88.
- GEVITZ N. 1993. Unorthodox medical theories, in Roy Porter B. (ed.). *Companion encyclopedia of the History of Medicine*, Vol. 1. Routledge: 603-633.
- LEVY J.J., GARNIER C. 2007. *La chaîne des médicaments*, éd. PUQ.
- MILLER T., BOULTON M. 2007, Changing constructions of informed consent : Qualitative research and complex social worlds, *Social Science and Medicine*, 65, 2199-2211.
- NICHTER M. 1994. Illness Semantics and International Health : The Weak Lungs/TB Complex In the Philippines. *Social Sciences and Medicine*, 38(5): 649-663.
- NYIKA A. 2007. Ethical and regulatory issues surrounding african traditional medicine in the context of HIV/aids. *Developping World Bioethics*, 7, 1: 25-34.

PROULX M. 2006. Des rationalités profanes à la compréhension du mésusage des médicaments antihypertenseurs, in Collin J., Otero M., Monnais L. (eds.), *Le médicament au Coeur de la société contemporaine*, PU Québec : 247-262.

TANGWA G. 2007. How to Compare western scientific medicine with african traditional medicine. *DWB*, 7, 1 : 41-44.

TAVERNE B. 2007. Recherche clinique et médecine traditionnelle – télescopage épistémologique et reproduction de l'ordre social. *Atelier international : l'éthique de la recherche en santé dans les pays du sud*, 2-3 avril 2007, Paris, CReCSS, GISP [http://www.mmsh.univaix.fr/crecss/Colloque%20EthiqueSud/pdf%20com%20Ethique/Taverne.pdf]

VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. 2003. Popularité et scepticisme, opinions contrastées sur les médicaments, *Anthropologies et Sociétés, Cultures et médicaments*, 27, 2: 97-117.

VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. 1989. The Charm of Medicines : Metaphors and Metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4): 345-367.

PUBLICATIONS

Simon E. Traitements néo-traditionnels, question de définition. *Anthropologie du médicament* (soumis, Egrot M. ed).

Pordié L., Simon E. (eds.). *Les nouveaux guérisseurs, le néo-traditionalisme en biographie* (à paraître 2009).

Pordié L., Simon E. *Introduction*, in : Pordié L., Simon E. *Les nouveaux guérisseurs, le néo-traditionalisme en biographie* (à paraître 2009).

Simon E. Ce n'est pas dans les vieilles marmites qu'on fait les meilleures soupes, portraits d'un guérisseur d'un nouveau genre, in : Pordié L., Simon E. *Les nouveaux guérisseurs, le néo-traditionalisme en biographie* (à paraître 2009)

Simon E. Importation of manufactured herbals in West Africa: based on the case of AIDS treatments in Benin. *Revue Internationale du médicament*, 2, (à paraître 2009).

Hardon A., Desclaux A., Egrot M., Simon E., Micollier E., Kyakula 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), p. 1-6.

Simon E. 2008. *Biographie du Hangbidi (Bénin)*. Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 20/05/08.

Simon E. 2008. *Biographies d'Api-sida et du Medoleme (Bénin)*. Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Simon E. 2008. *Médicaments néo-traditionnels, questions de catégorisation*. Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Simon E., Egrot M., Traore A., Sambieni E., Sanon A., Taverne B. 2008. *Ethics in experimentation of neo-traditional treatments for HIV/AIDS in Benin, Burkina Faso and Senegal: relativism vs. universalism*, XVII International AIDS Conference, CD n°MOPE1088, Mexico, 2008.

Simon E., Egrot M., Taverne B., Sambieni E., Sanon A., Desclaux A. 2008. *Prescrire des traitements néo-traditionnels du sida : analyse des motivations des personnels médicaux et paramédicaux*,. 15ème Conférence Internationale sur le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles en Afrique, Poster n°506, Dakar, 5 décembre 2008.

Simon E., Couderc M. 2008. Compte rendu du séminaire-atelier « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest » organisé par le CReCSS, Aix-en-Provence (20-23 mai 2008), pour la Lettre du CReCSS n°12, www.mmsh.univ-aix.fr/crecss

4.3. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU SIDA AU SENEGAL

Mathilde Couderc, Bernard Taverne, Alice Desclaux

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Au Sénégal, l'étude a porté principalement sur les « savoirs » et « acteurs » relatifs aux traitements néo-traditionnels du sida, abordés au travers de trois études de cas :

- Le développement d'une démarche d'expérimentation autour de traitements « traditionnels » par un guérisseur
- La réalisation d'une étude clinique portant sur un produit phytothérapeutique conduite dans un service hospitalier par une équipe de chercheurs locaux (service des Maladies Infectieuses du CHNU de Fann).
- La promotion et la diffusion de produits végétaux « de santé » par une firme de vente en réseau

METHODE

La méthode utilisée a été la méthode ethnographique, qui a reposé sur une présence de longue durée de Bernard Taverne (2000-fin 2007) et Mathilde Couderc (mai 2005 à janvier 2007) à Dakar, puis Alice Desclaux (6 au 12 décembre 2007, 2008).

L'enquête réalisée par Bernard Taverne a associé :

- Entretiens non-directifs auprès de PVVIH traitées par médicaments ARV, et utilisant ou pas des remèdes néo-traditionnels ; de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des PVVIH et engagés dans la promotion ou la recherche de médicaments traditionnels contre le sida et avec divers responsables du Ministère de la Santé du Sénégal (membres du Comité National d'Éthique, chef de la division Médecine traditionnelle du Ministère de la Santé, ...)
- Veille documentaire et suivi de la presse sur la thématique VIH et remèdes néo-traditionnels, notamment sur la médiatisation du guérisseur L. Diabi (cf. infra).
- Participation aux principales rencontres et ateliers nationaux abordant le thème médecine traditionnelle et sida, pendant toute la durée du programme.

L'enquête réalisée par Mathilde Couderc a associé :

- Des séries d'entretiens menés avec les 5 participantes d'un essai thérapeutique néo-traditionnel, Essai « PLD » (16 entretiens), dans la continuité des travaux effectués en 2002 par Marc Egrot, Karine Viollet et Bernard Taverne (Février à Juin 2006).
- Des séries d'entretiens menés avec les acteurs impliqués dans la mise en place et la réalisation d'un essai clinique hospitalier associant la prise d'antirétroviraux avec l'algue spiruline (Avril à octobre 2006) : 5 Entretiens menés avec les participants, 6 Entretiens menés avec les professionnels de santé impliqués dans le déroulement de l'essai (4 avec le Moniteur d'Etude Clinique, 1 avec le coordonnateur de l'essai, 1 avec le médecin nutritionniste).
- Des observations directes : Participation aux consultations des patients inclus dans l'« essai Spiruline » (avril 2007 à septembre 2007) : 5 séances de consultation ≥24 participants ; Participation à des groupes de paroles organisés autour du thème des recours par les patients à la Médecine traditionnelle (initiative d'un clinicien)
- Des entretiens avec des personnes-clé (Responsable de la Médecine traditionnelle au Ministère de la Santé notamment)
- Des enquêtes par observation de sites et collecte des produits

- Des entretiens individuels (6) et collectif (1) avec des PvVIH sur le recours à des traitements traditionnels et néo-traditionnels

Un certain nombre de ces recueils de données ont été réalisés avec le concours d'une assistante de recherche, Marie Françoise Faye.

L'enquête réalisée par Alice Desclaux a associé :

- un recueil de données non structuré relatif à l'Aloe vera et à ses usages dans divers milieux (membres d'une association de PvVIH, réseaux divers)
- un recueil de données exploratoire semi-structuré comprenant une dizaine d'entretiens menés dans la population d'un quartier de Pikine (enquête réalisée par M. Diallo, traduction et retranscription)
- l'observation de cinq séances d'environ deux heures chacune d'initiation à l'utilisation des produits d'une firme de vente en réseaux, et des discussions avec des membres de ces réseaux à cette occasion.
- Un recueil de données semi-structuré avec des informateurs clé portant spécifiquement sur les usages traditionnels et contemporains de l'Aloe vera
- La constitution d'un recueil documentaire spécifique relatif aux « produits phytothérapeutiques de santé » et l'analyse de ces documents.

PRINCIPAUX RESULTATS

Bernard Taverne a développé deux principaux domaines d'analyse :

Diversité des acteurs et dynamiques sociales autour des remèdes néo-traditionnels dans le domaine du sida,

Recherche médicale et médecines traditionnelles

Diversité des acteurs et dynamiques sociales

Au Sénégal, la promotion des médicaments néo-traditionnels dans le domaine du sida implique un grand nombre d'acteurs sociaux :

- des guérisseurs : leurs engagements dans le domaine du sida sont variables, certains reconnaissent ne pas s'occuper de cette maladie, tandis que d'autres affirment la guérir totalement ; les pratiques thérapeutiques recouvrent elles aussi une vaste étendue allant de pratiques exclusivement magiques (port d'amulette curative, usage d'eaux lustrales) jusqu'à des préparations de type phytothérapeutique (gélule, décoction, sirop), un élément commun à des diverses pratiques reste la présence constante de références à une dimension surnaturelle de remède ou de la révélation de sa composition ; les théories de la connaissance mobilisées par ces remèdes s'étendent des interprétations ésotériques du Coran à des syncrétismes qui empruntent des concepts à diverses médecines complémentaires (médecine énergétique, chinoise, homéopathie...) ou à la biomédecine ;
- des promoteurs des médecines traditionnelles ; deux groupes distincts peuvent être identifiés : 1/ ceux qui sont en conflits avec les institutions et autorités biomédicales nationales (il s'agit de l'ONG Prometra, dirigée par le M. E. Gbodossou, et de l'Hôpital de médecine traditionnelle dirigé par Mme Y. Pares) ; ces conflits sont anciens et s'expriment à travers des discours de disqualification (« l'Etat, les universitaires, les biomédecins ne sont pas capables de reconnaître l'efficacité des traitements traditionnels car ils sont corrompus par les industriels des médicaments »), les responsables de ses structures ont affirmé, avec le relai de la presse, prendre en charge et guérir les malades du sida ; 2/ les promoteurs en situation de collaboration avec les institutions sanitaires nationales (Enda-plante médicinale, l'ONG Gestu) se démarquent en affirmant pouvoir intervenir dans l'accompagnement des malades du sida, mais sans prétendre les guérir.
- des professionnels de santé : qu'ils soient para-médicaux (manœuvres, aides-soignants, infirmiers, assistants sociaux) ou médicaux (médecin, chefs de service), à tous les échelons de la hiérarchie de

l'appareil de soin biomédical l'on trouve des personnes pour lesquelles « l'espoir d'une efficacité » des médecines traditionnelles sur le sida prime sur le doute et la raison scientifique. Cet espoir se traduit par un grand nombre « d'essais thérapeutiques » à partir de préparations fournies par des guérisseurs.

- des universitaires en lien avec les sciences naturelles : botanistes et ethnopharmacologues jouent un rôle majeur en apportant une caution scientifique institutionnelle à différents essais de remèdes à base de plante.
- des représentants politiques : divers responsables politiques (y compris des Ministres [santé, recherche], l'épouse du chef de l'Etat) usent de leur fonction politique pour promouvoir l'usage de certains remèdes ou pour faire accélérer des processus de recherches qui n'ont à l'origine aucun fondement scientifique autre que celui de la rumeur populaire de l'efficacité du traitement d'un guérisseur.
- La presse (écrite et radio-télévisée) joue également un rôle majeur en rapportant les « succès » de certains guérisseurs le plus souvent sans réflexion critique, ou en proposant des émissions régulières à forte audience confiées à des guérisseurs qui peuvent à cette occasion faire la promotion de leurs activités.

L'analyse des parcours sociaux de plusieurs guérisseurs révèle le rôle majeur de la densité de leur réseaux sociaux (forte connexité de leur réseau) leur permettant une mise en relation avec des responsables politiques de rang élevé (Ministres le plus souvent) afin de tenter d'obtenir une reconnaissance publique de leur remède (cf. affaire Diabi).

Recherche médicale et médecines traditionnelles

Dans les pays du Sud, la recherche clinique se décline d'une manière spécifique et particulière dans le domaine des médecines traditionnelles du fait de l'histoire des rencontres entre les différentes traditions médicales, des stratégies de santé publique soutenues par l'OMS depuis les années 70, et des politiques nationales soucieuses de « valoriser » les médecines traditionnelles. La demande de validation de la médecine traditionnelle à travers des processus de recherche clinique est une préoccupation récente (année 1970) qui a connu ces dernières années un fort accroissement. Cet accroissement est contemporain de l'épidémie à VIH/sida – sans toutefois lui être totalement imputable –, et de la situation de globalisation des échanges, notamment de l'information. Les observations ethnographiques réalisées au Sénégal, dans le domaine de l'infection à VIH, permettent de décrire et analyser la rencontre entre recherche clinique et médecine traditionnelle.

Aucun des guérisseurs rencontrés proposant des thérapies contre le sida ne doute de l'efficacité thérapeutique de ses médicaments. Pour eux, la preuve de l'efficacité est inscrite dans les modalités de leur pratique thérapeutique et les sources de leur savoir, toujours en relation avec le divin. La recherche clinique est conçue uniquement comme un moyen de faire constater l'efficacité du médicament par l'institution biomédicale. La demande auprès des professionnels de santé est une demande de « patients malades » (des « cobayes »), en dehors de toutes prises en compte des principes méthodologiques et éthiques de la recherche clinique qui leur sont inconnus. La mise en relation entre guérisseurs et malades est parfois organisée par certains services hospitaliers, elle se fait aussi souvent de manière informelle à travers des réseaux sociaux qui permettent une « entrée » dans les services de santé. Certains porte-paroles et promoteurs de la médecine traditionnelle, en situation d'opposition et de conflit avec les institutions médicales (Prometra, l'Hôpital de médecine traditionnelle de Keur Massar), mettent en place leur propre processus de recherche clinique, se réappropriant tout ou partie des concepts de la recherche clinique, mais sans en respecter les principes de transparence. Enfin, de nombreux professionnels de santé, parfois à la demande de responsables politiques, relaient directement la demande de guérisseurs, en proposant de tester auprès de quelques patients différents produits selon une démarche empirique en dehors de toute méthode.

Le Comité d'Ethique de la recherche en santé du Ministère de la santé est rarement sollicité pour donner un avis sur ces recherches. Lorsque cela se produit, il propose de se référer au seul document produit par l'OMS sur le sujet (*Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle* (WHO/ED/TRM/2000.1). Malheureusement, ce document ancien est imprécis, les informations qu'il propose sont parfois contradictoires et sources d'interprétations divergentes.

La recherche clinique dans le domaine de la médecine traditionnelle se déroule actuellement le plus souvent

à la marge du dispositif sanitaire et des règles de méthode et d'éthique. Ces règles sont souvent considérées par les promoteurs des médecines traditionnelles comme des arguties mises en avant par les professionnels de santé pour les exclure de toute reconnaissance sociale. Un travail de clarification et de communication est nécessaire de la part des professionnels de santé et des autorités administratives en direction des promoteurs des médecines traditionnelles et des usagers afin d'expliquer les buts et les moyens de la recherche clinique, et de garantir la protection et la sécurité des patients.

Mathilde Couderc a produit les informations suivantes :

Elaboration de deux fiches produit (juillet 2006) : ExponentPHYT (cf fiche produit PESN0700606MC) ; Poudre de Spiruline (cf fiche produit SPISN060704MC)

Actualisation des données concernant trois thérapeutes : Diabi (cf travaux antérieurs réalisés par Marc Egrot, Bernard Taverne et Karine Viollet) / données actualisées par le biais d'entretiens menées avec les premières patientes de Diabi ; Danfakha : Existence évoquée par une patiente du précédent tradithérapeute ; Samba N'Diaye : tradipraticien évoqué par un patient qui l'aurait vu la veille lors d'une émission télévisée dans laquelle il expliquait qu'il avait un DEA en sciences naturelles et qu'il enseignait à l'Institut des Sciences de la Terre. Il y aurait expliqué que certains médicaments traditionnels peuvent faire baisser la charge virale. C'est une personne qui conseille d'aller d'abord consulter en biomédecine, puis d'aller vers les tradithérapeutes. D'après cette patiente, ce guérisseur consultait en 1997 dans le bureau d'un assistant social du service des Maladies Infectieuses du CHNU de Fann. Son traitement consistait à s'enduire le corps de beurre de karité et à boire de l'eau qui avait fait l'objet au préalable de récitations de versets du Coran ; gratuit pendant un an, ce traitement coûtait ensuite 7500 FCFA/mois. Les effets annoncés par la patiente sont les suivants: prise de poids, arrêt des diarrhées et des problèmes dermatologiques.

Elaboration d'une liste de produits traditionnels et / ou néo-traditionnels utilisés ou connus des PvVIH et catégorisation de ces produits selon leurs usages

Identification d'un lieu de soin pouvant être qualifié de « néo-traditionnel » auquel ont recours les PvVIH.

L'analyse a porté principalement sur l'Essai Spiruline (cf. communication, voir plus loin). Les enquêtes menées auprès des 5 participantes de l'essai PLD n'ont pas fait l'objet d'analyse spécifique et ne sont pas intégrées dans la thèse qui porte sur « Anthropologie de la recherche clinique VIH au Sénégal ».

Alice Desclaux a développé trois axes d'analyse des données recueillies, qui concernent :

- Les aspects éthiques de la recherche sur ce type d'objet
- Les concepts et savoirs « à la frontière » entre biomédecine et thérapeutiques alternatives
- Le pluralisme des interprétations « alternatives » à propos d'une plante médicinale associées à quatre espaces géographiques et culturels au Sénégal

Les aspects éthiques

Concernant les aspects éthiques de la recherche, enquêter sur des thérapies alternatives pose, de manière aiguë, la question de la posture du chercheur, dans la mesure où travailler sur un objet de ce type n'est souvent possible que de manière « incognito ». En effet, les thérapies alternatives sont souvent traitées par leurs acteurs sur le mode du secret, qui fait barrière au recueil et à la diffusion d'informations que nécessite toute enquête. De plus, un rapport particulier semble établi entre les thérapies traditionnelles ou alternatives et une recherche qui, dans les discours des thérapeutes, semble avoir toujours pour objectif de valider des partis-pris (soit dans le sens de la légitimation, soit dans celui du dénigrement) plutôt que de produire des analyses objectives. De ce fait, s'avancer ouvertement comme chercheur peut créer une situation inconfortable dans les échanges avec les acteurs dès lors que / même si on se refuse au parti-pris.

Par ailleurs, biomédecine et thérapies alternatives sont inscrites au Sénégal dans des rapports complexes de légitimité, et souvent perçues par leurs acteurs comme en situation de concurrence. La biomédecine a souvent été critiquée comme une entreprise totalitaire dans la mesure où elle s'arroge le pouvoir de définir

les limites de la légalité de l'exercice thérapeutique. Si les poursuites liées à l'exercice illégal de la médecine semblent peu fréquentes au Sénégal, la crainte de révéler des pratiques pouvant donner lieu à des conflits (ou des suites judiciaires) nourrit l'évitement vis-à-vis de chercheurs qui, bien que socio-anthropologues, peuvent être perçus comme associés à la biomédecine. Enfin, les rapports entre thérapies néotraditionnelles ou traditionnelles et recherche sont fortement marqués par une dimension identitaire, orientée par les rapports Nord-Sud perçus comme post-coloniaux, vis-à-vis de laquelle la place d'un chercheur européen est difficile à assumer.

La recherche concernant les thérapies néo-traditionnelles ne soulève pas de questions d'éthique spécifiques. Cependant, les questions y sont posées de manière insistante, ce qui permet de discuter, autour de situations « extrêmes », des questions courantes en éthique de la recherche en sciences sociales de la santé. Par ailleurs, la recherche inscrite dans le cadre institutionnel relatif au sida s'appuie sur des dispositifs éthiques relativement « innovants » (chartes d'éthique, réflexion en matière d'éthique dans les associations de personnes vivant avec le VIH, application systématique des règles d'éthique internationales, espaces de discussion de l'éthique au travers de forums ou d'animations). La confrontation entre des situations d'enquête complexes (du fait, en partie, des particularités de notre objet d'étude), et un contexte institutionnel favorable à la réflexion en matière d'éthique nous a conduit à développer une réflexion sur cet aspect, concrétisée par la publication d'articles (cf. infra).

Les concepts et savoirs « à la frontière » entre biomédecine et thérapeutiques alternatives:

Les enquêtes menées à Dakar sur les traitements alternatifs du VIH nous ont amenée à explorer les discours relatifs aux produits distribués par une firme de vente pyramidale, Forever Living Products. Si le « produit phare » de cette firme est l'Aloe vera, base d'une gamme de préparations présentées comme chargées de vertus préventives et curatives, d'autres produits plus « banals » y sont également vendus, composés essentiellement de minéraux ou végétaux, pour certains tout simplement de « fruits et légumes ». On peut alors s'interroger sur la nature de l'argumentation qui permet de magnifier des produits aussi prosaïques au point d'en faire des panacées, et sur les ressorts de « l'efficacité symbolique » de tels produits. L'observation de sessions de sensibilisation des consommateurs et de formation de futurs vendeurs de ces produits met à jour quelques éléments clé expliquant cette efficacité, liés au contexte social et idéal de la diffusion des produits : encouragé à devenir distributeur et donc promoteur des produits dès le premier achat, le consommateur quitte d'emblée le statut de malade pour acquérir celui d'éducateur sanitaire et de thérapeute. La dimension commerciale semble prendre le pas sur la dimension sanitaire, l'étendue des indications des produits (à titre préventif et curatif) permettant d'élargir leur public sans limite.

L'argumentaire développé pour justifier l'efficacité des produits est en premier lieu biologique ; il s'appuie sur la valorisation de deux types de composants biochimiques : « vitamines » et « anti-oxydants ». Cette observation nous a conduits à explorer les discours autour de l'association entre plantes médicinales et anti-oxydants, et leur développement à la frontière entre biomédecine et médecines alternatives. Magnifiés notamment par le Pr. Montagnier qui les considère comme capables de traiter de multiples pathologies infectieuses et dégénératives, les anti-oxydants semblent avoir, dans les représentations populaires, acquis une popularité extrême développée à la marge de la biomédecine. Ils pourraient constituer une forme de vecteur symbolique de ce que les anthropologues nord-américains qualifient de « mainstreaming » des médecines alternatives (c'est-à-dire leur inclusion dans le secteur de la biomédecine). L'exploration des usages de ce concept guide la suite de l'enquête.

Le pluralisme des interprétations « alternatives » : à propos d'une plante médicinale associée à quatre espaces géographiques et culturels au Sénégal

A côté de l'entrée du Centre de Recherche Clinique du Service de maladies infectieuses de l'hôpital national universitaire de Fann, qui héberge de nombreux protocoles d'études cliniques transnationales obéissant aux exigences scientifiques de niveau international, quelques pots de conserve hébergent des pieds d'Aloe vera, sous la surveillance, à leurs moments perdus, d'un « intervenant communautaire » et d'un gardien qui travaillent au centre. Cette plantation privée n'a rien d'exceptionnel : les feuilles charnues de cette liliacée peuvent être aperçues en de très nombreux lieux sur la presqu'île occupée par la ville de Dakar, où sa popularité est due à son statut de « remède » appartenant à la pharmacopée sénégalaise, que lui attribuent

les personnes que nous avons interrogées dans la banlieue voisine de Pikine. Ses connaisseurs la qualifient plus précisément de « remède des capverdiens », installés en nombre à Dakar. Intégrée dans les usages domestiques, cette plante venue des îles voisines est-elle pour autant confinée à une utilisation thérapeutique pragmatique dans le *secteur populaire*, favorisée essentiellement par son accessibilité et relevant du *care* plutôt que du *cure* ?

Si l'on passe la porte du centre de recherche et l'on écoute quelques membres des associations de personnes vivant avec le VIH, la plante est également présente parmi les traitements consommés en parallèle aux antirétroviraux, cette fois sous son nom botanique : certains consommeraient des « produits » à base d'Aloe vera. Transformée par une firme multinationale basée aux Etats-Unis, la plante est présentée comme très attractive pour les personnes séropositives, notamment du fait de sa distribution dans un système de vente qui fait du consommateur un distributeur prosélyte. On retrouve également l'Aloe vera, plus loin de l'hôpital, parmi les ingrédients de plusieurs traitements qui guérissent l'infection à VIH revendiqués par une organisation panafricaine de thérapeutes traditionnels ; dans ce cas, la plante est investie du savoir traditionnel légitimé par des essais cliniques « alternatifs » et diffusée dans le cadre de relations revendiquées comme thérapeutiques. L'Aloe vera fait également l'objet, dans une relation plus distante avec les personnes vivant avec le VIH, de programmes de développement de la culture des plantes médicinales menés par une ONG sénégalaise à dimension internationale.

L'Aloe vera, sous diverses formes et interprétations, traverse ainsi plusieurs secteurs du système de soin sénégalais. L'analyse de cette diffusion locale permet de discuter la pertinence du concept de « chaînes du médicament » utilisé par Lévy et al. Par ailleurs, chacune des formes socialisées de la plante est associée à une forme de mobilité (importation, déterritorialisation-reterritorialisation), au moins symbolique, passant par le Cap Vert, les Etats-Unis, le Kenya ou le Sénégal. Ces formes signifiées de l'Aloe vera renvoient à des acceptions particulières des notions de « Nature » d'une part, de « Culture » d'autre part, qui renseignent sur un aspect de la « géographie symbolique » des thérapeutiques au Sénégal.

PUBLICATIONS

Desclaux, A., 2008. L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales: pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires. Bulletin de la Société de Exotique, 101,2, 77-84

Desclaux, A., 2008. Les lieux du « véritable travail éthique » en anthropologie de la santé : terrain, comités, espaces de réflexion ? Ethnographiques.org, n° 17

Couderc, M., La pratique ethnographique à l'épreuve de l'éthique biomédicale : usages et conséquences de la procédure de « consentement éclairé » sur la relation d'enquête. Collection Sciences sociales et sida, ANRS (soumis, en relecture).

Desclaux A., 2009. « Babosa » capverdienne, « pulpe » américaine, « African herbal antiretroviral »: Circulations et significations d'une plante de la pharmacopée sénégalaise au temps de la mondialisation. Communication acceptée au Colloque « Santé et mobilité au Nord et au Sud. Circulations des acteurs, évolutions des pratiques », Toulouse-Dakar, 30/09/2009. AMADES, IRD, UCAD, LISST

Taverne, B. 2007. Essais cliniques et médecines traditionnelles - de l'efficacité thérapeutique à la légitimation sociale. Communication orale, Journée scientifique « Valorisation de la médecine traditionnelle au Sénégal et en Afrique », Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

Taverne, B. 2007. Recherche clinique et médecine traditionnelle - télescope épistémologique et reproduction de l'ordre social. Communication orale, atelier multidisciplinaire sur les aspects éthiques et juridiques des recherches menées dans les pays à ressources limitées, GISPE, Ecole du Val de Grâce, Paris.

Taverne, B. 2008. « Le sida vaincu » le médicament de M. Mamadou Lamine Diabi au Sénégal. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Taverne, B. 2008. Le Metrafaids et Prometra. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Taverne, B. 2008. Expérimentation humaine et légitimation par la science. A propos des traitements néotraditionnels du sida au Sénégal. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Taverne, B. 2008. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique. Certificat International d'Ecologie Humaine, CReCSS, Aix-en-Provence, mai 2008

4.4. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DU SIDA AU BURKINA FASO

Marc Egrot

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Au Burkina Faso, l'étude a porté sur les produits, les usages, les savoirs et les acteurs relatifs aux traitements néo-traditionnels du sida, abordés au travers de:

- L'analyse spécifique des récits collectés auprès des personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'une étude menée entre 2003 et 2005 (ANRS 1281)
- La réalisation d'enquêtes spécifiques sur les traitements néo-traditionnels du sida.

Ces recueils de données ont été menés en parallèle avec l'étude réalisée sur les traitements de la sexualité (voir chapitre suivant).

METHODE

La méthode utilisée a été la méthode ethnographique, qui a reposé sur une présence de longue durée de Marc Egrot et d'une équipe locale, constituée en collaboration avec le SHADEI de Bobo-Dioulasso (Abdoulaye Traoré, Anselme Sanon) et l'association Kasabati de Ouagadougou (Vincent Bastien, Augustin Sankara), dont les activités n'ont pas été financées par Prosodie.

L'enquête réalisée par et sous la direction de Marc Egrot a associé :

- Entretiens non-directifs auprès de PVVIH non traitées ou traitées par médicaments ARV, et utilisant ou pas des remèdes néo-traditionnels ; de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicale des PVVIH et engagés dans la promotion ou la recherche de médicaments traditionnels contre le sida et avec diverses personnes clé (chef de la division Médecine traditionnelle du Ministère de la Santé, représentants OMS,...)
- Collecte de produits et recueil d'informations à leur propos
- Veille documentaire et suivi de la presse sur la thématique VIH et remèdes néo-traditionnels.
- Participation aux principales rencontres et ateliers nationaux abordant le thème médecine traditionnelle et sida, pendant toute la durée du programme.
- Observations directes sur des sites de prise en charge (associations...)
- Un recueil de données semi-structuré avec des informateurs clé portant spécifiquement sur la recherche et les médecines traditionnelles

PRINCIPAUX RESULTATS

Marc Egrot a développé deux principaux domaines d'analyse :

- Produits et usages concernant les remèdes néo-traditionnels dans le domaine du sida,
- Recherche médicale et médecines traditionnelles

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

- Egrot M. 2006, Espace thérapeutique du sida dans les villes en Afrique : nouvelles formes de prise en charge et nouveaux acteurs, Colloque « Cité et Santé », IRCOD, Mulhouse, 8-9 septembre 2006.
- Egrot M., 2005 « Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique », Conférence de la Société des Africanistes, Musée de l'Homme, Paris, 13 Juin 2005.
- Egrot M., 2005. Anthropologie des essais cliniques dans les pays du Sud, Le médicament : de la recherche au terrain. Colloque international du CESEH, Lyon, 9 décembre 2005.
- Egrot M., 2007. An overview on neo-traditional medicines for HIV/AIDS in West Africa, in "Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings". Satellite meeting organised by NAARPS (Network on the Anthropology of ART in Resource-Poor Settings) : CReCSS (Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés) + ASSSR (Amsterdam School of Social Science Research, Medical Anthropology Unit) + UMR 145 (IRD)
- Egrot M., 2008. Objet polémique et terrains sensibles : introduction. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 23/05/08.
- Egrot M., Bila B., Traore A., 2007. Recomposition of sociality among PLWHA: Impact on medical care for seropositive patients, Poster pour AidsImpact 2007 conference, The 8th International Conference, Marseille, France, 1st - 4th July 2007 [Assigned Session: 6.82 - Posters A 02/07/2007 in room]
- Egrot M., Desclaux A., Taverne B., Micollier E., Anthropology of clinical research in resource-poor settings or emerging countries, Communication orale pour AidsImpact 2007 conference, The 8th International Conference, Marseille, France, 1st - 4th July 2007 [assigned Session: 16.3 - Parallel: Methodology Matters 14.00-16.00 02/07/2007 in room 3].
- Egrot M., Taverne B., Desclaux A., 2006. Anthropology of clinical trials on AIDS in Southern countries. XVIe Congrès International sur le sida, 13 au 18 août 2006, Toronto, Canada. Abstract CD Rom CDD1404.
- Egrot, M. 2008. Le Tobacaok's. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.
- Egrot, M. 2008. Légitimation, Adhésion et la question de la l'efficacité en toile de fond. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 22/05/08.
- Egrot, M., Simon E. 2008. Le Viralgc. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.
- Egrot, M., Simon, E., Traore, A., Taverne, B., Bastien, V., Sankara, A., & Desclaux, A. 2006. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Sénégal). Paper presented at the 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso.
- Bila B., Egrot M., Desclaux A., 2006, Genre et traitement du sida au Burkina Faso, Communication aux Journées portes ouvertes de l'IRSS/CNST, Ouagadougou, 1-2 juin 2006.
- Bila Blandine, Egrot Marc, 2006. Réseau de sociabilité et quête thérapeutique pour les personnes vivant avec le VIH sida à Ouagadougou, communication à la Séance délocalisée de la Société de Pathologie Exotique (SPE) à Ouagadougou, 2-3 novembre 2006.
- Bila, B., Egrot, M., 2008. Accès au traitement du sida au Burkina Faso : les hommes vulnérables ? *Sciences et Technique, Série Science de la Santé*. N° spécial hors série : Sida, Santé Publique & Sciences Sociales : 20 ans d'épidémie et de lutte au Burkina Faso, coordonné par S Kouanda, B Bila et A Desclaux : 85-91.
- Bila, B., Egrot, M., 2009. Gender asymmetry in attendance at healthcare facilities for people living with HIV/AIDS in Burkina Faso. *Social Sciences and Medicine* (accepté)
- Desclaux A., Egrot M., Simon E., Taverne B., Traoré A. et le Groupe d'étude "Traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'ouest", 2008. Les traitements alternatifs et néo-traditionnels du sida dans trois pays

d'Afrique de l'ouest : proposition de caractérisation. /15th International Conference on AIDS and STD in Africa/(ICASA), Dakar, 3-7 décembre 2008. Résumé sur CD

Desclaux A., Egrot M., Taverne B. 2006. Anthropologie des essais cliniques, communication aux 5ième journées scientifiques de l'ANRS au Burkina Faso, 21-24 février 2006, Ouagadougou.

Sankara Augustin, Bastien Vincent, Egrot Marc, 2006. Participation of associations in anthropological research in Burkina Faso, XVIe Congrès International sur le sida, 13 au 18 août 2006, Toronto, Canada. abstract CD

Simon E., Egrot M., Taverne B., Traore A., Desclaux A., 2006. Anthropology of neo-traditional treatments for HIV/AIDS in West Africa (ANRS 12111/Sidaction), XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006, abstract CDD1107

Simon E., Egrot M., Traore A., Sambieni E., Sanon A., Taverne B., 2008. Ethics in experimentation of neo-traditional treatments for HIV/AIDS in Benin, Burkina Faso and Senegal: relativism vs. universalism, XVII international AIDS conference 2008, CD n°MOPE1088, Mexico.

Simon E., Egrot M., Traore A., Taverne B. 2007, Expérimentation des traitement néo-traditionnels du VIH/sida : questions d'éthiques, 4ème conférence francophone du sida, Paris, 31 mars 2007.

Simon E., Egrot M., Traore A., Taverne B., 2007, Biographies of neo-traditional treatments for AIDS circulating in Benin, Communication orale pour AidsImpact 2007 conference, The 8th International Conference, Marseille, France, 1st - 4th July 2007 [Assigned Session: 8.4 - Parallel: Traditional and alternative approaches 10.30-12.30 02/07/2007 in room 3]

Simon, E., Egrot, M., Taverne, B., Sambieni, E., Sanon, A., & Desclaux, A., 2008. Prescrire des traitements néo-traditionnels du sida : analyse des motivations des personnels médicaux et paramédicaux. Poster 15ème Conférence Internationale sur le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles en Afrique, Dakar, Sénégal. Poster n°506, 5 décembre 2008

Traore A., Simon E., Egrot M., Bastien V., Sankara A., Taverne B., Desclaux D., 2006. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida, 5ième Journées Scientifiques de l'ANRS au Burkina Faso, Ouagadougou, 21-24 février 2006.

4.5. ETUDES SUR LES TRAITEMENTS DE LA SANTE SEXUELLE AU BURKINA FASO

Blandine Bila

INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'analyse sur « Médicaments et sexualité à Ouagadougou : profils de produits pour l'un et l'autre sexe » est une composante du thème « Genre et médicaments utilisés dans le domaine de la sexualité » qui est lui-même un des trois axes de recherche de mon projet de thèse. Les deux autres axes de recherche de ce projet de thèse intitulé « Genre et médicament. Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso » sont :

- L'accès au médicament dans le traitement d'une maladie courante et endémique comme le paludisme (Analyse des déterminants socio-culturels des différences H/F dans l'accès au médicament et aux soins, rôles consacrés à l'un et l'autre sexe dans l'approvisionnement, dans l'utilisation, etc.)

- L'accès des hommes et des femmes au traitement sur les lieux de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (Les différences de statuts, de rôles et de valeurs attachés à l'un et l'autre sexe, qui permettent d'expliquer les différences entre l'un et l'autre sexe dans la fréquentation de ces structures).

En effet, ces trois situations apparaissant comme particulièrement propices à la compréhension de l'influence de l'appartenance à une catégorie de sexe donnée sur le rapport de la personne à l'objet « médicament ».

Dans le troisième axe de recherche, à travers la question du rapport des hommes et des femmes aux produits utilisés dans le domaine de la sexualité, il s'agit d'analyser les conditions de genre permettant d'expliquer les spécificités des choix des personnes en fonction de leur appartenance à un sexe donné, concernant les produits qu'elles utilisent dans leur sexualité. Ce thème aborde non seulement les situations thérapeutiques telles que le traitement des IST et la gestion médicamenteuse de la procréation, mais aussi le rapport des hommes et des femmes aux stimulants sexuels et aux produits de modelage des corps en fonction de certaines représentations culturelles de la sensualité. A partir d'une thématique plus large, certains objectifs spécifiques tels que le recensement des produits utilisés dans le domaine de la sexualité, l'étude du contexte de distribution de ces produits, et l'étude des options en rapport avec les valeurs attachées aux catégories de genre ont permis le développement de cette analyse menée dans le cadre du projet PROSODIE.

METHODE ET MATERIELS

Le sujet de thèse a été identifié au cours de l'exécution du programme de recherche ANRS 1281 et Sidaction intitulé « Réseaux de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso », d'avril 2003 à Novembre 2005. Dans le cadre de cette recherche, j'ai bénéficié de la prise en charge de mon premier séjour en France de janvier à mars 2003 pour une remise à niveau de mes cours de DEA. J'ai ensuite bénéficié de neuf mois de stage étalés sur 3 ans sous forme de bourse de formation continue (BFC) financé par l'IRD. Cette bourse a permis la prise en charge d'un séjour de trois mois par an, de 2004 à 2007. Pour l'année 2008, je bénéficie d'une bourse de 4^{ème} année de thèse de soutien de Sidaction. La bourse IRD ayant uniquement pris en charge mes missions de formation en France (à l'Université d'Aix Marseille3), les activités de terrains (collecte des données, transcription, documentation) ont été financées, à partir de 2005 par le programme PROSODIE.

Pour l'ensemble de l'étude ANRS-Sidaction, puis des travaux de ma thèse, sur la thématique du genre en relation avec l'accès au médicament, la méthode ethnographique classique a été utilisée: observation directe, entretiens semi-structurés, entretiens de groupe, et prise de photos. L'investigation spécifique sur «Genre et médicament » a commencé pendant l'exécution du programme ANRS 1281 et s'est poursuivie plus intensivement à partir de 2005.

Les participants (PvVIH ou personnes de statut sérologique non connu) ont été contactés à travers leurs réseaux d'interconnaissance:

- de personne à personne ou de soignant à soigné, de vendeur à vendeur, de vendeur à utilisateur de produits dans le cas du paludisme

- de responsable associatif ou de soignant à bénéficiaires des structures de prise en charge des PvVIH, ou de PvVIH à PvVIH

- de vendeur à vendeur, de vendeur à utilisateur de produits, d'utilisateur à vendeur ou d'utilisateur à utilisateur dans le cas des produits utilisés dans le domaine de la sexualité.

Les entretiens ont duré en moyenne une heure à une heure trente minutes et ont été généralement suivis de photos des médicaments

L'étude ANRS 1281 a concerné en tout 81 PvVIH dont 53 par entretien individuel et 28 par entretien de groupe, ainsi que 40 acteurs du système de soin à Ouagadougou et Zorgho (ville moyenne situé à une centaine de kilomètres au sud-est de Ouagadougou). Ces personnes ont été interrogées sur leur rapport avec les traitements néo-traditionnels et les traitements de la sexualité.

Depuis 2005, la prospection sur le thème du médicament a permis de toucher en plus 28 utilisateurs de produits interviewés dans les familles, hors de tout contexte VIH, dont 15 femmes et 13 hommes, uniquement à Ouagadougou. Parmi eux, 3 femmes et 1 homme ont abordé la question des stimulants sexuels. Par ailleurs, dans la même ville, 11 revendeurs dont 5 vendeuses de secrets de femmes⁴, 2 vendeurs de produits chinois, 4 vendeurs de médicaments de la rue ont été interviewés.

Les entretiens individuels et les discussions de groupe enregistrés puis transcrits, les données d'observations, les images ont fait l'objet d'une analyse transversale de contenu.

LES DIFFICULTES DE L'ENQUETE

Comme dans toutes les autres investigations, celle-ci bien que particulièrement passionnante n'a pas manqué de difficultés. Elles sont de trois ordres.

La première est liée au caractère tabou de toute allusion à la sexualité.

Dans une société où le sexe est tabou, questionner des personnes sur les produits qu'elles utilisent dans ce domaine et, pire, sur les stimulants dont elles font éventuellement usage représente un certain péril pour la relation. La difficulté à rencontrer directement les personnes autour de ce thème nous a conduit à passer le plus souvent par les revendeurs de produits qui se chargeaient de la sensibilisation de certains clients pour leur participation. La gêne liée à ce sujet de la sexualité et particulièrement aux stimulants sexuels faisait des entretiens, quand nous les obtenions, des moments de grande concentration dans le choix des termes, pour amener les enquêtés à parler sans complexe sans pour autant donner l'impression de briser le tabou. Ces difficultés nous ont amenée à nous limiter le plus souvent à un entretien unique.

La seconde est liée au caractère souvent illicite de l'activité des revendeurs de médicaments de la rue

Les revendeurs de médicaments de la rue que nous avons enquêtés présentent tous le même profil : jeunes garçons d'au plus 25 ans sillonnant les quartiers et les lieux de rassemblement (bar, kermesses, marchés, etc.), portant de grands sachets transparents contenant des emballages de médicaments. Cette activité

⁴ Ensemble de produits, pratiques, attitudes, etc. qu'une femme peut utiliser pour séduire et retenir son homme

étant réprimée par la loi, ces jeunes garçons sont quotidiennement pris en chasse par les policiers. La hantise qu'ils ont de la rafle policière fait de toute personne qui leur pose des questions, un danger à éviter. C'est ainsi que malgré toutes nos explications et toutes les assurances données, nous avons eu de nombreuses difficultés à obtenir la confiance de ces revendeurs. Ici aussi, nous avons dû nous contenter le plus souvent d'un seul entretien, sans enregistrement. Certains entretiens n'ont pas été suivis de prise de photos comme cela se devait, parce qu'à la dernière minute le revendeur, paniqué, a préféré partir malgré notre insistance.

La dernière difficulté est liée à la nécessité pour les revendeuses de « secrets de femmes » d'éviter toute diffusion de leurs recettes. Ce domaine d'activité est davantage marqué par un souci constant de préservation du secret autour de la combinaison des recettes pour l'obtention d'un résultat optimal que par la connaissance d'une liste de produits. Nos demandes d'entretien sont souvent passées pour des tentatives de voler un secret qui fait recette. Les revendeuses de secrets de femmes ont peur de s'exposer à être spoliées de leur savoir faire qui leur sert de gagne pain. Cette situation est également apparue comme une contrainte majeur de la collecte des données, avec par moment, des situations particulièrement embarrassantes pour la relation d'enquête

Une réflexivité à la mesure des risques perçus par les enquêtés

Une situation particulière d'enquête qui est emblématique des risques liés à la réflexivité des personnes enquêtées et à la vulnérabilité du chercheur dans la recherche sur les sujets sensibles mérite d'être mentionnée. Comme évoqué plus haut, les revendeuses de secrets de femmes sont particulièrement attentives à protéger leur savoir-faire dans le choix et dans l'association des substances utilisées pour la stimulation sexuelle des hommes. Ces recettes qui « marchent » sont tenues au grand secret et font la fortune des revendeuses, et particulièrement de certaines qui bénéficient d'une réputation nationale et même sous-régionale et internationale. La méfiance de ces femmes face à toute investigation sur leur activité fait du chercheur, d'office, un suspect à leurs yeux, quelqu'un qui, par le truchement de l'enquête peut voler leurs secrets pour ensuite leur faire une concurrence déloyale sur le marché.

C'est ainsi que le 28 février 2007, alors que j'avais obtenu l'autorisation d'une revendeuse de « secrets de femmes » prétendue de réputation internationale (elle dit sillonner les pays de la sous-région ouest-africaine mais aussi du Moyen Orient et de l'Asie), pour poser des questions sans enregistrement sur ses produits, avec un refus catégorique de la prise des photos. Elle répondait alors à mes questions tout en continuant à vendre ses produits aux nombreuses clientes qui se succédaient. A un moment donné, s'étant rendu compte que je prenais des notes sur un cahier, elle s'est mise en colère, m'a traitée de traître qui veut voler ses secrets, m'a arraché cahier et stylo des mains et a pris un soin particulier à barrer tout ce que j'avais inscrit.

Partie sur le principe d'une relation d'enquête négociée dans des termes clairs (ne pas enregistrer, ne pas prendre de photos) et acceptée des deux parties, je me suis rendu compte que la plus grande peur de l'enquêtée ne consistait pas à expliquer son activité à un chercheur. Elle voyait par contre comme un danger vital le fait de noter avec précision ses recettes, ce qui les rendait reproductibles par la suite et du coup multipliait les risques de concurrence. Face à un tel péril, elle n'hésitera pas à annuler purement et simplement sa participation. Ce fait montre combien il aurait été utile, si le temps et les circonstances l'avaient permis (ce qui était loin d'être le cas en pleine foire), que les objectifs de l'enquête et les assurances nécessaires sur les conditions de la publication des résultats soient mieux explicités à la personne enquêtée.

RESUME DES RESULTATS

L'étude se déroule à Ouagadougou la capitale du Burkina Faso qui est aussi la ville de grande affluence de populations venues des quatre coins du pays, mais vivant dans un espace largement dominé par une culture

d'influence moose⁵. Dans ce système culturel, la valorisation du statut d'épouse « zak paga » (litt. Femme de concession) s'oppose à celle de « pugviewgo (litt. femme vide), désignant la femme sans mari et par extension une femme sans homme dans sa vie. Dans un tel contexte de valorisation de l'appartenance de la femme à un homme, certaines femmes sont sensées détenir l'art de la séduction. Leur force de séduction est attribuée aux « secrets de femmes ». Ce terme désigne un ensemble de produits et des techniques de stimulation sexuelle, de méthodes pour séduire les hommes et les garder aussi longtemps que possible à leur côté pour être valorisées. La masculinité n'étant pas seulement liée à la capacité sexuelle mais aussi et de plus en plus, à la capacité financière, amène les hommes les plus aisés à être la cible d'un public féminin toujours plus agressif. Les plus entreprenantes seraient à ce niveau les jeunes filles à la recherche d'un homme capable de soutenir matériellement leur rêve de réussite.

C'est dans ce contexte de relation homme-femme sur fond d'intérêts individuels qu'il faut comprendre le rapport particulier des hommes et des femmes aux stimulants sexuels de toute nature, qu'ils leur soient furtivement proposés par les revendeurs de médicaments de la rue ou de produits chinois, ou tout aussi discrètement mais avec une plus grande possibilité d'initiation à un art, par les revendeuses de « secrets de femmes ». Le succès de ces circuits parallèles peut être mis en relation avec les étagères largement évocatrices des officines pharmaceutiques. Tous ces produits, qu'ils soient des médicaments au sens pharmaceutique ou non, qu'ils soient issus de remèdes traditionnels ou des combinaisons entre remèdes et produits pharmaceutiques, qu'ils soient d'origine locale ou importée, sont socialement des facteurs déterminants des rapports actuels entre les hommes et les femmes sur le terrain privilégié de la sexualité. Que la sexualité soit ou non tabou n'exclut pas la réalité de son vécu social. A travers cette trame de fond qui régit la vie des couples, et partant, de toutes les strates du système social, s'expriment les conditions des relations de genre dans le système social. Ces conditions de genre, et le rôle prédominant des stimulants sexuels dans leurs devenir, introduisent la question du contrôle des produits utilisés dans un environnement médicamenteux qui changent constamment et qui voit l'apparition de médicaments émergents. Ces nouveaux produits pourront être caractérisés et analysés, en rapport avec le phénomène de la mondialisation et les énormes possibilités d'échanges marchands, mais aussi d'influences culturelles entre les sociétés africaines et les pays développés à l'ère de l'essor asiatique sur les marchés.

Quels seront les contributions, les avantages et les inconvénients de cette mondialisation du marché des médicaments et autres produits assimilés, pour les sociétés du tiers-monde et pour les pays développés, dans un contexte de développement sans précédent de l'industrie et du commerce asiatiques apparaît, au vu de ces résultats, comme une question de recherche incontournable.

COMMUNICATIONS

Bila B, 2008, Médicaments et sexualité à Ouagadougou : profils de produits pour l'un et l'autre sexe. Séminaire sur les médicaments émergents en Afrique. MMSH, Aix-En-Provence, 22 mai 2008.

Bila B., 2005. Les médicaments émergents en Afrique de l'Ouest : cas du Burkina Faso. Séminaire d'anthropologie du remède et du médicament organisé dans le cadre du Programme « Anthropologie de la santé », CReCSS, Université d'Aix-Marseille³, Aix-En-Provence, 14 juin 2005 (Présentation orale).

⁵ Une des plus importantes ethnies du Burkina

5. ENJEUX CONCEPTUELS, DEFIS METHODOLOGIQUES ET ETHIQUES

Enquêter sur les thèmes de recherche envisagés dans ce projet engage un certain nombre de défis d'ordre théorique, méthodologique, et éthique.

5.1. ENJEUX CONCEPTUELS DE DEFINITION DE L'OBJET

Dans le champ de l'anthropologie de la santé, l'objet de cette étude est défini par deux types de catégories : une catégorie thérapeutique (les « médicaments émergents ») et des catégories nosologiques (paludisme, sida, drépanocytose). En préalable à une définition argumentée et contextualisée de l'objet d'étude dans chaque chapitre, des éléments de réflexion générale sont présentés ici.

DES « MEDICAMENTS EMERGENTS » AUX « TRAITEMENTS NEO- TRADITIONNELS »

Ce chapitre, rédigé par Emmanuelle Simon et Alice Desclaux, présente une synthèse de la réflexion et des débats qui ont eu lieu au sein de l'équipe.

PRECISIONS ET CRITIQUES SUR LA NOTION DE « MEDICAMENT »

Le terme « médicaments émergents » choisi dans le titre de ce projet appelle plusieurs commentaires. Le substantif « médicament » est désormais clairement identifié et utilisé, dans l'anthropologie contemporaine, comme recouvrant des produits pharmaceutiques définis par leur activité pharmacologique et de production industrielle : Whyte, Van der Geest et Hardon¹, ou Nichter et Vuckovick² notamment, instituent « l'anthropologie du médicament » comme un domaine de l'anthropologie de la santé, avec ses problématiques en partie propres. Ces auteurs évoquent les conditions de la construction sociale de cette catégorie d'objets, et discutent les produits qui se situent aux « marges » de cette catégorie, ce qui paraît être le cas des produits que nous étudions dans le cadre de ce programme.

Le qualificatif « émergent » visait à décrire un contexte et une dynamique sociale et économique plutôt qu'à identifier des produits ou un ensemble de produits. Dès les premières lignes de la présentation du projet de recherche, la notion de médicament est élargie aux produits « fabriqués de manière artisanale » et la notion de « médicaments néo-traditionnels » est évoquée. Le projet annonce ensuite que les produits considérés comprennent :

¹ Whyte S.R., Van Der Geest S., Hardon A. (eds.) 2002. *Social Lives of Medicine*, Cambridge, Cambridge University

² Nichter M., Vuckovick N. 1994. Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice. *Social Science and Medicine*, 39(11): 1509-1525

- les produits pharmaceutiques circulant sur le marché informel (dans les “ pharmacies par terre ”, ou dans le cadre de l’“ informalisation ”³ des espaces de santé),
- les produits présentés comme des produits pharmaceutiques mais non reconnus par la communauté scientifique internationale (Cf. le *Thérastim*, traitement du VIH/sida qui fut promu par la Faculté de Médecine d'Abidjan),
- les produits “ parapharmaceutiques ” (Cf. les solutions à base d’aloès (*Aloe vera*) produites notamment par l’entreprise américaine Forever Living Products et vendues comme immunostimulant destiné aux personnes infectées par le VIH),
- les produits “ néo-traditionnels ”, remèdes dits améliorés (Cf. les poudres de plantes empaquetées proposées par le Professeur Yvette Pares au Sénégal) ou remèdes industrialisés (Cf. le VK 500 du Professeur béninois Fagla Medegan contre la drépanocytose élaboré à partir d’un cocktail de plantes médicinales).

Aussi, au cours de l’étude, c’est la catégorie « traitements néo-traditionnels » qui a été utilisée.

UNE CATEGORIE POLYTHETIQUE ?

Cependant cette notion a très rapidement été discutée, pour des motifs de type pragmatique. Les premiers recueils de données ont mis à jour des produits de profils différents ; l’idée de définir des sous-catégories ou des sous-types utiles pour le recueil de données a alors été évoquée. Dans le même temps, divers traitements inclus dans l’étude ne faisaient référence à la tradition ni dans leurs discours, ni dans leurs pratiques, ce qui conduisait à discuter le terme « néo-traditionnel ». C’est le cas par exemple, des produits Herbako.

Une première proposition fut de conserver ce terme en considérant qu’il s’agissait d’une classification polythétique et qu’il est bien souvent un leurre que de vouloir élaborer des classements monothétiques toujours insatisfaisants, et dont la sub-division ne résoud pas les faiblesses. La notion de « classification polythétique » est empruntée à Needham⁴ qui interroge la possibilité de transposer la classification polythétique ou polytypique utilisée en botanique à l’anthropologie. Il s’agit donc de considérer qu’une classe possède un nombre significatif de qualités qui définissent le groupe, et qu’aucun élément ne les possède en réalité toutes. Sachant qu’en botanique les frontières de la classe sont définies par la négative, du type « l’ensemble des éléments ne produisent pas de lait ». La classe prend alors la forme d’une chaîne dont les deux bouts peuvent finalement être assez éloignés ; le parallèle peut être fait avec l’idée « d’air de famille ».

Si on adopte cette conception de la classification, comment définir notre classe polythétique de traitements néo-traditionnels ? On peut considérer que la limite de notre champ de recherche, donc de notre objet « traitements néo-traditionnels » pourrait être la frontière d’avec les traitements biomédicaux qui ont fait l’objet d’une administration de la preuve d’efficacité pour l’usage déployé. Ceci délimite un champ très large d’investigation qui inclurait alors les traitements magico-religieux, traditionnels, mais aussi les usages abusifs de traitements biomédicaux, etc. L’association de cette définition à l’idée « d’air de famille » conduit à inclure les notions suivantes :

- des produits qui sont rendus acceptables de par leur référence à la science et à la biomédecine avec une « imitation » du médicament (soit dans sa culture matérielle soit en investissant le secteur de l’expérimentation)
- des produits qui sont inscrits dans la mondialisation et qui présentent une forme de syncrétisme ou d’hybridation articulant références à la science, à la nature et à la tradition
- des produits qui participent à une reconfiguration et ré-interprétation de traditions de soins locales ou importées.

³ Désigne le caractère prospère du marché informel à l’intérieur des espaces sanitaires.

⁴ Needham, R. 1975. « Polythetic Classification : Convergence and Consequences », *Man*, 10, p. 349-369.

Cette catégorisation polythétique est pertinente dans le sens où elle permet de mieux définir l'objet, mais elle reste toutefois insatisfaisante pour répondre à une question qui concerne aussi la terminologie. N'y aurait-il pas une forme de contradiction interne que de vouloir adopter une classe polythétique et la nommer en s'appuyant sur une qualité particulière (à savoir la ré-interprétation de la tradition, justifiant le préfixe « néo » devant « traditionnel ») partagée par seulement une partie des membres de cette classe ?

PRECISIONS CRITIQUES SUR LA NOTION DE « TRADITION »

La notion de « tradition » pose d'emblée problème⁵. Si l'on se réfère à la définition usuelle de la tradition comme « ce qui d'un passé persiste dans le présent où elle est transmise et demeure agissante et acceptée par ceux qui la reçoivent et qui, à leur tour, au fil des générations, la transmettent »⁶, l'application de cette définition aux systèmes thérapeutiques montre ses limites, dans la mesure où, dans des sociétés ouvertes à des influences multiples, une palette de thérapies font désormais l'objet d'une transmission inter-générationnelle : la notion de « tradition » n'est pas suffisamment discriminante pour être opératoire. Les références à une étiologie surnaturelle ou l'inclusion des interprétations étiologiques dans un système de sens ne distinguant pas le pathologique de catégories plus vastes relatives au « malheur », prédéterminé par le système religieux, ne rendent pas compte des nombreuses pratiques thérapeutiques prosaïques et revendiquées comme traditionnelles. La référence d'une tradition thérapeutique à une société ou une culture donnée apparaît souvent discutable au vu des débats sur la signification contemporaine des « aires culturelles » dans un monde traversé par les échanges. L'association entre ces constats à l'époque des circulations entre cultures, et la volonté farouche d'éviter un culturalisme essentialisant, on conduit certains auteurs à considérer que les thérapies traditionnelles ne peuvent en fait être définies que par ce qui les oppose à une médecine institutionnalisée, à savoir « le déni de reconnaissance que l'Etat et la faculté de médecine leur ont, jusqu'à ce jour, opposé » (Fassin et Fassin, 1988 : 209). Cette définition est le fruit d'une lecture politique de l'histoire des thérapies traditionnelles, considérées comme dominées par la médecine à partir de l'époque coloniale. Un certain nombre d'anthropologues ont suivi cette ligne interprétative au cours des vingt dernières années.

La situation a cependant changé sur plusieurs aspects au cours des deux dernières décennies. Avec les lignes directrices posées par l'OMS et surtout la volonté de certains Etats de faire reconnaître leur médecine traditionnelle, dans une démarche patrimoniale et identitaire encouragée par plusieurs instances internationales, des législations spécifiques ont été proposées. Au Burkina Faso, par exemple, le Code de la Santé Publique (loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994.), avance, en son article 143 al. 1, que « l'exercice de la Médecine Traditionnelle est reconnu » ; le décret n° 2004-568/PRES/PM/MS/ MCPEA/MECV/MESSRS portant conditions d'exercice de la Médecine Traditionnelle au Burkina Faso, paru au JO BF n°53 du 30 décembre 2004, en régle la pratique⁷. Il est probable qu'une reconnaissance légale ne présume pas d'une légitimité absolue, et que « médecine traditionnelle » et « médecine » sont toujours dans des rapports de pouvoir inégaux. Néanmoins, l'analyse doit prendre en compte le nouveau contexte d'une « tradition » désormais revalorisée par les instances nationales et institutionnellement légitime.

D'autre part, les interprétations émiques de la notion de « tradition » en termes de caractérisation des pratiques thérapeutiques, des savoirs et des thérapeutes, pourraient, du fait de cette institutionnalisation, avoir subi une certaine évolution. En effet, le même Code de la Santé burkinabè prévoit un délit d'« exercice illégal de la médecine traditionnelle » passible d'amendes, et définit la profession dans les termes suivants :

« Est tradipraticien de santé toute personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités y prévalant, dispenser des soins de santé et utilisant des méthodes et des produits traditionnels d'origine végétale, animale ou

⁵ Fassin et Fassin sont d'ailleurs tenus d'insérer en annexe de leur article une « Note sur un usage problématique » consacrée à ce terme. Fassin E., Fassin D., 1988. « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. », *Cahiers d'études africaines*, 110, 28, -2 : 207-231.

⁶ Pouillon J., 1991. Tradition, In : Bonte P., Izard M. (eds), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, PUF, p. 711.

⁷ Ce n'est pas le cas au Sénégal ni au Bénin.

minérale. Les catégories de tradipraticiens de santé sont déterminées par arrêté du Ministre chargé de la Santé qui prévoit comme principaux praticiens de la médecine traditionnelle:

- Le Tradipraticien de santé : Personne reconnue par la communauté dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités y prévalant, et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale et/ou minérale
- L'Herboriste : Personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières végétales à des fins thérapeutiques.
- Le Médico-droguiste : Personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des substances médicinales d'origine animale et/ou minérale.
- Le Naturothérapeute : Personne qui, sur la base de ses connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique.
- L'Accoucheuse Traditionnelle : Personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la communauté où elle vit.

Nul ne peut exercer la médecine traditionnelle au Burkina Faso, s'il ne dispose d'une autorisation d'exercice, délivrée par le Ministre chargé de la Santé (art.5). »

Cette définition met au premier plan : des pratiques thérapeutiques faisant intervenir des « substances » (excluant par exemple des rituels) ; des connaissances acquises (plutôt qu'un don hérité ou un pouvoir révélé) ; et un mode opératoire (diagnostic de la maladie / choix du traitement) ; ces trois dimensions, parmi d'autres, attestent de la prégnance du modèle médical dans la définition institutionnalisée de la « médecine traditionnelle ». Cette « médecine traditionnelle », parfois qualifiée de « améliorée », qui apparaît comme réductible à l'usage d'une pharmacopée pour une partie de ses officiants, ne serait-elle pas qualifiable de « néo-tradition » ? Ces considérations mettent en avant la nécessité d'une investigation de la notion de « tradition » dans le domaine des thérapies, dans ses usages émiques mais aussi l'impossibilité de considérer une quelconque « tradition » comme référence d'une « néo-tradition ». Car la notion de tradition renvoie probablement dans ce contexte précis à un ensemble de significations que les définitions générales usuelles n'appréhendent pas. C'est en conscience de la pertinence davantage émique et symbolique qu'étiologique et descriptive de la « tradition », et en optant pour cette usage du terme- que la notion de « néo-tradition » sera utilisée.

PRECISIONS CRITIQUES SUR LA NOTION DE « SYNCRETISME »

Le caractère syncrétique des traitements néo-traditionnels était initialement un élément considéré comme saillant et caractéristique de notre objet, et continue de l'être. Mais tous les objets étudiés sont-ils vraiment syncrétiques ? Le syncrétisme est une forme de changement social singulier -forme de bricolage tenant compte de pré-contraintes (savoirs, pratiques antérieurs) et qui « fabrique du neuf »- qui n'est ni l'adaptation ou l'ajustement des traditions à un contexte contemporain, ni l'assimilation de ces dites traditions. Ce terme, qui provient de l'anthropologie religieuse et qui désigne les changements observés dans le cadre des nouvelles églises de contre-sorcellerie, les églises néo-traditionnelles, etc., est-il applicable aux traitements FLP, Herbako, par exemple ? L'objet en lui-même ne présente pas de caractéristique syncrétique, il ne change pas en s'exportant, les discours qu'ils véhiculent sont occidental-situés... Si ces produits entretiennent un rapport avec la tradition, c'est un rapport instrumental servant des intérêts commerciaux de firmes qui cherchent à élargir leur marché en se développant au Sud. Le fait que ces traitements, produits au Nord, se présentent comme des « tradition-like » leur permet de profiter du regain d'intérêt au Sud pour les pharmacopées (cf. Le Marcis en Afrique du Sud⁸). Par ailleurs cette référence à l'ancien n'est pas autre

⁸ Le Marcis F. 2004. The Suffering Body of The City. *Public Culture*, 16(3): 453-480

chose que ce qui a été décrit par Appadurai dans son ouvrage sur la mondialisation et l'engouement actuel pour le « old-fashion »⁹. Mais ceci ne relève pas du syncrétisme.

Il reste qu'il est pertinent d'étudier ensemble ces produits cosmopolites (pour reprendre le terme de Leslie¹⁰) provenant de firmes internationales et des produits plus locaux ou régionaux aux ancrages forts et qui sont traversés par des processus syncrétiques, d'abord parce qu'on assiste parfois à une instrumentalisation des seconds par les premiers. Il importe de décrire les liens entre ces produits.

Ensuite, il existe dans la littérature anthropologique différents travaux en Asie sur les traitements néo-traditionnels au sens de « traitements syncrétiques ». Ils sont nommés alors « Indian pharmaceuticals », « Chinese pharmaceuticals » compte tenu de leur industrialisation. Le cœur de ces travaux est de comprendre comment l'industrialisation de ces traitements vient re-configurer le secteur thérapeutique traditionnel et ses objets (Bode¹¹, Banerjee¹², mais aussi à E. Micollier¹³).

Les travaux menés en Asie sur les traitements néo-traditionnels ne font pas état d'interactions existantes entre ces traitements et des traitements importés plus cosmopolites. Or, l'émergence des traitements néo-traditionnels en Asie est bien antérieure à l'Afrique et remonte au XIXème siècle. Elle est essentiellement à rapporter à la biomédicalisation du champ thérapeutique en Asie. Concernant le continent, cette dimension est aussi présente mais l'émergence de ces traitements dans un temps plus récent s'inscrit surtout dans le cadre de la mondialisation sanitaire. Dans ce nouveau cadre, la circulation des marchandises est accélérée, qu'il s'agisse de traitements biomédicaux mais aussi traitements provenant d'autres secteurs, importés, qu'il convient maintenant de qualifier.

EXAMEN CRITIQUE DU LEXIQUE EN USAGE DANS LE MONDE SCIENTIFIQUE

Traitements non-conventionnels : Terme employé par l'Union Européenne. Les traitements non-conventionnels sont définis par rapport aux traitements dits « conventionnels » qui sont ceux admis par les autorités biomédicales pour le traitement d'une pathologie définie. L'emploi de ce terme dans le contexte africain risque de venir obscurcir encore la situation car certains produits qu'on tente de caractériser peuvent bénéficier d'une reconnaissance des autorités biomédicales (notamment lorsqu'ils se voient attribuer une AMM). Dans le même temps, « non-conventionnel » serait susceptible aussi d'embrasser tout le secteur traditionnel dans le sens où même si on a une reconnaissance officielle de ces médecines et de leurs objets, aucun remède (tout au moins dans les pays investigués) n'est validé par la biomédecine dans le traitement du sida.

CAM (Complementary and Alternative Medicines): Terme utilisé par l'OMS qui parle de TM/CAM. L'emploi de ces termes est rare dans notre discipline et est davantage utilisé dans les milieux convaincus.

Parallèle (médecine) : Ce terme reste un peu utilisé en milieu francophone, malgré le caractère peu adapté de la métaphore, puisque la définition des parallèles est « deux droites qui ne se coupent jamais », laissant croire à un hermétisme entre « médecines para » et « biomédecine » alors que de nombreux travaux ont pu décrire le mouvement actuel de « convergence » entre thérapeutiques biomédicales et thérapeutiques « parallèles » et cela au centre même du champ thérapeutique occidental.

⁹ Appadurai A. 1996. *Modernity at large : Cultural dimensions of globalization*. Univ. of Minneapolis Press

¹⁰ Leslie C. 1989. Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System, and Civilization. *Kroeber Anthropological Society Papers*, 69-79: 23-31

¹¹ Bode M. 2006. Taking Traditional Knowledge to the Market: The Commoditization of Indian Medicine. *Anthropology and medicine*, Vol. 13 (3) : 225-236.

¹² Banerjee M. 2002. Power, culture and medicine: ayurvedic pharmaceuticals in the modern market. *Contribution Of Indian Sociology*, 36, 3: 435-467

¹³ Micollier E. 2007. Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH/sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, 3 : 31-39.

Alternative (médecine) : ce terme est le plus couramment employé dans la littérature anthropologique contemporaine en particulier anglophone. Mais dans son acception plus générale dans la littérature, « traitements alternatifs » désigne des traitements dont le berceau culturel est l'Occident mais qui se présentent comme rejetant en partie le modèle biomédical. Ce terme pose un problème similaire à « parallèle », puisqu'on peut toujours se demander si ces traitements bien alternatifs. Toutefois ce terme paraît plus pertinent dans le sens où il rend compte de la construction de la légitimité de ce groupe de thérapie, à savoir son discours de « rejet du modèle biomédical dominant » et une identité qui se veut « subversive ». Cela renvoie à l'histoire sociale et culturelle de ces traitements qui s'inscrit dans la contre-culture des années 1970, et qui peut entretenir aujourd'hui des relations avec certains mouvements alter-mondialistes.

PROPOSITION D'UN MODELE DESCRIPTIF TRIPOLAIRE

En conclusion, si l'on postule qu'il est pertinent dans le cadre de notre recherche de distinguer « traitements néo-traditionnels », « traitements alternatifs » et « traitements biomédicaux validés », il faut insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de catégories discrètes, mais de catégories pluralistes, fruits de déplacements et de changements rapides dans un monde globalisé. Toutefois, il semble pertinent de maintenir une distinction entre ces catégories, nécessaire pour explorer comment se construisent localement les correspondances et les fractures.

La notion de « tradition » sera essentiellement considérée d'un point de vue émique, les produits situés du côté du « traditionnel » étant ceux affichés ou revendiqués comme tels par leurs promoteurs. Il reste à préciser ce que recouvre cette notion de « tradition » au temps de la mondialisation, et notamment ce qu'il advient de la revendication d'un ancrage local. Une même déconstruction analytique des notions de « alternatif » et « biomédical » devrait être opérée pour appréhender les acceptions émiques de ces notions.

On peut se représenter l'ensemble des traitements que nous étudions à l'intérieur d'un triangle dont les pôles correspondent à ces trois catégories, chaque produit étudié se positionnant ainsi en un lieu particulier plus ou moins près de l'un ou l'autre pôle, sous l'effet d'une construction sociale de différence et de ressemblance avec chacun d'entre eux.

Mais il ne s'agit pas de plaquer un modèle théorique et tirer la réalité à lui. Certains objets -de par les usages et discours associés, selon les catégories d'acteurs- pourront difficilement être classés dans telle ou telle catégorie. Cette catégorisation n'est qu'opératoire et ne doit en aucun cas être utilisée de manière substantialiste.

Globalement, nous retenons pour cette étude la notion de « classement polythétique », suivant en cela Needham, qui, outre la pertinence de ce mode de catégorisation pour décrire les faits sociaux, évoque le fait que les catégorisations émiques observées par l'anthropologue sont le plus souvent polythétiques.

ENQUETER SUR DES CATEGORIES NOSOLOGIQUES CONTEXTUELLES

Le caractère non congruant des catégories nosologiques mobilisées dans diverses cultures ou sous-cultures ou bien, dans une même société, entre « secteurs » biomédical, populaire et traditionnel¹⁴, est une observation de base en anthropologie de la santé, qui fonde les études culturelles des nosologies locales. En Afrique de l'Ouest, Jaffré et Olivier de Sardan ont proposé une analyse des logiques internes aux représentations, en montrant les traits communs et les particularités locales de diverses entités nosologiques définies de manière émique¹⁵. Un des intérêts de leur travail réside dans la mise en évidence de l'évolutivité

¹⁴ au sens de Keinman 1986, en incluant toutes les réserves exprimées depuis lors à propos de ce modèle théorique.

¹⁵ Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (eds), 1999. *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. PUF

des représentations, au gré d'interactions entre transmissions des perceptions populaires et des discours issus de la biomédecine, réinterprétés par les médias, les acteurs de santé, ou le système éducatif.

Ces notions ont plusieurs conséquences pour notre étude. Les pathologies abordées mobilisent de manières différentes les catégories nosologiques populaires locales : les symptômes du paludisme font l'objet de représentations variables rassemblées sous des entités nosologiques précisément identifiées et nommées dans chaque langue locale ; l'infection à VIH est caractérisable par des représentations qui combinent fréquemment l'ignorance des étapes asymptomatiques de la maladie et la valorisation de certains symptômes tels que l'amaigrissement pour produire des formes de « symptomatologie populaire » associées au terme biomédical « sida », d'usage courant parmi les locuteurs des langues locales ; la drépanocytose, qui fait l'objet de désignations dans les langues locales, est porteuse de représentations populaires qui se démarquent des conceptions biomédicales notamment par le fait qu'elles mettent en avant le caractère létal de la maladie. Ces divergences entre savoirs que l'on peut distinguer en première approximation comme médicaux et populaires, et l'hétérogénéité des représentations des pathologies dont notre étude examine les traitements, impliquent que les résultats d'enquêtes pourraient être différents si l'on aborde le sujet au travers d'une définition étique ou biomédicale des pathologies, si on l'aborde au travers des représentations sociales de l'entité nosologique de tel ou tel groupe, ou si on l'aborde au travers des usages que peuvent avoir de ces représentations sociales les personnes qui font l'expérience subjective de la maladie.

Si l'on convient que l'analyse anthropologique se nourrit de la mise en rapport de catégories émiques utilisées par plusieurs populations ou groupes sociaux au sein d'une même société, et par la confrontation de ces catégories émiques à des catégories étiques transculturelles, il est indispensable de préciser le substrat de cette mise en rapport. Olivier de Sardan avance le concept de « module » qui, associant « un nom générique, un noyau de représentations stables et des variantes périphériques »¹⁶, exprime la permanence de certains traits concomitamment à une grande variabilité des représentations particulières. Cette notion renvoie à un signifié commun et permet de comprendre *a minima* que les discours ont le dessein d'évoquer une même pathologie. Aussi, notre approche ne sera pas celle d'une enquête positiviste qui voudrait identifier les thérapeutiques du sida, du paludisme et de la drépanocytose authentifiés selon des critères étiques biomédicaux, mais elle s'appuiera sur les points de vue des acteurs et les représentations sociales, en cherchant à valider ces « modules » de représentations associées à chaque entité nosologique.

Dans les pratiques quotidiennes de l'enquête, ceci a pour conséquence que les entretiens ont dans un premier temps eu recours aux catégories émiques des personnes interviewées, avant de compléter l'investigation par une exploration des thérapeutiques indiquées pour les symptômes associés à la pathologie concernée (définie au plan étique ou émique) et, dans certains cas, autour de la notion de « vulnérabilité ». Concernant le sida, l'usage de la notion d'« immunité » par un certain nombre d'interlocuteurs est apparu comme une euphémisation du diagnostic visant à en éviter les connotations (voir plus loin), ou comme la manifestation d'une intention thérapeutique à visée étiologique (traiter « le malade » plutôt que « la maladie »). La question du « niveau de traitement » -symptomatique, syndromique ou correspondant à la catégorie nosologique en cause, étiologique- a été abordée de manière non restrictive, en incluant toutes les thérapeutiques évoquées par les acteurs, qu'elles soient spécifiques ou non aux pathologies abordées dans l'étude. Dans cette approche, avoir un objectif d'exhaustivité du recueil de données ne pouvait être envisagé : l'objectif fut de mener des recueils les plus complets possible au niveau des entités nosologiques ou unités de syndromes –les recueils concernant le niveau des symptômes et celui des étiologies ou des contextes n'étant que secondairement renseignés en fonction de leur évocation préalable.

PRESENTER UN CADRE D'ANALYSE SIGNIFIANT

¹⁶ Olivier de Sardan J.P., Les représentations des maladies : des modules ? In Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (eds), 1999. *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. PUF, 15-40 :9

En anthropologie médicale, diverses études sur l'efficacité du médicament, et en particulier sur l'effet placebo, ont permis de proposer plusieurs modèles pour comprendre le « succès » des thérapies. L'une des synthèses les plus récentes sur le sujet, s'opposant au réductionnisme des approches psychocognitives, invoque quatre niveaux de facteurs influant sur l'effet placebo : la présentation du produit (« conditioning »), la relation thérapeutique (« therapeutic relationship »), la signification socioculturelle (« sociocultural meaning ») et les attentes et motifs d'utilisation (« expectancy »)¹⁷. Ce cadre doit être adapté lorsqu'il est appliqué à l'auto-médication, ou lorsque le médicament fait l'objet d'une transaction qui n'a pas valeur de relation thérapeutique, par exemple lorsqu'un produit est acheté dans une pharmacie ou sur un marché. Notre investigation a abordé ces quatre niveaux, et la présentation des résultats suit ce plan général, dont chaque catégorie est « élargie » pour rendre compte de notre thème.

Les produits dont il est question ici ont une légitimité charismatique plus souvent que légale-rationnelle, ce qui suppose que leur valeur peut être fortement corrélée à une personnalité (« inventeur » du produit, promoteur, vendeur). Aussi, la variété de profils sociaux des « acteurs » autour de ces traitements et du rôle qu'ils jouent -en rapport avec une conception « classique » du médicament comme médium de la relation thérapeutique- fait-elle l'objet d'une première partie du rapport, qui a également pour ambition de décrire un contexte social de « production » de l'efficacité thérapeutique.

La seconde rubrique de la partie du rapport concernant les analyses est consacrée aux produits. Elle s'efforce de suivre, autour de quelques exemples, l'analyse « biographique » de quelques traitements et propose des catégorisations, ainsi que l'analyse de quelques caractéristiques. Cette partie est, dans certains chapitres, très descriptive. Elle ne présente cependant pas l'exhaustivité des nombreuses descriptions de produits recueillies, qui n'aurait qu'un intérêt limité dans ce rapport.

La troisième rubrique est consacrée aux savoirs et systèmes de diffusion, qui se révèlent étroitement liés, que ce soit lorsqu'un produit est diffusé dans le cadre d'une expérimentation visant à construire un savoir – ou une légitimité, ou lorsqu'il est diffusé par une organisation sociale (association, firme) qui contrôle étroitement le discours émis autour des produits qu'elle diffuse.

La dernière rubrique concerne les usages, vus « en bout de chaîne » du côté des consommateurs ou des prescripteurs.

Ces quatre angles d'approche permettent, en les croisant, de restituer la complexité et le sens de ces « médicaments émergents ».

5.2. DEFIS METHODOLOGIQUES

ENQUETER SUR UNE CATEGORIE SYMBOLIQUEMENT CHARGEE

Enquêter de manière directe auprès d'intervenants non médicaux sur leur capacité à traiter le sida expose à des refus de réponse ou à des dénégations. Depuis les débuts de l'épidémie, les thérapeutes traditionnels ont fait l'objet de formations pour leur enseigner que le sida était une maladie sans traitement, les thérapies ne faisant au mieux que soigner, voire guérir les infections opportunistes. A l'arrivée des antirétroviraux en Afrique à la fin des années 1990, les thérapeutes biomédicaux comme traditionnels ont fait l'objet de nouvelles formations insistant sur l'absence de guérison de l'infection à VIH malgré le traitement, dont le propos était notamment d'encourager les soignants à transmettre aux personnes atteintes la notion de nécessité d'une observance sans faille. Dans le secteur des promoteurs de traitements non validés, la menace -hypothétique- d'une poursuite pour exercice illégal de la médecine (voire de la médecine traditionnelle) peut également expliquer l'extrême précaution prise dans toute communication à ce propos.

¹⁷ Thompson J. J., Ritenbaugh C., Nichter M., 009. Reconsidering the placebo response from a broad anthropological perspective. *Cult Med Psychiatry* 33: 112-152

« Ce produit est bon pour l'immunité. Vous m'avez compris ? » Lorsque, sur son stand de la Foire Internationale de l'Agriculture et des Ressources Animales de Dakar (19/04/2009) le vendeur d'un traitement polyvalent répond ainsi à ma question sur l'indication de son produit pour divers troubles incluant l'infection à VIH et la ménopause, deux interprétations sont possibles. Soit il propose un traitement « de terrain » qu'il considère comme pertinent quel que soit le trouble (mon usage de la notion de ménopause ayant pour propos de distinguer ce qui relève d'une conception générale de l'immunité de ce qui relèverait d'un usage limité à l'infection à VIH), soit la notion d'immunité sert d'euphémisme pour évoquer une infection à VIH « indicible ». A d'autres occasions, les promoteurs des produits associés au sida ont utilisé des périphrases. Les enquêtes sur les thérapeutiques de la sexualité ont également fait l'objet d'une communication complexe, procédant par allusions, périphrases, associées à des formes d'épreuves auxquelles l'interlocuteur pouvait soumettre le chercheur (attente, vérification qu'il achète un produit, questions sur les personnes qui l'ont conduit, etc.) avant de décider de lui répondre. Ces prévenances à la communication ont nécessité quelques stratégies, quelques précautions, voire quelques ruses, et ont obligé à rallonger la durée de l'enquête pour recouper des propos et éviter des interprétations abusives.

DEJOUER LES SUSPICIONS DE PARTIALITE

Enquêter sur un thème qui concerne les « marges » de la science, voire des approches « para-scientifiques » ou même « pseudo-scientifiques » peut être considéré comme risqué, voire inapproprié dans les milieux scientifiques. Dans certains cas, le chercheur est perçu comme nécessairement « contre » ou « pour » les traitements « alternatifs » et « néo-traditionnels », comme si l'objectivité ne pouvait qu'être hors de portée. Pour certains, travailler sur les traitements alternatifs attesterait d'une « ouverture » à des traitements méritant d'être ignorés. S'intéresser à ces traitements paraît suspect de partialité. Le monde des sciences sociales est le lieu de débats sur ces questions, notamment à propos de publications ou travaux académiques prétendant à la scientificité, qui ont fourni une légitimité à des pseudo-sciences¹⁸. Sans ignorer les questions fondamentales que soulèvent ces débats, on note que ces réserves ont été exprimées parallèlement à une certaine ignorance à propos des sciences sociales.

L'objet d'étude de ce programme, relatif à la santé et en particulier au traitement du sida -et notamment le risque que peut représenter un traitement alternatif pour une personne vivant avec le VIH- rendait plus particulièrement pesante l'inquiétude de certains interlocuteurs de voir une forme de publicité dans la seule description ou publication des caractéristiques des traitements « néo-traditionnels », si ces informations devaient être largement relayées.

A l'inverse, cette étude a fait l'objet de demandes appuyées concernant la publication de ses résultats dans une optique critique, notamment pour améliorer le niveau d'information des associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH en Afrique, confrontées à des propositions ou des demandes concernant ces produits à propos desquels seules des informations très partielles –parfois volontairement opaques- sont actuellement disponibles¹⁹.

Sur le terrain, y compris dans les interactions sociales, les demandes d'adhésion (ou de marques d'adhésion) à des thérapies ont pu être insistantes envers les chercheurs, la neutralité devenant, dans ce cas, difficile à gérer. Le parti-pris de l'ensemble de l'équipe a été d'une part de ne pas manifester une adhésion « de façade » ; d'autre part de ne pas prendre parti de manière appuyée en faveur ou contre les produits ou les acteurs auprès desquels nous avons enquêté. Cette posture peut être qualifiée de « sobriété » voire « sincérité méthodologique », dans la mesure où le fait de résister à la pression pour « prendre parti » semble avoir été plutôt favorable au recueil de données.

¹⁸ Cf. notamment le conflit ayant opposé le sociologue M. Maffesoli à un certain nombre d'ethnologues et sociologues critiquant la soutenance d'une thèse de sociologie par l'astrologue E. Tessier, apologétique pour l'astrologie.

¹⁹ A propos des stratégies de diffusion des résultats, voir plus loin.

LIMITES DE L'ETUDE

La principale limite de notre étude réside dans le caractère non exhaustif du recueil de données, l'objet d'étude étant trop vaste et trop diffus pour pouvoir être totalement investigué de manière homogène dans les trois pays. Si cette exhaustivité absolue n'était pas notre objectif, les données recueillies n'en sont probablement pas très éloignées concernant les traitements pour le sida au Bénin et au Burkina Faso, pour la sexualité à Ouagadougou, et ceux pour les traitements du paludisme au Bénin. D'autres moyens auraient été nécessaires pour étendre ces travaux aux trois pays et permettre ainsi des analyses comparatives sur des données de même niveau.

L'accessibilité des acteurs fut parfois difficile, en partie pour des raisons liées à leur méfiance vis-à-vis d'investigateurs pouvant être perçus comme susceptibles de venir leur soutirer quelques secrets, ou de dévoiler des informations qu'ils souhaitaient protéger, en partie du fait de leur éloignement géographique, notamment pour ceux résidant hors des pays d'étude.

La collecte de quelques produits a soulevé des difficultés d'ordre matériel. Les produits destinés au VIH/sida sont plus difficiles à collecter dans le sens où certains peuvent être très coûteux (entre 10.000 et 30.000 pièce). Toutefois, certains « inventeurs » ou « promoteurs » nous ont spontanément donné leur produit à destination des pvVIH ou parfois pour d'autres indications (tout comme ils offrent un produit à un potentiel acheteur).

5.3. DEFIS EN MATIERE D'ETHIQUE

ENQUETER OU RECUEILLIR DES DONNEES « PAR IMMERSION »

Notre objet d'étude ne nous imposait pas de quitter d'emblée la « vie quotidienne ». En effet, chacun des enquêteurs aurait pu avoir besoin de trouver pour lui-même un traitement néo-traditionnel pour l'infection à VIH, la sexualité ou le paludisme. De plus, certains lieux ou événements sociaux usuels mettent très facilement en contact avec des produits néo-traditionnels, et parfois avec leurs promoteurs, dans les pharmacies ou les boutiques spécialisées, à l'occasion de foires ou de conférences. Cette facilité d'un premier contact « par immersion » du chercheur se démarque de la difficulté d'instaurer une situation formelle d'enquête sur ce thème. En effet, enquêter sur un sujet porteur de dimensions identitaires ou qui peut impliquer des pratiques illicites n'est pas aisé, surtout si l'on déclare une intention d'enregistrer des données. Cette situation pose autour d'un thème spécifique la question plus générale de l'applicabilité des règles formelles de l'éthique à la recherche en anthropologie de la santé, et plus particulièrement celle des indications et enjeux éthiques de l'enquête incognito ou à découvert –question méthodologique courante en sociologie et en anthropologie.

Conjointement à la réalisation du programme de recherche, cette question a été traitée lors d'un séminaire du CReCSS, qui, entre 2006 et 2007, a abordé « L'éthique en anthropologie de la santé : enjeux, conflits, valeur heuristique ». Les dilemmes et interrogations rencontrés dans le cadre de ce programme de recherche ont donné lieu à trois communications (E. Simon, B. Bila, A. Desclaux). D'autres communications ont été présentées à ce sujet au cours du Symposium du GISPE sur « L'éthique de la recherche dans les pays en développement », Paris, 2-3 avril 2007 (M. Couderc, A. Desclaux).

Nous reproduisons plus loin deux articles issus de ces travaux. Dans le premier article, M. Couderc rapporte son expérience autour des usages et des effets de la pratique du « consentement éclairé » pour la participation à une étude en sciences sociales, et montre les limites de cette pratique qui, en instaurant un cadre formel pour un entretien parfois débuté autrement, polarise la relation entre enquêteur et enquêté, au prix de quelques effets sociaux. Dans le second article, A. Desclaux montre que si certaines circonstances de l'enquête (telles que celles rencontrées dans le cadre de ce projet) s'opposent à la formalisation de la relation, d'autres peuvent la rendre acceptable. Elle montre également qu'en l'absence d'adéquation, sur des questions plus vastes, entre les avis des comités d'éthique et les besoins en la matière des équipes de

recherche en anthropologie de la santé, il peut exister des « espaces sociaux » dans lesquels une réflexion éthique est menée. Ce dernier volet fait référence au programme Prosodie.

LA SOUMISSION AUX REGLES FORMELLES DE L'ETHIQUE

Des autorisations de recherche ont été sollicitées et obtenues auprès des comités compétents.

- Au Bénin : Une autorisation de recherche a été obtenue le 16 mars 2006 auprès du Ministre de la santé publique.
- Au Burkina Faso : Une autorisation de recherche a été obtenue (Délibération n°2005-018) auprès du Comité d'éthique pour la recherche en santé du Ministère de la santé le 28 août 2005.
- Au Sénégal : Une autorisation de recherche a été obtenue le 12 janvier 2006 auprès du Comité national de la recherche en santé du Ministère de la santé et de la prévention médicale.

D'autre part les chercheurs reconnaissent les règles de l'éthique en anthropologie avancées par certaines institutions internationales (tels que la Charte d'éthique de l'American Anthropological Association²⁰).

Ils ont également mis en œuvre les principes et recommandations de la Charte d'éthique de l'ANRS pour la recherche dans les pays en développement, avec laquelle ils sont familiarisés²¹.

Les données concernant l'identité des informateurs ont été codées et un système d'archivage des entretiens préservant l'anonymat a été utilisé.

IDENTIFIER DES PRODUITS OU PRATIQUES DANGEREUX POUR LEURS USAGERS

L'enquête devait décrire des produits qui n'ont pas été validés par l'expérimentation scientifique. Une attention particulière a été portée à la possibilité que soient observés des produits toxiques. La plupart des produits investigués étant des compositions phytothérapeutiques, souvent juridiquement considérés comme des compléments alimentaires, un nutritionniste de l'IRD a été sollicité pour apporter quelques éclairages sur de possibles interactions entre les produits recueillis et les antirétroviraux. L'enquête n'a pas révélé de circulation de produits ayant eu des effets toxiques, mais ceci ne signifie pas qu'il n'en ait pas circulé.

Dans un grand nombre de cas, la composition précise du produit n'a pas pu être précisée. Des informations ont été recherchées sur la composition, les effets principaux et les effets indésirables des produits, notamment sur des sites internet qui inventorient les traitements alternatifs, tels que la base de données de l'IBIDS (International Bibliographic Information on Dietary Supplements des National Institutes of Health américains), qui fournit par exemple 847 références d'articles concernant la spiruline et 299 l'Aloe vera. <http://grande.nal.usda.gov/ibids/index.php>

Ces investigations n'ont été réalisées que de manière partielle dans le cadre de cette étude, et devraient être complétées par des recherches plus systématiques en vue de la restitution des résultats de ce projet auprès des associations de PvVIH au Sud.

De manière plus générale, l'option adoptée dans le cadre de ce projet envers les personnes vivant avec le VIH a été de les informer, chaque fois que cela apparaissait pertinent, sur les possibilités et indications des soins biomédicaux, et de favoriser leur accès aux soins, le cas échéant.

²⁰ www.aaanet.org/committees/ethics/ethcode.htm

²¹ www.anrs.fr

MAINTENIR LA CONFIDENTIALITE DE CERTAINES INFORMATIONS

Selon les usages courants, les résultats ont été anonymisés sauf lorsque les propos recueillis avaient été tenus publiquement. Certaines informations ont été collectées dans le cadre de relations d'enquête nouées dans des espaces privés ou semi-publics. Compte tenu du caractère unique d'un certain nombre de produits, l'anonymisation ne suffit pas toujours pour protéger la confidentialité des propos. Aussi, l'option de diffusion restreinte de ce rapport est associée à la définition d'une stratégie visant à contrôler la diffusion des données par un encadrement de la restitution des résultats.

LA RESTITUTION DES RESULTATS

Les résultats feront l'objet d'une restitution auprès des associations de personnes vivant avec le VIH et d'autres acteurs de santé, sous une forme accessible et utile. Pour cela, des échanges ont eu lieu avec Sidaction, intéressé par une mise en ligne d'informations, sous une forme qui reste à déterminer, incluant certaines informations complémentaires qui ne relèvent pas d'une investigation en sciences sociales (valeur nutritionnelle, possibles interactions, risques et bénéfices attendus, précautions d'utilisation). Ceci devrait faire l'objet d'un projet spécifique de valorisation des résultats, en cours de discussion.

5.4. PRESENTATION DES ANALYSES TRANSVERSALES

La partie consacrée aux analyses transversales présente des textes de statuts et de niveaux d'élaboration inégaux : certains sont des textes descriptifs des résultats d'enquêtes, issus d'analyses relativement préliminaires ; d'autres correspondent à des articles qui ont été soumis ou déjà publiés.

5.2. USAGES ET CONSEQUENCES DE LA PRATIQUE DU CONSENTEMENT ECLAIRE

Mathilde Couderc

INTRODUCTION

L'intrusion de recommandations éthiques formelles dans la pratique ethnographique interroge la véritable définition du travail de terrain. (Fassin, 2006 : p. 523) 22

Peut-on appliquer les règles éthiques biomédicales aux recherches en anthropologie qui traitent de questions de santé ?

Cette question est abordée dans le cadre d'une enquête anthropologique sur les dimensions socioculturelles de la recherche clinique en matière d'infection à VIH au Sénégal, dans un triple contexte :

- la multiplication d'instances éthiques et l'inflation de textes normatifs qui encadrent la recherche médicale [1] ²³ depuis le code de Nuremberg (1947) et la déclaration d'Helsinki (1964) ;
- la sollicitation des sciences sociales par les sciences biomédicales pour mieux comprendre les contextes socioculturels du sida ;
- La mise en place progressive de comités d'éthique dans les pays du Sud, contemporaine de l'épidémie de sida et du caractère transnational des recherches menées sur ce thème [2].

Le processus de régulation de la biomédecine et de la recherche médicale entraîne également des changements dans d'autres disciplines qui impliquent la participation de « sujets humains », dont l'anthropologie [3], [4] ; ainsi, de nouvelles instances éthiques ont progressivement émergé en Amérique du Nord ²⁴, puis en Europe.

Avec l'harmonisation des politiques européennes de recherche, sous l'effet de « la circulation transnationale des modèles de bonne conduite scientifique » ([5] : p. 119), les chercheurs en sciences sociales, lorsqu'ils travaillent dans le domaine de la santé, doivent soumettre leur projet de recherche à des comités d'éthique (locaux, nationaux ou internationaux), majoritairement composés d'acteurs biomédicaux, qui se fondent sur des principes éthiques issus de la recherche médicale. De nombreux chercheurs en sciences sociales dénoncent l'inadéquation des dispositifs d'évaluation de ces comités avec leurs pratiques professionnelles [1], [20], [5] ; ils considèrent ces dispositifs d'évaluation comme excessifs et restrictifs par rapport à la « liberté académique » [2], [4]. Face aux difficultés rencontrées pour appliquer ces recommandations éthiques, des stratégies sont mises en place pour contourner les procédures [5],[6],[5], pour les ignorer [1] ou les atténuer [3].

La première règle éthique — et parfois la seule — imposée au chercheur en sciences sociales, est d'obtenir au préalable un consentement éclairé pour chacun de ses informateurs ; cette obligation est devenue la pierre angulaire du contrôle des enquêtes en sciences sociales par les instances éthiques.

²². — Toutes les citations issues de textes en anglais sont des traductions personnelles de l'auteur.

²³. — Citons par exemple pour les textes : le rapport Belmont (1978), jusqu'à la dernière version de la déclaration d'Helsinki (2004) et la révision de la Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement de l'ANRS (2008) ; pour les organismes : le *Council for International Organizations of Medical Sciences* (2002), le *Nuffield Council on Bioethics* (2002), le Comité international de bioéthique de l'Unesco (2007), etc.

²⁴. — Institutional Review Boards (IRB).

L'administration d'un formulaire de consentement éclairé pour les participants à une recherche médicale découle de l'application du principe de respect de la personne fondé sur la notion d'autonomie individuelle. La procédure de consentement éclairé a été mise en place pour protéger les participants des risques potentiels engendrés par l'expérimentation médicale ; elle s'organise autour des trois critères suivants [7] :

- 1) les participants potentiels doivent avoir reçu toutes les informations nécessaires à leur prise de décision de participer ;
- 2) ces informations doivent être comprises ;
- 3) la participation doit être volontaire.

Cependant, elle n'a cessé d'être remise en question à l'intérieur même de la biomédecine, pour au moins deux raisons :

- un déficit de recommandations pratiques sur la manière d'informer et de garantir la compréhension des participants [12] ;
- sa perception comme une approche contractuelle et légale davantage destinée à protéger les intérêts des institutions que ceux des sujets [8], [9].

Dans ce contexte, l'obtention d'un consentement préalable avant le démarrage d'une recherche est-elle toujours souhaitable et réalisable en sciences sociales [11] ?

Les sciences biomédicales reposent sur la méthode expérimentale ; une hypothèse de recherche est élaborée à la suite d'une observation ; un dispositif expérimental est ensuite mis en place pour valider ou infirmer cette hypothèse de recherche selon des variables isolées (démarche hypothético-déductive) ; des normes éthiques internationales sont imposées pour protéger les participants aux recherches biomédicales des éventuels effets néfastes pour leur santé d'une thérapie non encore totalement éprouvée par ce dispositif expérimental.

La pratique ethnographique²⁵ de l'anthropologue se fonde sur l'observation directe de situations ; elle exige la présence quotidienne, et inscrite dans la durée, du chercheur dans le contexte local d'enquête ; l'hypothèse de recherche est évolutive ; elle se construit en fonction des situations observées, des opportunités et des rencontres au cours du « terrain » (démarche inductive) ; l'hypothèse, qui se révèle seulement à la fin du processus de recherche, ne donne pas lieu à une expérimentation. La nature des risques pour les participants à une enquête en sciences sociales est d'un autre ordre que dans une recherche biomédicale ; de plus, la relation d'enquête n'est pas la même que dans le cadre d'une expérimentation.

Comment appliquer alors une procédure de consentement préalable à une recherche ethnographique dans laquelle les méthodes, la question de recherche et même l'identification des participants émergent au fur et à mesure de l'enquête [13], [14] ?

L'objectif de cet article est de décrire et analyser les conséquences de l'application en anthropologie de la procédure de consentement éclairé issue d'un modèle biomédical, ainsi que la posture que j'ai choisi d'adopter à ce propos, au fur et à mesure de l'avancement de l'enquête de terrain, au vu des effets de l'application de cette procédure.

^{25.}— Multiplication des lieux d'observations et des lieux de contact avec des informateurs potentiels, prédilection pour le recueil de données informelles et spontanées, attention donnée à la qualité de la relation d'enquête établie avec les informateurs, etc.

OBJET, CONTEXTE ET MÉTHODE DE LA RECHERCHE

OBJET ET CONTEXTE ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Les observations et les analyses présentées dans cet article s'appuient sur les résultats préliminaires de mon enquête de terrain de thèse. Elle a consisté à observer et à analyser la mise en place et la réalisation de protocoles de recherches biomédicales standardisés élaborés en partenariat entre des chercheurs sénégalais et des chercheurs des pays du Nord²⁶, et appliqués par des chercheurs locaux. L'objet de cette recherche est d'analyser les perceptions d'une recherche clinique pour les patients qui y participent, et d'observer les interactions entre différentes logiques d'acteurs (équipe de recherche, équipe soignante locale, participants, associations de personnes vivant avec le VIH, médias, autorités nationales, etc.) dans le déroulement des recherches cliniques ethnographiées. Le cadre théorique repose sur une approche qualitative et une enquête transversale auprès de quatre recherches cliniques sur le sida²⁷.

Cette thèse est intégrée à deux programmes de recherche²⁸ :

- *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest*²⁹ ;
- *Anthropologie de la recherche clinique*³⁰.

Le programme de recherche *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest* fait partie des premiers, dans le champ des sciences sociales, à avoir mis en œuvre des principes éthiques inspirés par ceux de la *Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement* de l'ANRS [15]³¹ ; comme tous les chercheurs de ce programme, j'ai donc dû m'y conformer³².

J'ai contribué à l'élaboration et à la rédaction du document de présentation du second programme qui a été soumis au Conseil National de la Recherche en Santé (CNRS)³³ pendant ma présence au Sénégal, mais dans la dernière période de mon terrain.

Les principes éthiques qui ont été retenus et formalisés dans le cadre de ces deux programmes sont les suivants :

- présentation d'une note d'information au patient sur les objectifs de l'enquête ;
- obtention d'un consentement³⁴ ;
- respect de la confidentialité ;

²⁶ . — Dans le cadre de mon enquête, il s'agissait des États-Unis et de la France.

²⁷ . — Trois essais thérapeutiques et une étude clinique sur la prévention d'une maladie opportuniste du sida.

²⁸ . — Ils sont menés par le CReCSS (Centre de recherches cultures santé sociétés), en partenariat avec l'IRD (UMR 145 – VIH-sida et maladies associées). Le programme *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest* est cofinancé par PROSODIE, par Sidaction et par l'ANRS.

²⁹ . — *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest. Bénin, Burkina Faso, Sénégal*. Coordonnateurs : M. Egrot (UMR 145-IRD-Université de Montpellier I, UMR 7043-CNRS-Université de Strasbourg), A. Traoré (SHADEI, Bobo-Dioulasso) ; 2005 - 2007 ; financement : ANRS, Sidaction, Ministère français de la Recherche, IMEA.

³⁰ . — *Anthropologie de la Recherche Clinique au Sénégal*, coordonnateurs : B. Taverne (UMR 145), A. M. Dieye (UCAD-Sénégal) ; 2006 – 2009 ; financement: IMEA, IRD.

³¹ . — Cette charte a été élaborée en 2002, elle a fait l'objet d'une révision en 2008 menée avec la participation de chercheurs, médecins, représentants des participants aux recherches et associations de PvVIH dans les pays où existent des sites ANRS.

³² . — La charte d'éthique de l'ANRS demande que les projets de recherche soient soumis à l'approbation des autorités nationales compétentes en matière de santé (représentées ici par le ministère de la Santé, à travers le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) et le Conseil National de la Recherche en Santé (CNRS) du Sénégal). Le versement des financements est conditionné par l'obtention d'un avis éthique favorable et parfois d'une autorisation de recherche.

³³ . — Comité éthique et scientifique dépendant du Ministère de la Santé.

³⁴ . — Dans le questionnaire d'éthique demandé par l'ANRS, les responsables du programme *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest* avaient prévu la procédure suivante : « Le consentement sera exprimé par la signature d'un formulaire lorsqu'une telle pratique sera possible (maîtrise de l'écriture) et lorsqu'elle aura un sens pour l'individu sollicité. Dans les autres cas, un compte rendu écrit de la séance sera rédigé puis signé par les personnes présentes qui attesteront de la délivrance des informations sur le projet et du consentement de la personne ».

- information des patients concernant leur prise en charge médicale et thérapeutique ;
- systèmes d'encodage des identités des informateurs ³⁵ et d'archivage des entretiens ³⁶ pour préserver l'anonymat.

Aux demandes qui émanent de l'ANRS, se sont ajoutées les recommandations du Comité d'éthique national :

- administration d'un formulaire de consentement éclairé pour les participants à la recherche ;
- avis sur la méthode adoptée : demande de soumission des grilles d'entretien élaborées par le chercheur.

Pour les deux programmes, il a été décidé de transformer les grilles d'entretien en guides thématiques, ce qui nous permettait d'échapper à une impossibilité méthodologique en anthropologie, à savoir, définir préalablement pour une situation d'entretien la nature exacte des questions qui seront posées à l'interlocuteur.

TERRAIN ET TECHNIQUES D'ENQUETE

L'enquête de terrain a été menée de mai 2005 à décembre 2006 ; la méthodologie adoptée repose sur les techniques classiques d'une démarche ethnographique :

- l'observation directe de situations ;
- la conduite d'entretiens semi-directifs menés soit en *wolof* ³⁷, à l'aide d'un interprète, soit en français ;

Les observations ont été réalisées dans trois structures de référence en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, situées dans l'enceinte du centre hospitalier universitaire de Fann (Dakar).

Au Centre de traitement ambulatoire (CTA), des observations ont concerné chaque service du dispositif de prise en charge et particulièrement les séances de consultations d'un essai clinique accueilli dans cette structure (> 50 patients).

Au Service des maladies infectieuses (SMI), des observations ont été menées lors des séances de consultation d'une seconde recherche clinique (< 20 patients) ainsi que lors des groupes de paroles organisés par une association de personnes vivant avec le VIH (PvVIH).

Au Centre de recherche clinique et de formation sur la prise en charge de l'infection à VIH (CRCF), des observations répétées ont eu lieu lors des séances de consultations spécifiques à deux recherches cliniques (> 120 patients) ; et à l'occasion de réunions internes (équipe du CRCF et équipes de recherches de ces deux essais cliniques).

La population d'enquête est composée de :

- professionnels de santé impliqués dans la conduite d'une recherche clinique (investigateurs, médecins, infirmiers, agents de laboratoire, pharmaciens, assistants sociaux, etc.) ;
- représentants des autorités nationales en matière de lutte contre le sida ;
- personnes vivant avec le VIH (représentants associatifs, participants à une recherche clinique, patients suivis dans le cadre du programme national de prise en charge).

Dans cet article, il sera uniquement question des participants à une recherche clinique, seuls acteurs à avoir fait l'objet de la procédure de « consentement éclairé » ³⁸.

³⁵ . — Il s'agit d'un système codé qui permet d'identifier pour chaque entretien transcrit : l'identité de l'informateur, le lieu, la date et l'identité du chercheur qui a mené cet entretien.

³⁶ . — Les entretiens étaient rangés dans un lieu fermé à clefs.

³⁷ . — Langue de l'ethnie éponyme, majoritaire, qui est la langue véhiculaire au Sénégal.

Des entretiens semi-directifs ont été menés en *wolof* et en français auprès de professionnels de santé (23), de participants à une recherche clinique (27) et de représentants associatifs (10).

Le choix de l'interprète tenait compte des caractéristiques de la population d'enquête. Dans un contexte où l'infection à VIH est une maladie stigmatisée et où la majorité des personnes vivant avec le VIH n'a pas partagé l'information sur sa maladie avec son entourage, je décidais de travailler avec une patiente rencontrée lors d'un groupe de paroles ; les patients étaient rassurés de savoir que cette personne avait la même expérience qu'eux. Ces séries d'entretiens ainsi que les séances d'information et de recueil de consentement des participants qui les précédaient, ont eu lieu dans un bureau du CRCF que j'ai occupé le temps du terrain.

L'ACCES AU TERRAIN ET AUX INFORMATEURS

Le choix de prendre quatre recherches cliniques sur le sida comme objet d'étude se justifie par la volonté d'observer et de comprendre chaque étape prévue dans un processus de recherche clinique ; et ce dans la durée impartie du terrain, ce qui exige d'observer plusieurs recherches cliniques à des stades différents. Les contraintes d'accès au terrain étaient nombreuses (obtention des autorisations des promoteurs, accès aux professionnels de santé et aux patients etc.) et le dispositif, en concernant plusieurs études, permit d'éviter de nombreux aléas (retard dans le démarrage, attente de l'approbation du CNRS, période de recrutement et d'« inclusion » des patients aléatoire, etc.). En adoptant ce dispositif d'enquête je souhaitais minimiser les contraintes de temps et multiplier les situations d'observation d'un processus de recherche clinique entrain de se faire.

Mon insertion à l'intérieur des trois structures de santé où étaient réparties les quatre recherches cliniques a nécessité de longues séances d'observations, et une large participation à toutes les activités du dispositif de prise en charge des PvVIH (accueil, consultations, pharmacie, service social, hospitalisation de jour, activités communautaires) en même temps qu'un fort investissement relationnel. Cette insertion a impliqué une attention à ce que l'accès aux informations n'entrave en aucun cas ni la marche régulière des activités de ces services, ni le respect de la confidentialité de ses usagers. Une présence quotidienne m'a permis de nouer des relations de confiance avec les professionnels de santé et les personnes vivant avec le VIH.

L'accès aux participants de ces quatre recherches cliniques³⁹ était très variable en fonction des étapes en cours. Par exemple, pour le stade « d'inclusion » des patients, un petit nombre seulement était accessible (≤ 5). De plus, les périodes de recrutement dans les essais cliniques étaient souvent prolongées car il était difficile de trouver des patients correspondant aux critères exigés par les protocoles de recherche biomédicaux⁴⁰ ; enfin, les rendez vous des patients pouvaient être espacés de plusieurs mois, ce qui ne facilitait pas les occasions de les rencontrer, malgré le choix de ce dispositif d'enquête étendu.

Devant cet accès limité aux participants, plusieurs stratégies ont été mises en place, comme la mobilisation d'alliés et la multiplication des lieux de prise de contact : locaux d'associations de PvVIH, séances de groupes de paroles, séances de consultation, etc.

³⁸. — À l'usage de l'expression « consentement éclairé », issue du vocabulaire spécifique de la recherche biomédicale, je préfère celle de « procédure d'information des patients » (qui inclut la présentation de la note d'information et la signature du formulaire de consentement), chaque fois que je citerai son application dans le cadre de mon enquête ethnographique.

³⁹. — Chaque recherche clinique représentait 40 participants en moyenne.

⁴⁰. — Il arrivait parfois qu'un seul patient soit inclus sur une période de plusieurs mois.

PRATIQUES DU « CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ »

LA MISE EN PLACE DE LA PROCEDURE

La Prise de connaissance du dispositif éthique

J'ai pris connaissance des recommandations éthiques à respecter en démarrant l'enquête de terrain. En pratique, il s'agissait principalement de présenter trois documents aux personnes impliquées dans cette enquête :

- la note d'information au patient ;
- le formulaire de consentement éclairé ;
- l'engagement de confidentialité.

Dans mon esprit, ces trois documents ont immédiatement fait écho à la procédure de « consentement éclairé » exécutée par les médecins d'étude clinique. Je me suis ainsi retrouvée confrontée pour la première fois à la nécessité d'appliquer un dispositif éthique issu du modèle biomédical ; j'allais donc devoir composer entre ma pratique ethnographique et ce dispositif éthique, nouveau et imposé.

Dés mon arrivée, j'ai perçu deux discours provenant de mes responsables de recherche : d'un côté l'obligation d'appliquer les procédures éthiques de la charte ANRS et celles du comité national d'éthique; de l'autre des interrogations sur leur bien-fondé et sur la manière de les appliquer. De longs échanges s'ensuivirent, qui témoignaient, d'une part, de la non familiarité des chercheurs en sciences sociales avec ces nouvelles pratiques, et qui renvoyaient, d'autre part, à l'absence d'une formalisation d'un cadre éthique pour les recherches menées en France en sciences sociales [20], contrairement aux associations professionnelles britanniques et nord américaines qui ont mis en place des codes ou des recommandations éthiques⁴¹. C'est donc sans l'appui d'une réflexion collective et actualisée sur l'éthique de la recherche en anthropologie que les anthropologues français travaillant dans le champ de la santé doivent aborder leurs interlocuteurs [20] et définir leur méthode d'enquête.

L'irruption de l'éthique biomédicale dans ma pratique ethnographique m'a progressivement amenée à m'interroger sur la dimension éthique de ma propre démarche anthropologique. Cette réflexion s'est imposée face à des difficultés auxquelles je me suis trouvée confrontée sur le terrain et que j'ai dû résoudre seule. Cette acception d'une éthique qui se donne à voir uniquement dans l'action est partagée par DOZON [16] :

Ces questions éthiques ne se posent pas a priori [...] : elles émergent au cours de la recherche et à la mesure du degré d'implication [...] ce qui revient à dire qu'elles relèvent moins d'impératifs moraux de type kantien [...] que de démarches pragmatiques. Ainsi nommées, ces démarches n'en appellent bien sûr pas à la seule subjectivité où à la seule conscience de l'anthropologue, mais ressortissent à des ajustements progressifs. (DOZON, 1997 : p. 113)

Avant cela, je n'avais pas investi cette question de l'éthique d'une réflexion théorique ; je me rangeais du côté d'une longue tradition de chercheurs en sciences sociales qui considéraient, jusqu'à une époque récente, que l'intégrité morale et la rigueur scientifique représentent des garanties suffisantes du respect de l'éthique [4], et les questions éthiques comme :

Relevant d'un colloque singulier de l'enquêteur avec ses enquêtés dans une sorte d'impénétrable intimité de son terrain. En somme, l'éthos du chercheur fondait l'éthique de sa recherche. (FASSIN, 2008 : p. 117)

⁴¹. — American Anthropological Association, British Sociological Association, Association of Social Anthropology of the UK and the Commonwealth, Economic and Social Research Council, etc.

L'élaboration des documents du dispositif éthique

Chronologiquement, les enquêtes ont d'abord été réalisées dans le cadre du programme *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest*, pour lequel un dispositif éthique avait été longuement élaboré par les responsables du programme. Trois raisons à ce rattachement :

- la conduite d'enquêtes complémentaires pour ce programme ;
- une articulation étroite avec mon objet de recherche, notamment l'ethnographie d'un essai clinique qui combine la prise d'antirétroviraux avec de la Spiruline⁴² ;
- la possibilité de bénéficier des autorisations de recherches émises par le comité national d'éthique sénégalais.

Pour les enquêtes spécifiques à ce programme, j'ai eu recours aux trois documents précités, identiques pour l'ensemble des chercheurs du programme.

L'ensemble du dispositif éthique du programme *Anthropologie de la recherche clinique* (qui concerne les quatre recherches cliniques ethnographiées) a été élaboré ensuite, sur la base de celui du programme *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest*, car il nous paraissait répondre aux exigences — que nous avons anticipées — du CNRS. La première étape a donc été d'adapter le contenu de ces trois documents à notre thème de recherche⁴³.

La note d'information a été rédigée par mon responsable de recherche sur le terrain et moi-même⁴⁴ ; elle présente une « étude anthropologique qui porte sur le domaine de la recherche clinique » et dont l'objectif est de « comprendre la perception, le vécu et l'impact des essais cliniques par les personnes qui ont accepté d'y participer, en particulier leur compréhension du protocole testé et leurs représentations de la maladie ».

Le contenu du formulaire de « consentement éclairé » a simplement été adapté à notre thème de recherche.

L'engagement de confidentialité devait être signé par toute personne impliquée dans cette recherche (interprète, personnel de santé, etc.) et préalablement sensibilisée sur les principes méthodologiques d'une enquête anthropologique. Les risques de rupture de la confidentialité ont été envisagés tout au long et même au-delà de la durée de l'enquête ethnographique à travers la mise en œuvre de moyens et de précautions tels que le choix d'un lieu d'entretien en accord avec l'informateur, le choix de l'interprète ou encore le respect de l'anonymat lors de l'archivage, de l'exploitation et de la restitution des résultats de recherche.

L'adoption successive de trois types d'attitudes

Rétrospectivement, je réalise avoir adopté successivement trois attitudes par rapport à cette « procédure d'information des patients » :

- en début de terrain, une application rigoureuse et systématique, pour les enquêtes menées dans le cadre du premier programme, c'est-à-dire auprès de cinq patientes qui avaient participé à un « essai clinique » d'un traitement néo traditionnel ;
- à moitié terrain, une application partielle (adaptation de la note d'information et signature du formulaire de consentement non systématique), pour les enquêtes menées dans le cadre d'un essai clinique qui se trouvait « à cheval » entre les deux programmes (essai sur la spiruline) ;
- en fin de terrain, un abandon de ces procédures et un retour à une pratique ethnographique « habituelle », pour les enquêtes menées auprès des participants de trois essais cliniques (dépendant du second programme de recherche).

⁴². — Substance naturelle classée dans la catégorie des produits néo-traditionnels en anthropologie.

⁴³. — Ces trois documents figurent en annexe.

⁴⁴. — Cette note d'information présente l'étude complète (membres de l'équipe de recherche, objectifs, droits de la personne enquêtée) et les conditions de réalisation des entretiens (lieu, durée, thèmes abordés, etc.).

Il est donc intéressant d'observer et d'analyser les conséquences de ce changement d'attitudes sur la pratique ethnographique, et notamment sur la qualité de la relation d'enquête et des données recueillies.

La prise de conscience de cette triple démarche étant rétrospective, il paraît difficile d'évaluer, de surcroît a posteriori, le véritable impact de l'application de cette procédure sur la qualité de mon enquête. Toutefois, et malgré tous mes a priori à appliquer cette « procédure d'information des patients », je n'ai pas constaté de différence tangible, quelle que soit l'attitude que j'avais adoptée, concernant mon processus de recherche. A la relecture des entretiens recueillis, je n'ai pas, par exemple, constaté de parole plus « libre » de la part des informateurs auxquels j'avais fait le choix de ne pas présenter cette procédure, comme je n'ai pas fait l'objet de refus de la part des patients par rapport à mon choix de l'appliquer.

« CONSENTEMENT ECLAIRE » ET RELATION D'ENQUETE : ATTITUDES SUCCESSIVES CONCERNANT LA PROCEDURE

Ma relation avec les informateurs s'est construite autour de différents événements comme les circonstances de la rencontre (l'annonce de la maladie), les événements partagés (décès d'un patient proche), la divulgation de la séropositivité (dans le cas où cette information n'a été partagée qu'avec les médecins), des attentions réciproques et des services rendus (soutiens économiques ponctuels), la participation à des activités communautaires (repas) et extra professionnelles (fêtes organisées au domicile des patientes), etc. L'établissement de cette relation et la nature des échanges étaient le résultat d'une tension entre mon « identité sociale virtuelle » [18] c'est-à-dire les caractéristiques associées à mon statut de chercheur et mon « identité sociale réelle » [18] construite à partir de mon histoire personnelle, de ma sensibilité, de mes choix d'engagements, etc. Il s'agit donc d'un processus relationnel qui s'est construit dans le temps, en articulant mon éthique personnelle avec les principes méthodologiques de ma discipline en fonction des situations d'interactions rencontrées.

Dans cette enquête, la « procédure d'information des patients » précédait immédiatement le premier entretien avec un informateur, c'est-à-dire que cette pratique prenait place lors d'un moment spécifique : l'initiation de l'entretien⁴⁵. En anthropologie, une attention particulière est portée à l'établissement d'une relation de confiance avec les informateurs, et dans ce but, l'entretien peut représenter un moment privilégié. L'entretien est guidé par une multiplicité de méthodes, concernant sa conduite (façons d'aborder et d'interroger l'interlocuteur) ainsi que l'analyse de son contenu⁴⁶ ; toutefois, il semble « résister à la formalisation méthodologique : dans la pratique il reste fondé sur un savoir faire artisanal, un art discret du bricolage » ([19] : p. 7).

De fait, l'intégration de la « procédure d'information des patients » a-t-elle modifié cette situation d'entretien et le rapport aux interlocuteurs ? Pour y répondre, il est important de resituer, pour les trois attitudes, la nature de la relation établie avec les informateurs et le moment, dans l'établissement de cette relation, où est intervenue cette nouvelle procédure.

Première attitude : une application systématique

Dans le premier cas, cette procédure est intervenue dans une relation préétablie avec la majorité des informateurs. Il s'agissait de réinterroger cinq patientes qui avaient participé deux ans auparavant à un « essai clinique » néo-traditionnel et qui avaient déjà fait l'objet de séances d'entretiens répétés avec des chercheurs du programme *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest*. Sans le savoir, puisque je n'avais pas identifié au préalable ces cinq patientes, j'avais pris l'habitude de les côtoyer dans une structure de prise en charge où elles étaient toutes suivies et où j'avais effectué un terrain exploratoire de quatre mois. Une relation d'amitié s'était même nouée avec trois d'entre elles.

⁴⁵. — A posteriori, je réalise que ce choix de pratiquer la procédure de « consentement éclairé » à ce moment précis ne m'était pas imposé. Cependant, étant donné que rien n'était précisé sur le moment opportun pour appliquer cette procédure, j'ai eu le tort de le faire comme il était procédé dans le cadre des recherches cliniques que j'observais, c'est-à-dire lors de la première rencontre avec le patient.

⁴⁶. — Possibilité de recours à différentes techniques d'entretiens : directifs, semi-directifs ou compréhensifs.

Dans ce contexte, plusieurs facteurs ont contribué à mon adhésion à la « procédure d'information des patients ». Le premier est une relation de confiance établie avec les participantes en amont de la procédure. Le second est la faisabilité de son application, sans compromettre le déroulement des entretiens, du fait de l'accessibilité des participants (nombre limité et proximité géographique). Le troisième facteur tient au fait que j'avais le sentiment d'occuper un rôle de simple « exécutante » de ce programme ; d'une part, car j'intervenais dans un processus de recherche déjà en cours et je devais me contenter de reprendre des enquêtes conduites par d'autres chercheurs, d'autre part, car il avait été décidé que cet « essai clinique » n'apparaîtrait pas dans mon travail de thèse. Mon appartenance à ce programme ainsi minimisée, j'appliquais le dispositif éthique machinalement, sans faire intervenir mon ressenti par rapport à cette pratique.

Cette première démarche se distingue des deux autres par l'impossibilité d'observer en parallèle le déroulement de cet « essai clinique », terminé au moment de l'enquête de terrain. Je n'y ai donc pas observé les pratiques de consentement éclairé du thérapeute traditionnel et/ou de l'investigateur ; ce qui a sûrement évité que j'assimile ma pratique à celle des professionnels de santé.

Cette procédure a été appliquée sans rencontrer la moindre réticence de la part des patientes.

Deuxième attitude : une application partielle

Dans le second cas, cette procédure concernait des informateurs que je n'avais pas eu l'occasion de rencontrer auparavant et auxquels l'accès était très limité. Il s'agissait d'interroger les participants d'un essai clinique sur l'efficacité de la spiruline. Les consultations étaient très espacées dans le temps et il était fréquent que les patients ne soient pas fidèles aux rendez-vous donnés par le médecin.

Dans ce contexte, j'ai perçu l'application de la « procédure d'information des patients » comme une contrainte de temps vis-à-vis de l'organisation pratique des entretiens. Il s'agissait d'ailleurs d'une double contrainte, pour moi, au même titre que pour certains informateurs :

- la première parce qu'elle pouvait occuper l'intégralité de la séance d'entretien et ainsi me priver d'un véritable dialogue avec le patient dans le cas où il s'agissait de l'unique opportunité de recueillir son discours ;
- la seconde parce que l'allongement de la durée de l'entretien m'obligeait à mobiliser l'informateur plus longtemps et cette situation pouvait devenir problématique face à des patients dont l'état de santé est fragile.

Dans le cas d'une patiente qui était déjà arrivée très fatiguée, elle me fit comprendre peu après le temps prévu pour la procédure d'information qu'elle souhaitait rentrer chez elle. J'ai seulement eu le temps de recueillir les informations relatives à son identité, après cela, je ne l'ai jamais revue. Cette situation qui s'est reproduite à plusieurs reprises a donc eu comme conséquences de rendre les données inutilisables car jamais complétées. L'application de cette procédure d'information était non productive, elle fut donc respectée pour les premiers patients seulement.

Troisième attitude : un abandon progressif

Dans le troisième cas, cette procédure devait être proposée aux patients interrogés dans le cadre du programme *Anthropologie de la recherche clinique*, c'est-à-dire les participants des trois autres études cliniques. Je n'avais pas eu l'occasion de rencontrer la plupart d'entre eux auparavant car il s'agissait de personnes, soit dépistées récemment et pour lesquelles le cadre de la recherche clinique était le premier lieu de prise en charge médicale et thérapeutique⁴⁷ ; soit prises en charge dans d'autres structures de santé qui ne m'étaient pas familières.

⁴⁷. — Un délai de moins de trois mois a été constaté entre l'annonce de la maladie faite au patient et la proposition de participer à une recherche clinique.

Il est à noter que ce programme se distinguait pour moi du précédent pour plusieurs raisons qui m'ont conduite à porter un regard différent sur l'imposition de cette pratique : la première car ce programme était en cours d'élaboration et de soumission à l'avis du comité d'éthique du Sénégal, ma perception de cette procédure éthique comme une obligation était donc moindre ; la seconde car j'avais le sentiment d'être plus autonome et plus libre sur la manière de « faire du terrain » car il s'agissait de ma propre enquête ; enfin, ma présence quotidienne lors des séances de consultation de ces recherches cliniques me permettait d'avoir un regard plus critique sur cette pratique du « consentement éclairé » exécutée par les professionnels de santé. Cette expérience m'a amenée à remettre en question sa pertinence, appliquée à une enquête en sciences sociales ; c'est ainsi que j'ai commencé à envisager cette pratique trop particulière pour pouvoir l'appliquer à l'identique.

Mon rattachement à deux programmes de recherche, dont l'un était plus expérimenté que l'autre en terme d'application d'un dispositif éthique, a selon moi contribué à un flou sur les modalités d'application de cette « procédure d'information des patients » et m'a conduite à un ajustement de mes pratiques vis-à-vis d'elle, en fonction des circonstances du terrain.

Je vais maintenant expliciter les contraintes que j'ai rencontrées pour appliquer cette « procédure d'information des patients » et l'abandon progressif de cette pratique.

ANALYSES DU « CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ » EN ANTHROPOLOGIE

Cette partie confronte les conséquences de l'application de cette « procédure d'information des patients » avec la pratique ethnographique et de là, propose une autre définition du « devoir d'information », pour l'anthropologue.

L'ABANDON PROGRESSIF DE LA « PROCEDURE D'INFORMATION DES PATIENTS »

Contraintes et avantages de La présentation de la note d'information

Dès la première rencontre avec un informateur, je devais lui communiquer la note d'information qui avait pour objectif de présenter la recherche en cours portant sur son vécu et sa perception de la recherche clinique à laquelle il participait.

Il semblait donc inévitable de recourir au terme *recherche clinique* issu du vocabulaire spécialisé biomédical et théoriquement, ce terme devait avoir été défini aux patients lorsqu'ils avaient donné leur consentement éclairé pour participer à une recherche clinique : or, ce n'était pas le cas (ce qui représente une donnée en soi). En effet, les professionnels de santé locaux lui substituent fréquemment le terme *projet*, par souci de simplification ; si bien que les patients, dans leur majorité, ignorent la signification du terme *recherche clinique* ; eux-mêmes ne se définissent pas comme des *participants* ; ils ont simplement retenu le terme *projet*, qu'ils associent à la prise en charge de leurs frais médicaux et de transport ; pour eux, *projet* est un terme générique qui désigne aussi l'« aide » internationale, perçue de manière positive.

De ce fait, la présentation de cette note d'information m'a immédiatement mise face à une double difficulté : d'un côté, la nécessité d'informer les patients de ce qu'est une « recherche clinique » ; de l'autre, m'efforcer de ne pas modifier leur discours sur leur perception d'une recherche clinique par une définition trop précise. Face à cette contrainte, j'essayais d'expliquer brièvement les principes d'une recherche clinique et je décidais d'avoir recours au terme hybride de « projet de recherche clinique », jugé plus compréhensible pour les participants.

Dans la pratique, cela m'a pris beaucoup de temps avant d'avoir la certitude que les patients parlaient bien de « recherche clinique » et c'est l'opportunité de mener des entretiens répétés avec certains patients qui m'a faite réaliser l'existence d'une possible confusion entre un « projet de recherche clinique » et un « projet d'aide humanitaire ».

Cette prise de conscience m'a obligée à faire un double travail avant de pouvoir exploiter les données ainsi recueillies ; d'abord de clarification, car la population sénégalaise est peu familiarisée avec le vocabulaire biomédical, ce qui crée des difficultés conceptuelles et terminologiques pour expliquer le domaine de la recherche expérimentale ; ensuite, de vérification, pour distinguer le registre émique du registre étique. Cette situation est soulignée par DESCLAUX [20] :

L'introduction de la procédure de consentement informé [...] établit un temps et un espace relationnels spécifiques pour la recherche, soumis aux représentations des sujets concernant la recherche scientifique, qui peuvent être très diverses dans les sociétés où la culture scientifique est peu diffusée. (DESCLAUX, 2008 : p. 80)

Cette situation montre que le contenu explicatif de la note d'information peut orienter l'informateur vers certains thèmes [17], ce qui est contraire au recueil de discours spontané privilégié par l'anthropologue. Toutefois, il faut nuancer ces propos et être conscient de la difficulté, voire de l'impossibilité de recueillir un discours spontané non influencé par l'interaction avec le chercheur (du fait de sa seule présence). S'il était difficile d'en mesurer l'influence, j'ai cependant tenté de repérer les événements qui pouvaient exacerber ce phénomène.

Le fait d'évoquer dès la première rencontre avec les patients ce terme « recherche clinique », méconnu des patients, a donc conduit à une confusion qui aurait pu nuire à la compréhension et à l'interprétation des faits si je n'avais pas redoublé de vigilance. Or, dans ce cas précis, la présentation de cette note d'information a justement permis de faire émerger cette confusion (qui aurait pu nous échapper ou émerger bien plus tard, à la relecture des entretiens). Elle a donc été pour moi une source d'information supplémentaire sur les perceptions d'une recherche clinique par les patients.

De plus, si je craignais de passer à côté de certaines informations du fait de cibler directement le propos sur le thème de la recherche clinique, ce ne fut pas le cas. Je pense avoir évité ce biais possible par rapport au fait que la plupart des participants avaient découvert leur maladie récemment. De fait, ces entretiens représentaient pour eux la première occasion de s'exprimer sur leur maladie, en commençant souvent par le récit de leur itinéraire thérapeutique, depuis l'annonce de leur maladie jusqu'à leur entrée dans la recherche clinique.

La signature du formulaire de consentement éclairé : un mimétisme entre anthropologue et médecin

Après la lecture de la note d'information, il était proposé au patient de signer un formulaire de consentement. Tous les patients sollicités ont accepté ; cependant, cette unanimité doit être interprétée par rapport au contexte local de l'enquête (population majoritairement illettrée, signature associée à un geste bureaucratique, etc.) ; mais aussi par rapport à leurs perceptions de cette procédure qui pouvait être associée à celle pratiquée par le médecin de la recherche clinique dans le cadre d'une relation paternaliste⁴⁸.

Une des spécificités d'un travail ethnographique mené dans un milieu hospitalier est la présence continue du chercheur au sein de cette institution ; cette immersion, conjointement à l'observation participante, implique trois possibilités de rapprochement pour le chercheur : avec le personnel médical, avec les patients ou avec les visiteurs [21] ; le chercheur étant souvent perçu par les patients comme un médecin, un infirmier ou encore un assistant social. Ce rôle de soignant peut être attribué au chercheur à cause de signes distinctifs, comme le choix délibéré (ou l'imposition par la structure hospitalière) du port de la blouse blanche, mais également malgré lui (à cause de son statut universitaire, de son origine sociale ou de son identité). Dans mon cas, deux autres facteurs sont venus se rajouter à cette liste.

Mon bureau présentait l'inconvénient d'être localisé dans un espace associé à l'autorité médicale ; le fait que les entretiens soient menés dans « un contexte institutionnel qui confère une légitimité et qui généralement est associé à un lieu où les intérêts des patients sont protégés » ([17] : p. 2291) pouvait avoir une influence sur l'acceptation des patients de participer à l'enquête ainsi que sur leurs attentes vis-à-vis de moi ; la non-

⁴⁸. — Dans ce cadre, les patients refusent rarement un acte proposé par un représentant de l'autorité médicale.

neutralité de cet emplacement pouvait également avoir un impact sur les perceptions de la chercheuse par les patients (parfois assimilée à un membre du personnel médical).

Mon objet de recherche (ethnographie de quatre recherches cliniques) m'a amené à observer toutes les étapes d'un processus de recherche clinique, dont plusieurs « visites d'inclusion » des patients au cours desquelles le médecin d'étude clinique exécute la procédure de « consentement éclairé » selon le modèle biomédical. Une partie importante du terrain a donc été consacrée à répertorier les pratiques des professionnels de santé locaux en matière d'information des patients ; c'est-à-dire à analyser la façon dont ils appliquaient, adaptaient ou contournaient cette procédure, dans leur contexte. Cette information est importante car l'imposition de cette procédure éthique m'a donc amenée à exécuter des pratiques similaires à celles que j'observais chez les professionnels de santé.

En effet, je me suis retrouvée à répéter la formalité d'administration d'un formulaire de consentement éclairé, comme il a été procédé par un professionnel de santé auparavant, au moment de l'entrée du patient dans la recherche clinique. Cette similitude introduisait selon moi le risque d'association, dans l'esprit du patient, du chercheur en sciences sociales à un membre du personnel médical et/ou de l'essai clinique en question.

Cette demande d'accord, contractualisée par la signature d'un formulaire de consentement, entraîne donc un mimétisme entre le chercheur en sciences sociales et le médecin d'étude clinique et peut alors instaurer, ou plutôt exacerber une hiérarchie (déjà latente) dans l'interaction entre le chercheur et son informateur et altérer la mise en place de la relation de confiance qui est à la base de la relation d'enquête [5], [17]. Cette situation participe à une confusion des rôles, pouvant mettre en danger l'indépendance revendiquée du chercheur par rapport aux processus qu'il souhaite objectiver. Précisons toutefois que si cette confusion des rôles peut être immédiate, elle peut également être clarifiée sur le long terme puis dépassée.

Il serait intéressant d'aller plus loin dans cette comparaison entre les pratiques du « consentement éclairé » par l'anthropologue et par le médecin et analyser la nature de cette nouvelle relation fabriquée par l'imposition de cette procédure, ainsi que les rôles qui en découlent. Comme le souligne KELLY ([22] cité par [6]) :

La disparité des deux couples médecin/sujet de la recherche et anthropologue/informateur est grande : si le sujet comme l'informateur, en signant, autorisent le médecin et l'anthropologue à procéder aux recherches présentées, l'informateur, lui, est également déjà en position d'expert. C'est lui et non l'anthropologue qui est dépositaire de l'information. (KELLY, 2003 : p. 189)

De la pertinence d'appliquer la procédure de « consentement éclairé » dans certaines circonstances

L'obligation d'obtenir un consentement éclairé pour chaque personne interrogée ou dont les propos seront exploités comme données de recherche exige une identification préalable des informateurs potentiels et remet en question la possibilité de proposer un consentement à chacun de nos informateurs.

Nous allons rendre compte d'une circonstance de recueil de données au cours de notre terrain d'enquête qui a pour cadre la salle d'attente du CTA. Alors que je participais aux activités du service d'accueil, je surpris la conversation suivante entre deux patientes ⁴⁹ :

— Il paraît que quand tu vas en consultation chez le Dr A, il y a quelque chose qu'il coupe en bas [il s'agit du col de l'utérus] et quand il coupe cela, tu n'as plus d'enfants ⁵⁰.

— Alors moi je n'y vais pas car si on me coupe cela, moi je n'ai pas encore d'enfants, je suis jeune, je veux un enfant.

Ces informations qui portent sur les perceptions des pratiques d'un médecin d'étude clinique, et qui peuvent être associées aux rumeurs de stérilisation féminine souvent véhiculées par la population [4], ont été recueillies de manière imprévue, au cours de ce que l'on pourrait qualifier d'attention flottante du chercheur

⁴⁹ . — Cette conversation se déroulait en « wolof ».

⁵⁰ . — Il s'agit ici d'une consultation gynécologique. L'acte de « couper » perçu par la patiente est en fait une biopsie du col de l'utérus qui est pratiquée dans le cadre de l'étude clinique.

par rapport à son sujet de recherche. Nous sommes ici dans le registre de discussions usuelles, lesquelles, au même titre que les conversations informelles font partie intégrante du corpus de données de l'anthropologue. Selon LEDERMAN [23] :

Faire du terrain signifie se fondre dans des situations sociales en cours, qui n'ont pas été conçues par l'observateur. (LEDERMAN, 2006 : p.477)

Dans cette circonstance, la non pertinence de l'application de la procédure de « consentement éclairé » apparaît évidente. En effet, proposer de signer un formulaire de consentement dans une salle d'attente ne va pas de soi ; non seulement pour des raisons pratiques ([5] : p. 124), mais aussi par souci de respect de la confidentialité : il était assurément difficile d'interpeller les patients dans une salle commune, d'autant plus que certains attendaient leur consultation depuis plus de quatre heures, souvent dans des conditions inconfortables (douleurs, fatigue, faim, etc.).

De plus, démarrer directement cette relation d'enquête par la demande de signature d'un consentement risquait de compromettre l'établissement d'une relation de confiance ([5] : p. 125).

Enfin, poser un cadre formel pour un entretien faisait courir un double risque : celui que le patient refuse ce nouveau cadre ou tout simplement qu'il ne soit pas disponible ; ainsi que le risque d'obtenir un discours construit à l'avance par opposition au recueil d'une situation spontanée. Dans le premier cas, l'emploi systématique du formulaire de consentement nie la réalité de l'interaction ethnographique dans laquelle la marge de manœuvre des informateurs potentiels pour refuser cette interaction est immense [6]. Aucune de ces deux patientes n'a fait l'objet d'un entretien formel suite à notre rencontre, aucune n'a donc pu signer le formulaire de consentement qui m'autorise à exploiter ces données.

Ainsi, il ya bien un conflit entre l'application de deux éléments clés de l'éthique de la recherche médicale (désignation et consentement préalables des sujets) et les principes essentiels de l'ethnographie (recueil de discours spontanés et qualité de la relation d'enquête). Ce constat rejoint ceux de KATZ [5], de DESCLAUX [20] et de FASSIN [5] à propos des difficultés, en anthropologie et en fonction du contexte d'enquête, de définir à l'avance la composition de la population d'enquête et d'administrer à chacun d'eux un consentement.[6].

AU-DELA DE LA PRATIQUE DU « CONSENTEMENT ECLAIRE » : UNE ETHIQUE DE L'INFORMATION DES PARTICIPANTS AU QUOTIDIEN

Le devoir d'information des patients : l'anthropologue comme interlocuteur

Tout au long du terrain, j'ai été confrontée à une forte demande d'information de la part des patients qui profitaient des séances d'entretiens pour exprimer leurs préoccupations par rapport à leur maladie⁵¹, et il était fréquent qu'un temps de discussion soit consacré à y répondre.

Face à cette demande, soit je détenais l'information et je la diffusais en respectant ainsi l'article 6-2 de la charte d'éthique de l'ANRS⁵² ; soit je ne la détenais pas et j'orientais le patient vers une personne compétente (assistant social, clinicien, membre associatif). De manière générale, c'est naturellement que je choisissais d'endosser un rôle d'interlocutrice :

[...] je me suis retrouvé confronté à l'exercice difficile d'être à la fois un enquêteur — c'est-à-dire conscient de la nécessité de ne pas influencer leur discours — et un interlocuteur, c'est-à-dire le récepteur d'interrogations sur les risques de contamination, les modes de protection sur la maladie [...] je me suis donc retrouvé à certains moments, sans le désirer, dans la situation d'un agent de prévention et d'information. (COHEN, [7] : p. 81)

⁵¹. — Les effets secondaires des traitements antirétroviraux et la question de leur efficacité, les pratiques sexuelles à risques, le désir d'enfant ou encore l'avancée de la recherche en terme de vaccin.

⁵². — « Dans le cas de recherches en sciences humaines et sociales, les personnes séropositives sollicitées pour une enquête seront directement informées des possibilités de prise en charge à leur disposition ».

Or, le choix d'occuper ce rôle d'interlocutrice suppose pour le chercheur l'acquisition d'un certain savoir et pose la question de ses réelles compétences pour informer les PvVIH sur ces questions de santé ⁵³. Cette situation pose alors la question suivante : jusqu'où l'anthropologue doit-il informer ?

A travers les séances d'entretiens, j'ai eu le sentiment d'occuper un espace laissé vacant par le dispositif médical ⁵⁴, celui d'un « espace de confiance et d'expression » [7] où les patients pouvaient s'exprimer librement. Le chercheur peut alors représenter un « bénéfice immédiat » pour le patient par l'écoute et l'attention portée ainsi que par l'échange d'une information pertinente par rapport à sa démarche de soins. Cette démarche méthodologique d'informer et d'instaurer un dialogue avec les patients permettait d'approcher leur niveau de connaissance sur un thème particulier ; il ne s'agissait pas de se superposer au circuit médical mais justement de mieux connaître leurs préoccupations pour mieux les orienter.

J'ai cependant interprété ce choix d'occuper la place d'interlocutrice comme un contre-don du chercheur face au temps et à la parole donnés par l'informateur, guidée par une sorte de « morale anthropologique » ([8] : p. 32), plutôt que comme une soumission à une exigence éthique formelle.

Une « implication critique revendiquée »

Parmi les diverses modalités d'une « implication critique revendiquée » ([9] : p. 107), peut s'inscrire le choix de témoigner des préoccupations des PvVIH relatives à leur prise en charge dans le cadre de l'essai clinique ou aux informations qui leur ont été transmises sur son déroulement. Je vais illustrer ce propos à l'aide d'une situation vécue dans le cadre de l'ethnographie d'une étude clinique qui a pour objectif la prévention du cancer du col utérin chez les femmes séropositives ⁵⁵.

Dès les premiers entretiens menés avec des participantes, plusieurs me confièrent qu'elles pensaient que le médecin leur avait annoncé qu'elles avaient un cancer, et cette idée semblait perdurer tout au long de l'étude ⁵⁶. Si jusqu'alors je m'étais contentée de recueillir leurs discours, mon attention a été mise en alerte lorsque je m'aperçus que la majorité des participantes avait la même perception erronée des objectifs de l'étude clinique.

Cette situation réactivait des idées de mort liées à l'annonce précédente de leur séropositivité au VIH et devenait anxiogène pour les participantes, qui devaient alors gérer une source d'inquiétude supplémentaire par rapport à leur état de santé.

A la suite de ces témoignages inquiétants, je décidai dans un premier temps, de leur réexpliquer le processus de recherche clinique et de clarifier avec elles le déroulement des étapes de leur suivi clinique pour les rassurer ; puis dans un second temps, d'informer l'investigateur principal de cette étude d'une défaillance de leur dispositif d'information des participantes, afin qu'il s'entretienne avec le médecin d'étude clinique.

La mise en place spontanée de ce processus d'information représentait pour moi un devoir. D'abord celui de délivrer une information juste et compréhensible aux participantes ; ensuite, celui de reporter aux professionnels de santé une information essentielle dans le but d'améliorer les procédures d'information des participants aux recherches cliniques.

Cette forme d'investissement personnel quotidien auprès des patients, tout en gardant une approche critique des dysfonctionnements du dispositif sanitaire fait écho à la réflexion suivante :

⁵³. — A-t-il bénéficié avant son départ sur le terrain d'une formation initiale sur la physiopathologie de l'infection à VIH, les effets secondaires des traitements antirétroviraux, les pratiques sexuelles à risque, la souffrance sociale etc. ? Question d'autant plus importante qu'il n'est pas dit dans la charte de l'ANRS de quelle manière le chercheur va acquérir ces connaissances.

⁵⁴. — Les consultations en psychologie (par exemple) sont inexistantes dans les trois structures où s'est déroulée l'enquête. Toutefois, des espaces comme les groupes de paroles ou les associations de PvVIH peuvent jouer ce rôle, mais tous les patients ne les fréquentent pas.

⁵⁵. — Cette étude prenait en charge les traitements nécessaires dans le cas où des lésions précancéreuses étaient diagnostiquées.

⁵⁶. — Par exemple, le fait que les résultats des prélèvements biologiques soient très longs à obtenir était interprété comme une façon pour le médecin de leur cacher la vérité sur leur état de santé.

Doit être encouragée une démarche anthropologique qui, face à l'individu malade, accepte sa position de médiateur en la corrélant très fortement à une sorte d'implication permanente. Dans les situations d'observations et d'échanges que l'on expérimente, cela revient explicitement à se considérer comme un lien critique entre le discours médical et celui des malades [...] S'ébauche ici une attitude respectueuse des options méthodologiques de l'anthropologue (être dans une position d'écoute, librement critique, des malades et du personnel de santé) et soucieuse d'une participation éthiquement nécessaire, dans la mesure où elle peut contribuer à un meilleur accompagnement du malade. (VIDAL, [9] : p. 107)

Ces expériences de terrain illustrent deux registres d'intervention du chercheur ; dans le premier, elle s'instaure dans le cadre d'échanges singuliers avec les informateurs, dans le second, elle agit au niveau de l'institution médicale. Ce faisant, je ne me situe pas dans une posture d'observation stricte mais bien dans celle d'une observation participante (pilier de la pratique ethnographique), qui présuppose cette dimension d'intervention. Dans cette démarche méthodologique, « la distanciation neutre n'est avec le sida ni possible, ni humainement acceptable : c'est l'implication du chercheur qui est nécessaire » (BENOIST & DESCLAUX, [10] : p. 365).

CONCLUSION

La plupart des articles qui traitent des pratiques du consentement dans le domaine des sciences sociales opposent l'éthique de la recherche médicale à celle de la recherche en anthropologie ; or, en France, il y a actuellement débat sur la définition de cette dernière. J'ai donc choisi d'examiner les conséquences de l'application de ces règles éthiques du point de vue de la méthodologie anthropologique en analysant la pratique de la procédure de « consentement éclairé ».

L'application de cette procédure dans cette enquête a rapidement montré ses limites ; au départ d'ordre pratique (oubli, problème de disponibilité des documents), je les ai ensuite perçues comme des contraintes formelles vis-à-vis de la pratique ethnographique : risques de rupture avec l'établissement d'une relation de confiance avec les informateurs, avec le recueil de discours spontanés ou encore avec mes efforts pour ne pas influencer les discours recueillis.

Dans ce contexte, j'ai décidé d'abandonner progressivement ce dispositif éthique. J'ai choisi de maintenir la présentation de la note d'information en l'adaptant aux connaissances de la population d'enquête ; par contre, j'ai cessé de faire signer le formulaire de consentement, que je percevais comme trop contraignant et producteur de biais méthodologiques. C'est ainsi que je souscris à l'analyse de BOSA ([24] : p. 219) :

[...] alors que la charte éthique⁵⁷ voudrait qu'on établisse immédiatement une relation clairement médiatisée par le formulaire de consentement, il m'est apparu préférable dans certains cas, d'attendre d'avoir établi un rapport interpersonnel de confiance pour informer mes interlocuteurs du détail de mes intentions.

Cette réflexion renvoie à la « première attitude », pour laquelle j'ai mieux acceptée l'application de cette procédure, car elle intervenait dans une relation de confiance préétablie avec les informateurs. Pour les deux autres, la procédure a été abandonnée, principalement car je l'ai perçue comme un risque de rompre cette relation (voulue équitable, réciproque et sincère), notamment en m'obligeant à me soumettre à des pratiques assimilées (par moi) et assimilables (par les informateurs) à celles du corps médical.

Pour de nombreux chercheurs en sciences sociales, l'obtention préalable du « consentement éclairé » introduit une nouvelle pratique formelle qui biaise les termes de la rencontre ([5] : p. 125 ; [20] : p. 80) ; leurs expériences de terrain mènent au même constat : ce modèle n'est pas « adapté à l'épistémologie et à la méthodologie spécifique des sciences sociales, particulièrement un travail ethnographique » [4], [5].

⁵⁷ . — Il s'agit de la charte édictée par le *Human Ethics Committee* (HREC) de l'université à laquelle son projet de recherche est rattaché en Australie.

Une discussion commune entre chercheurs en sciences sociales et instances éthiques pour adapter cette procédure de « consentement éclairé » lorsqu'il s'agit d'enquêtes en sciences sociales s'est d'ailleurs instaurée depuis notre enquête. En témoigne la révision de la *Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement* de l'ANRS, dans laquelle la recommandation qui portait sur l'obligation d'obtenir un consentement éclairé a été abrogée⁵⁸.

L'introduction dans le domaine des sciences sociales de la procédure de « consentement éclairé » a contraint ses chercheurs à s'interroger sur l'éthique de leur discipline ; elle a donc le mérite d'avoir impulsé un débat sur une définition de l'éthique de la recherche dans le domaine des sciences sociales ; en particulier sur la signification et les pratiques du consentement éclairé pour les sciences sociales.

Cette expérience de terrain montre les très nombreuses précautions éthiques que prend un chercheur en construisant sa démarche d'enquête. A côté de l'application imposée de la procédure de « consentement éclairé » par les instances éthiques, toute cette épaisseur réflexive contribue à construire une éthique qui n'est pas limitée à un engagement cadré en une page, mais à une démarche plus souple et adaptée au contexte d'enquête.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] DEMAREZ J.-P. Le propre et les limites des règles éthiques. Textes internationaux régissant la recherche clinique. In ; F. & E. Hirsch (sous dir.). *Éthique de la recherche et des soins dans les pays en développement*. Espace-Éthique.Vuibert, 2005 : 19-26.
- [2] BONNET D. L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ?. In *L'éthique médicale dans les pays en développement*. Autrepart 2003 , (28) : 5-19.
- [3] PARKER M. Ethnography/ethics. *Social Science & Medicine* 2007 ; vol. 65 : 2248-2259.
- [4] FASSIN D. The end of ethnography as collateral damage of ethical regulation? *American Ethnologist* 2006 ; vol.33, (4) : 522-524.
- [5] FASSIN D. L'éthique, au delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines* 2008 ; (71) : 117-136.
- [6] BEAUDEVIN CL. Inaugurer l'anthropologie de la santé au Sultanat d'Oman. L'anthropologue face à la lecture locale de l'éthique de la recherché: une rencontre inattendue. *Ethnographiques.org* n°17, nov.2008. [http : www.ethnographiques.org/2008/Beaudevin.html/](http://www.ethnographiques.org/2008/Beaudevin.html) (consulté le 24 01 2009) [en ligne].
- [7] FADEN R. & Beauchamp T., *A history of informed consent*. New York and Oxford : Oxford University Press, 1986.
- [8] WARLOW C. Clinical Research Under the Cosh Again. *British Medical Journal* 2004 ; 329 : 241–2.
- [9] MARSHALL P. & Koenig B. Bioethics in anthropology. Perspectives on culture, medicine, and morality. In JOHNSON T. & SARGENT C.F. (éd.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 2^{ème} éd.,. New York, Praeger, 1996 ; cité par Harper (2007).
- [10] HARPER I. Translating ethics: Researching public health and medical practices in Nepal. *Social Science & Medicine* 2007 ; 65 : 2235-2247.

⁵⁸ — « Le consentement individuel écrit est l'usage. Néanmoins, les recherches en sciences sociales et certaines recherches épidémiologiques observationnelles peuvent être menées sans l'obtention d'un consentement individuel écrit, notamment lorsqu'elles concernent des groupes ou des populations plutôt que des individus, ou lorsque la méthodologie ne fait pas courir aux personnes de risques supérieurs à ceux de la vie courante (observation in situ, recueil de discours spontanés, etc.). Cette dérogation doit être argumentée dans le projet de recherche et discutée avec les associations locales représentant les personnes atteintes » (2008 : p. 6).

En revanche, cette recommandation est toujours en vigueur au niveau du comité national d'éthique du Sénégal.

- [11] STRATHERN, M. (Ed.). *Audit culture: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. London and New York: Routledge, 2000 ; citée par BOULTON & PARKER (2007).
- [12] BOULTON M & PARKER M. Informed consent in a changing environment. *Social Science & Medicine* 2007 ; 65 : 2187-2198.
- [13] MURPHY E. & DINGWALL R. Informed consent, anticipatory regulation and ethnographic practice. *Social Science & Medicine* 2007 ; vol. 65 : 2223-2234.
- [14] DESCLAUX A. Les lieux du "véritable travail éthique" en anthropologie de la santé : terrain, comités, espaces de réflexion ? *ethnographiques.org*, [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux.html> (consulté le [22-01-09]).
- [15] ANRS (AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA), 2002, Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement, [en ligne], url : <<http://217.19.49.232/index.php/anrs>>
- [16] DOZON J.P. L'anthropologie à l'épreuve de l'implication et de la réflexion éthique. Sous la dir. M. Agier, *Anthropologues en dangers. L'engagement sur le terrain. Les cahiers de Gradhiva.JMP*, 1997 : 119-123.
- [17] BURGESS M. Proposing modesty for informed consent. *Social Science and Medicine* 2007 ; vol. 65 : 2284-2295.
- [18] GOFFMAN E. *Stigmate*. Paris. Éditions de Minuit, 1989.
- [19] KAUFMAN J.C. L'entretien compréhensif. *Sociologie* 128. Armand Colin, 2004.
- [20] DESCLAUX A. L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales: pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires. *Bull.Soc.Pathol.Exot.* 2008 ; 101, (2) : 77-84.
- [21] VAN DER GEEST S. & FINKLER K. Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine* 2004 ; 59, (10) : 1995-2001.
- [22] KELLY A. Research and the subject : the practice of informed consent. *Polar.* 2003, 26, (2) : 182-195 ; citée par BEAUDEVIN (2008).
- [23] LEDERMAN R. Introduction. Anxious borders between work and life in a time of bureaucratic ethics regulation. *American Ethnologist.* 2006, 33, (4) : 477-481.
- [24] BOSA B. A l'épreuve des comités d'éthique. Des codes aux pratiques. In (sous dir.) Fassin D. & Bensa A. *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Bibliothèque de l'Iris. La Découverte 2008 : 205-225.
- [1] RICHARDSON S. & MC MULLAN M. What can Sociology learn from health? *Research Ethics in the UK. Sociology* 2007 : vol.41 (6) : 1115-1132.
- [2] WHITTAKER E. Adjudicating entitlements: The emerging discourses of research ethics boards. *Health* 2005 ; 9 (4) : 513-535.
- [3] VAN DEN HOONAARD W.C. Ethics and Globalization. Présentation lors du séminaire Éthique en Anthropologie de la santé: valeur heuristique, conflits, pratiques, organisé par le CReCSS (16 mars 2007, Aix-en-Provence).
- [4] GEISSLER W., Popular concerns about medical research projects in sub-Saharan Africa – a critical voice in debates about medical research ethics. *Tropical Medicine and International Health* 2006 ; vol.11, (7) : 975-982.
- [5] KATZ J. Ethical escape routes for underground ethnographers. *American Ethnologist* 2006 ; vol.33, (4) : 499-506.
- [6] OEYE C., BJELLAND A.K., SKORPEN A. Doing participant observation in a psychiatric hospital— Research ethics resumed. *Social Science & Medicine* 2007 ; 65 : 2296-2306.
- [7] COHEN P. Le chercheur et son double. A propos d'une recherche sur le vécu des jeunes de la Réunion face au sida. In Ghasarian Ch. *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques*,

nouveaux enjeux. Armand Colin, 2004.

- [8] FASSIN D. Pouvoir et maladie en Afrique. Les champs de la santé. PUF, 1992.
- [9] VIDAL L. Méthode et éthique : l'anthropologie et la recherche confrontées au sida. In Agier (dir.) Anthropologues en dangers. L'engagement sur le terrain. JMP, 1997 : 99-107.
- [10] BENOIST J. ET DESCLAUX A. Conclusion. Pour une anthropologie impliquée. Anthropologie et sida. Bilan et perspectives. Médecines du monde. Karthala, 1996 : 363-373.

5.3. LES LIEUX DU « VERITABLE TRAVAIL ETHIQUE » EN ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE: TERRAIN, COMITES, ESPACES DE REFLEXION

Alice Desclaux

INTRODUCTION

« I suspect that few anthropologists confuse Institutional Review Board (IRB) reviews with the “real” ethical work involved in field projects » (Lederman, 2007: 33).

Cette phrase introductive d'un article paru récemment dans le journal de l'American Anthropological Association peut apparaître comme l'expression d'un certain manichéisme, voire d'un discours corporatiste. Pour comprendre pourquoi Rena Lederman, anthropologue successivement vice-présidente du *Committee on Ethics* de l'American Anthropological Association et membre du comité d'évaluation éthique de l'université de Princeton, tient un propos aussi peu circonstancié, il faut re-situer ses termes dans les débats qui, depuis quelques années, ont agité le monde nord-américain de l'anthropologie - et plus largement des sciences humaines et sociales. L'exigence éthique s'y est incarnée depuis plus longtemps qu'ailleurs dans des institutions (les « Institutional Review Boards » ou « Comités d'évaluation éthique ») et des procédures contraignant la recherche, de plus en plus contestées par les chercheurs (American Anthropological Association, 2007). Une critique du même ordre s'est aussi exprimée au Canada, en Inde ou au Brésil, et tend à atteindre l'Europe francophone. Elle y est portée par des anthropologues qui conduisent des recherches dans des espaces transnationaux, ce qui les expose à des évaluations de la part de comités d'éthique d'inspiration médicale marquées par les stéréotypes du genre : approche essentiellement normative ; focalisation sur les aspects formels ; apologie de la trilogie : « anticipation d'un protocole précis / consentement éclairé des sujets / anonymisation des données » ; application des avis érigée en condition pour que la recherche soit autorisée.

La menace d'un contrôle bureaucratique de la recherche en sciences sociales par le biais de l'éthique, délétère pour l'anthropologie d'un point de vue épistémologique, est avérée. En attestent les nombreuses publications citées dans l'introduction et les travaux de Van den Hoonaard (2006), même partiels et localisés, sur les effets à moyen terme de l'obligation de soumission à des comités d'évaluation éthique au plan du contenu théorique et méthodologique des projets de recherche. J'ai analysé ailleurs les divergences en matière d'éthique entre sciences sociales et disciplines médicales, et l'inapplicabilité du modèle biomédical de l'éthique de la recherche pour la démarche en sciences sociales, et discuté quelques enjeux associés (Desclaux, 2008). Sur la base d'une expérience personnelle et collective (d'avis de comités reçus pour les projets de recherche développés dans notre équipe)¹, je me suis opposée à l'obligation faite aux sciences sociales d'appliquer des procédures et règles d'éthique définies pour l'expérimentation médicale². Je souscris à l'analyse de Fassin selon lequel, au formalisme des comités, « il faut préférer l'inconfort consistant à affronter, dans la durée de la recherche et par la négociation avec ceux et celles qui y participent, des questions éthiques, parfois imprévues, souvent prévisibles, qui surgissent avant, pendant, et

¹ Expérience d'une quinzaine d'années de recherche sur les aspects socio-anthropologiques de l'infection à VIH et de soumission de projets à des comités d'éthique, et de dix ans de participation à des comités d'évaluation scientifique et éthique (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS), Sidaction, Programme Corus des Ministères français de la Recherche et des Affaires Etrangères).

² En particulier dans le cadre de la révision de la Charte éthique de la recherche dans les pays en développement de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales, voir plus loin.

après le temps de l'enquête » (2008 :120), tout en considérant qu'un chercheur a rarement la latitude de « préférer » un inconfort assez inévitable.

Néanmoins, le débat, tel qu'il est posé dans la citation introductive, choisie parce qu'elle est représentative de nombreux écrits au ton souvent défensif, ne me semble pas tout-à-fait ajusté à la réalité des pratiques et des enjeux. Les comités d'évaluation éthique ne sont pas tous aussi stéréotypés que ceux auxquels R. Lederman fait référence dans l'article dont est issue cette citation (2007). A une intervention dogmatique, certains préfèrent appliquer des procédures allégées aux projets de recherche en sciences sociales et annoncent des collaborations avec les chercheurs dans l'objectif d'explicitier leurs responsabilités réciproques³. Le débat en cours tend aussi à associer, voire à confondre, les pratiques formelles de l'éthique promues par les comités et la mise en forme de la réflexion dans un appareil théorique issu de l'éthique médicale⁴, alors que ces deux niveaux mériteraient d'être analysés indépendamment. Dans ce débat, l'anthropologie est également traitée de manière souvent stéréotypée, définie exclusivement par la méthode ethnographique. La réflexion menée au Canada, qui porte sur les sciences sociales en général et s'interroge sur les méthodes et disciplines concernées, comme celle menée par d'autres chercheurs en sciences sociales américains (Bledsoe, 2007), n'est pas marquée par ce travers. Les postures des chercheurs vis-à-vis des comités sont d'ailleurs plus diverses qu'il n'y paraît à la lecture de publications récentes : des anthropologues de l'American Anthropology Association évoquent le contournement des comités et de leurs avis (« low cheating ») ou proposent une intervention pédagogique à leur égard (Katz, 2006 ; Lederman, 2006), alors que les chercheurs canadiens s'engagent plutôt dans une collaboration afin de réformer les comités d'évaluation « pour que toutes les voix puissent s'exprimer » (Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, 2004). L'organisation institutionnelle, les approches épistémologiques ou l'histoire des relations, qui ont conduit à des positionnements apparemment aussi différents méritent sans doute d'être analysées. La contribution au « travail éthique » n'est probablement pas aussi univoque qu'il apparaît dans cette citation introductive, ni même bipolarisée entre chercheurs et comités.

Le propos de cet article est donc de discuter « le lieu » du travail éthique en anthropologie de la santé, ce qui implique d'en discuter également « le temps », puis de faire quelques propositions concernant sa « forme ». Cette démarche exploratoire paraît nécessaire à un moment où deux voies semblent possibles pour les anthropologues européens : une opposition frontale aux comités d'évaluation appuyée sur le confinement de la réflexion éthique dans l'espace social de la discipline, ou une démarche de « collaboration ».

TENTATIVE DE LOCALISATION DU « VRAI TRAVAIL ETHIQUE »

Dans le monde francophone, la recherche sur le sida est, loin de ces débats, le lieu d'une pratique et d'une réflexion collective concernant l'éthique en sciences sociales. Une brève présentation des espaces sociaux où elle se déploie permet de situer cette dynamique.

L'ESPACE DE L'ETHIQUE DANS LA RECHERCHE SUR LE SIDA

Plusieurs instances de promotion et de financement de la recherche ont ouvert cette réflexion. L'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales a consulté les chercheurs à propos de l'adaptation aux sciences sociales de ses recommandations et procédures éthiques, notamment celles spécifiées dans sa Charte éthique de la recherche dans les pays en développement⁵. L'association

³ Voir à cet égard les présentations des Institutional Review Boards d'universités américaines telles que l'University of California at Los Angeles (<http://training.arc.ucla.edu/ucla/>).

⁴ Basé en particulier sur le respect des principes d'autonomie des sujets et respect de la personne, bienfaisance (et non malfaisance), justice et équité, affirmés notamment dans la Déclaration d'Helsinki (WMA, 2004).

⁵ Elaborée en concertation avec les chercheurs en 2002, cette Charte a fait l'objet d'une révision en 2008 menée avec la participation de chercheurs, médecins, représentants des participants aux recherches et associations de PVVIH dans les pays où existent des sites ANRS.

Sidaction a développé un projet d'appui à l'éthique dans la recherche, et recueille l'expérience et l'avis de participants à des recherches menées en Afrique, y compris en sciences sociales⁶, parallèlement à l'animation d'un forum internet destiné à susciter la réflexion et à dénoncer ou prévenir les abus dans la recherche. Certes, cette dynamique est encore relativement limitée : elle concerne le champ du sida, dont le caractère exceptionnel en termes de dynamisme des rapports entre institutions et associations est largement connu, où les « patients » peuvent avoir un statut « d'experts » (Pinell, 2002 ; Broqua, 2006). Elle a trait essentiellement aux pays du Sud, et reste marquée par une problématique dominée par la prise en compte des enjeux liés aux rapports Nord-Sud, à l'exercice de la recherche dans un contexte de pauvreté, et à l'acceptabilité culturelle de la recherche. L'intérêt de cette dynamique dépasse largement cette problématique, ce qui a conduit d'ailleurs des chercheurs à demander que la démarche développée pour le Sud soit étendue à des recherches menées au Nord. Au Sud, les questions d'éthique peuvent faire l'objet de débats entre associations et chercheurs dans les pays où la recherche est menée, à l'initiative des premiers (tels que les suscite le RAME –Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels- au Burkina Faso) ou des seconds (comme c'est le cas au Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en charge clinique de l'Hôpital de Fann, Dakar, au Sénégal). Par ailleurs, la réflexion en matière d'éthique dans le champ de la santé peut désormais être éclairée par des travaux de recherche en sciences sociales, encore peu nombreux, portant sur la "mise en pratique" de l'éthique dans les comités d'évaluation, pris comme objets d'étude (Taverne, 2007). L'espace transnational de réflexion ainsi ouvert constitue un lieu d'échanges, souvent contradictoires et parfois polémiques, d'une richesse inégale selon les thèmes, les lieux et les interlocuteurs, entre anthropologues, médecins, chercheurs des disciplines scientifiques et médicales, et représentants associatifs du Nord ou du Sud autour de "l'éthique en pratiques". Ces échanges sont argumentés essentiellement de manière empirique, se distinguant des lieux d'élaboration théorique de principes définis de manière a-contextuelle par des spécialistes de l'éthique, de la médecine ou des sciences sociales. Cet "espace moral" ne nous semble pas institué, fixe ni unique : ces échanges peuvent avoir lieu sur le terrain des recherches, sur les forums internet d'associations, dans le cadre de journées d'étude ou de colloques internationaux⁷, à l'occasion de l'élaboration de textes de référence ou au sein de comités. Malgré les limites de cet espace, il semble s'y élaborer une (ou des) forme(s) de l'éthique à l'interface entre ses deux acceptions de : "ensemble de règles morales communes à un groupe social ou professionnel" et de : "ensemble de valeurs", en permanente re-discussion.

DES ANTHROPOLOGUES DANS LES COMITES D'ETHIQUE

Par ailleurs depuis plus de dix ans, des chercheurs en sciences sociales sont membres des comités d'évaluation éthique⁸ en matière de recherche sur le sida et dans d'autres domaines. Cet aspect de l'exercice professionnel est rarement discuté et n'a pas encore, semble-t-il, fait l'objet d'une réflexion collective publiée dans le monde francophone européen. Même lorsqu'ils se positionnent comme « défenseurs des sciences sociales », les anthropologues partagent des références avec les autres membres des comités, appuyées sur les valeurs de la science proches de celles que décrites par Merton (1942). De plus, la plupart des principes de l'éthique médicale sont une traduction de la philosophie des droits de l'homme, auxquels les anthropologues ne dérogent pas. L'interprétation et l'application de ces principes en anthropologie a fait l'objet de débats dans lesquels les points de vue ne recourent pas toujours les distinctions entre disciplines (voir notamment Massé, 2000a ; Massé, 2003b ; Hours, 2000).

L'expérience de participation à des comités permet d'affirmer que si de nombreux comités d'éthique appliquent une éthique formaliste et normative, d'autres sont le lieu de réflexions élaborées sur les enjeux de la recherche. Construites dans une approche dialectique et nourries par la diversité et l'expérience de leurs membres, ces réflexions touchent souvent à des questions qui transcendent la distinction entre approches

⁶ <http://www.sidaction.org/pro/international/>

⁷ Notamment au cours du colloque « Atelier International d'Ethique de la recherche en santé dans les pays du Sud », Paris, 2 et 3 avril 2007, GISPE/ANRS/CRéCSS.

⁸ Ces comités appliquent également assez souvent une évaluation scientifique, ces aspects pouvant ne pas être distingués des aspects éthiques.

disciplinaires. Parmi les enjeux éthiques discutés, qui concernent les anthropologues comme tout autre chercheur, on peut citer les arbitrages entre l'utilité d'une recherche en termes d'application potentielle de ses résultats et en termes d'analyses théoriques et de publications scientifiques attendues, parfois débattus dans une tension entre disciplines, ou entre chercheurs et représentants associatifs.

Dans ce contexte composite, l'expérience de débats dans de tels comités en France laisse penser que la compréhension de l'approche des anthropologues en matière d'éthique est difficile pour des tiers. Plusieurs raisons à cela, qui méritent qu'on s'y arrête : elle n'est pas explicitée, comme en médecine ou dans d'autres pays⁹, sous la forme de chartes, de codes ou de manuels¹⁰. Des écrits théoriques importants en matière d'éthique ou la « Déclaration sur la bioéthique et des droits de l'homme » de l'UNESCO (2005) ne sont pas présentés comme des références collectives parmi les anthropologues. Les controverses en matière d'éthique mettant en cause des anthropologues n'ont pas fait l'objet d'une réflexion collective publique en France¹¹. C'est probablement en partie pour cela que les réflexions très riches en anthropologie, souvent présentées comme relevant de la réflexivité théorique et méthodologique plutôt qu'identifiées comme relatives à l'éthique, sont ignorées des comités. Le manque de lisibilité de ces réflexions pour des non-spécialistes¹² entre en résonance avec des rapports entre disciplines manifestés par une propension des médecins à considérer que seule la médecine est dotée d'une éthique, instituant l'éthique médicale comme l'unique référence des comités. D'autre part, la méconnaissance de l'anthropologie (ou plus largement des sciences sociales et de la démarche inductive) est un trait assez largement partagé par les scientifiques, comme par la population générale, et les discussions des comités scientifiques et éthiques peuvent en être le reflet. Ces divers aspects se combinent et contribuent à l'absence de représentation explicite dans les comités de la réflexion des sciences sociales en matière d'éthique. Ceci n'implique pas que la voix des anthropologues n'y est pas reconnue, mais elle est souvent considérée comme porteuse d'un témoignage des conditions de vie des populations « sur le terrain », plus que d'une réflexion propre à la discipline.

Cette tentative de localisation du travail éthique montre qu'il peut avoir lieu loin du terrain, dans des comités, et dans un autre espace social moins institué. Ce travail peut être considéré comme une production collective dans la mesure où il est basé sur des échanges, plus ou moins contraints et institutionnalisés, qui peuvent relever de registres très divers. Ces divers aspects restent à documenter et analyser d'un point de vue scientifique, pour décrire notamment les références mobilisées en matière d'éthique en chaque lieu et par chaque acteur, les valeurs sous-jacentes aux avis, les logiques idéelles ou les rapports sociaux mis en jeu dans l'échange entre membres des comités appartenant à des disciplines distinctes, et les effets de ces échanges sur les projets de recherche discutés. Quels que soient les résultats de ces analyses, le travail éthique d'un anthropologue n'est plus nécessairement construit dans la solitude, si ce n'est du fait de son choix.

DEUX HYPOTHESES A L'EPREUVE DE DEUX ETUDES DE CAS

L'état de la réflexion et les pratiques relatives à l'éthique de la recherche en anthropologie de la santé en France ne peuvent donc être réduits à une opposition, telle que la suggèrent les propos de Lederman, entre des comités d'évaluation éthique toujours normatifs et formalistes et des chercheurs en sciences sociales

⁹ C'est le cas aux Etats-Unis et en Angleterre (American Anthropological Association, 1998, 2000, 2004 ; Association of Social Anthropologists of the UK and the Commonwealth, 1999)

¹⁰ Je ne défends pas a priori cette option, qui mérite l'ouverture d'un débat.

¹¹ Celle suscitée par l'ouvrage *Darkness in Eldorado* a pourtant provoqué un débat au-delà des cercles professionnels aux Etats-Unis. En 2000, cette publication du journaliste P. Tierney mettait en cause des anthropologues américains et français, concernant notamment le sens de leurs recherches et leurs effets délétères pour les indiens Yanomami d'Amazonie, et les relations des chercheurs avec la population pendant leurs enquêtes de terrain (Tierney 2000 ; Albert 2003). Aux USA, cette critique a suscité l'ouverture d'une enquête par la commission créée ad hoc en 2001 qui a abouti à la publication d'un rapport (American Anthropological Association, 2002) et à la production d'articles de synthèse ouverts aux commentaires des membres de l'AAA sur les dilemmes éthiques rencontrés par les chercheurs sur le terrain (American Anthropological Association, nd), qui n'a pas eu d'équivalent en France.

¹² Cette absence de lisibilité reflète probablement l'absence de débat public ou même de débat dans « la profession » ; elle reflète peut-être aussi l'absence de consensus sur ces questions.

dont l'approche informelle serait systématiquement accompagnée d'un travail réflexif approfondi mené sur le terrain. Une réflexion en matière d'éthique de la recherche se développe dans les comités et dans l'espace social évoqué plus haut.

HYPOTHESES

Ce contexte, plus complexe et plus riche que celui évoqué par nos collègues, permet d'émettre deux hypothèses :

- 1) L'examen des projets de recherche par des comités d'évaluation et les règles pratiques auxquelles ils se réfèrent peuvent, selon les cas, n'avoir aucun sens ou être pertinents dans l'exercice de la recherche en anthropologie. Ceci implique de repérer les contours de ce qui échappe à l'exercice formel de l'éthique et doit être exclu de son autorité, et de préciser l'intérêt potentiel en anthropologie de l'approche conceptuelle de l'éthique médicale de la recherche (notamment au travers de ses principes) et de l'évaluation des recherches par les comités.
- 2) Si l'on convient que le « travail éthique » est en grande partie mené au fur et à mesure du déroulement d'une recherche, une partie de ce travail peut être anticipée. Cette anticipation est nécessaire au déploiement de la réflexion éthique dans des espaces sociaux tels que celui évoqué plus haut et celui des comités d'évaluation, mais elle peut aussi « figer la réflexion », voire en tenir lieu. Ceci implique de préciser ce qui, dans ce travail éthique, peut être anticipé ou élaboré en amont de la recherche.

Cet article ne peut prétendre explorer toutes les dimensions mobilisées par ces hypothèses ; il tentera plutôt d'en discuter quelques aspects à partir de deux études de cas, qui correspondent à des approches méthodologiques très différentes l'une de l'autre relativement au modèle de la méthode ethnographique. Elles concernent l'interaction avec un "informateur" unique -ce qui limite le champ du questionnement éthique, le situe sur un terrain proche de la relation entre chercheur et "sujet" existant dans la recherche médicale, mais ne reflète pas l'ensemble des situations de recherche en anthropologie. Nous avons choisi ces études de cas parce qu'elles illustrent des problématiques propres à l'anthropologie de la santé, sans mettre en jeu directement la relation avec des médecins. Le propos n'est cependant pas de rendre compte de l'ensemble des enjeux éthiques dans ces situations d'enquête, ou plus largement dans ces projets de recherche.

BOBO-DIOULASSO, 2005

Salle d'embarquement de l'aéroport. Les haut-parleurs viennent d'annoncer que le vol attendu aurait deux heures de retard. Mon voisin s'étire, semble ne pas tenir en place, jusqu'à ce qu'il lance un diaporama sur son ordinateur portable. Mon regard est rapidement attiré par une représentation colorée de la sphère à pseudopodes qui symbolise habituellement le virus de l'immuno-déficience humaine dans les illustrations des médias universels. Je lui demande s'il travaille sur le sida ; il me répond, visiblement heureux d'entamer une conversation, qu'il est le représentant pour plusieurs pays ouest-africains d'une firme américaine de production et de distribution d'Aloe vera, un traitement alternatif habituellement présenté comme anti-oxydant et immuno-stimulant. Je lui réponds que je travaille moi aussi "dans le domaine du sida". Enthousiaste, il me propose de visionner avec lui le diaporama qu'il commente pour moi au fur et à mesure. Il s'agit du support audiovisuel qu'il utilise pour ses conférences publiques destinées à recruter les « clients et partenaires » de sa firme qui pratique le marketing à multi-niveaux (parfois qualifié de « système de vente pyramidal »). Pendant les deux heures qui suivent, puis pendant la durée du vol - le choix des sièges nous ayant permis d'être voisins - je serai l'auditoire d'une présentation enthousiaste, sous une forme alternant longs monologues et brefs dialogues, qui explicite tous les ressorts sociaux et idéels de la diffusion de ce traitement. L'indication en matière de sida de ce traitement alternatif n'est habituellement mentionnée qu'avec une extrême prudence par ses promoteurs, comme je pourrai le constater deux jours plus tard au cours de la conférence publique qu'il donne dans un grand hôtel de Ouagadougou, à laquelle j'ai été invitée.

Il s'agit là d'une de ces situations assez rares où "le terrain vient au chercheur", qui tire profit, parfois sans même l'avoir sollicité, de circonstances exceptionnelles. Avec quelques collègues, nous préparons depuis

plusieurs semaines un projet de recherche sur les médicaments émergents en matière de sida et de paludisme, qui explore les significations, les acteurs et les usages relatifs à ces "traitements hybrides", de plus en plus répandus en Afrique de l'ouest. Alors que mon interlocuteur entame cette longue conversation, le sentiment que je dois clarifier ma position me conduit à lui dire que je « fais de la recherche en sciences sociales », ce qui ne semble éveiller de sa part ni attente, ni suspicion, ni intérêt. Ma demande de pouvoir prendre des notes ne soulève aucune réticence. Lorsque je précise que je travaille à l'université, il m'invite aussitôt à devenir « partenaire » de sa firme, m'expliquant que son produit est excellent pour la mémoire, donc pour les étudiants, et que, si je diffuse le produit auprès d'eux, pour qu'ils deviennent eux-mêmes revendeurs, un pourcentage de leurs bénéfices me sera reversé, comme c'est le cas de plusieurs professeurs d'université avec lesquels il travaille. Nous pourrions ainsi devenir mutuellement obligés - lui, par le pourcentage qu'il recueillerait sur mes ventes potentielles ; moi, car il deviendrait mon fournisseur -, ce qu'il semble envisager avec intérêt.

La situation décrite ici illustre parfaitement l'absence de pertinence des trois "points clés" de l'éthique formelle de la recherche médicale (protocole précis anticipé, consentement des sujets, confidentialité des données). Je n'avais pas d'obligation de solliciter une autorisation de recherche pour un recueil de données qui n'a nécessité ni financement, ni accès à un lieu contrôlé ; la publication d'un article pourrait la rendre nécessaire. Par ailleurs, le maintien d'une cohérence personnelle me semble supposer une forme de sincérité qui implique tôt ou tard l'explicitation de mon travail de recherche dans les rapports avec les acteurs de mon "terrain", que le recueil de données ait lieu peu ou prou dans le cadre d'une étude ou à ses marges, dès lors que l'interaction est motivée par la recherche¹³. Mais cette explicitation ne va pas de soi. De nombreux auteurs ont argumenté et documenté l'impossibilité de définir un espace-temps de la recherche limité, où les rapports sociaux seraient organisés par le chercheur, notamment là où la distinction entre travail et vie quotidienne s'estompe (Lederman, 2006 ; Fassin, 2006 ; Van den Hoonaard, 2002). Dans la situation de Bobo-Dioulasso, non seulement la distinction n'apparaît manifestement pas à mon interlocuteur, mais celui-ci me ramène à mon statut d'enseignante quand j'explique mon statut de chercheuse, l'interprétant dans son propre système de significations, où l'autorité de l'enseignant et son accès à une population captive ayant des besoins spécifiques en font un acteur potentiellement efficace à un étage de sa pyramide des ventes. Ici, des aspects méthodologiques interfèrent avec la dimension éthique : la qualité des données recueillies tient à leur production hors d'un cadre formel de recherche et des rôles sociaux qu'il instituerait, l'absence d'imposition de ce cadre permettant à mon interlocuteur de m'investir d'une identité ou d'intentions qui m'informent sur son système d'interprétation. Mon interlocuteur est bien trop "acteur" pour devenir "sujet", au sens que la recherche médicale donne à ce terme. Lors de la conférence publique deux jours plus tard, les questions et commentaires de l'auditoire, comme les remarques que m'adresse ma voisine, constituent des informations aussi pertinentes pour notre recherche que le discours du conférencier : faudrait-il leur accorder le statut de "sujets" ? Cette situation illustre le fait que, contrairement aux recherches biologiques et médicales, le "terrain" ne peut se limiter à un espace-temps défini ni à des rapports sociaux "sous contrôle" du chercheur : la transposition à l'anthropologie de la notion de "protocole", issue de la démarche expérimentale, apparaît comme un contre-sens. Contre-sens, également, que la catégorisation en "sujets", la notion de consentement à participer à l'étude¹⁴, voire la notion de confidentialité. La conception même de la notion de "recherche" pourrait être discutée lorsque, contrairement à ce qui est implicite dans le contexte biomédical, l'existence d'un chercheur n'implique pas celle de "sujets".

Néanmoins, d'autres questions d'ordre éthique se posent ; elles ont trait notamment à l'observation de discours et de pratiques dont le caractère acceptable sur le plan moral ne "va pas de soi". Je ne ferai ici qu'esquisser le questionnement sur la posture du chercheur face à des thérapies "alternatives" ou "traditionnelles", qui mériterait une réflexion à part entière, ébauchée par Massé (2000b). Dans le cas évoqué ici, le discours du thérapeute surestime l'efficacité biologique de son produit au vu des données

¹³ Je n'accorde pas à cette position personnelle de valeur de principe généralisable à d'autres chercheurs ni à toutes les recherches ; la question de la sincérité du chercheur en anthropologie et de l'enquête « incognito » est par ailleurs trop complexe pour être discutée ici.

¹⁴ Comme le formule Shea (2000 : 30), « Si un sociologue sort un formulaire de consentement au coin de la rue, avec des mises en garde comme sur une bouteille de thalidomide, les gens risquent de s'échapper en courant –ou de rire » (« If a sociologist whips out a consent form on a street corner, with warnings like those on a thalidomide bottle, people might run - or laugh »).

scientifiques disponibles. Mais là n'est pas l'essentiel : en combinant son charisme personnel et l'habileté des techniques de communication nord-américaines, il convainc ses auditeurs que, malades, non seulement ils retrouveront la santé, mais ils deviendront aussi vendeurs, puis partenaires de la compagnie, et graviront progressivement mais sûrement les barreaux d'une échelle qui les mènera de la banlieue de Ouagadougou à la "convention annuelle" de la firme multinationale au Sud des Etats-Unis. La majorité de ces nouveaux partenaires burkinabè paieront probablement très cher les bienfaits immunitaires hypothétiques d'un extrait d'aloès ; l'efficacité de la thérapie est ailleurs, dans la prédiction affirmative d'un avenir meilleur à l'efficacité psychologique probable, que l'on a parfois considéré comme la part manquante de la médecine, le discours médical étant plus efficient dans ses prédictions du risque que dans la production d'espoir (Rossi, 2007). L'Aloe vera doit-il être considéré dans le traitement du sida comme une escroquerie ou comme un placebo ? L'anthropologie a bien montré que « l'influence qui guérit »¹⁵ est une composante essentielle dans toute forme de relation de soin -qu'elle se déploie dans le cadre d'un essai clinique pour la maladie d'Alzheimer ou dans le recours à un radiesthésiste. Le dilemme éthique est ici manifeste si l'on souhaite respecter le principe de bienfaisance, l'un des piliers de l'éthique médicale : dénoncer une escroquerie -si la critique avait quelque chance d'être entendue comme légitime- pourrait revenir à détruire une espérance capable de soigner la dimension psychologique et la dimension sociale de la maladie, faute d'en traiter la dimension biologique. Ce dilemme n'était pas résolu par notre parti-pris méthodologique et éthique, basé sur quelques propositions : analyser les ressorts de la croyance, démêler les procédés d'interprétation et de manipulation de l'alibi scientifique concernant les produits promus, comprendre les rapports de pouvoir et leur substrat matériel et symbolique dans la relation entre « thérapeute » et « patient »¹⁶, afin d'objectiver ces différentes dimensions dans des publications ultérieures, et, au moment de l'enquête, donner une information la plus objective possible sur les possibilités thérapeutiques dont l'intérêt est scientifiquement démontré chaque fois que cette information est sollicitée. Par ailleurs, un examen des enjeux éthiques autour d'un tel objet doit aussi considérer les usages sociaux de la recherche. En effet, les rapports des anthropologues avec les thérapeutes traditionnels ont souvent été marqués par une forme de manipulation des premiers par les seconds, lorsque ceux-ci justifiaient leur légitimité par l'intérêt qu'ils suscitaient auprès de chercheurs et d'universitaires (Epelboin, 1994). Le "travail éthique" se négocie là entre divers impératifs : éviter de devenir la caution d'un discours, maintenir le respect de la différence culturelle, se tenir "au plus près" d'une approche scientifique, appliquer une forme d'obligation morale de solidarité relevant de nos propres valeurs précisées par les échanges avec quelques partenaires de l'espace moral évoqué plus haut, et respecter l'obligation inscrite dans la loi d'assistance à une personne en danger¹⁷. Là, le dilemme éthique débouche sur quelques interrogations plus vastes relatives aux seuils du « danger » imposant l'assistance, dans « l'analyse contextualisée des limites de la portée de chacun des principes dans une situation donnée » (Massé, 2003a : 31).

Ici, Rena Lederman a raison : cette situation de recherche ne pouvait être anticipée, ce qui l'exclut de la soumission pour évaluation. De plus, les avis des comités sont généralement très éloignés de ces questions, dont l'acuité apparaît sur le terrain. C'est notamment le cas lorsque les questions éthiques ne concernent pas seulement la relation duelle entre un chercheur et un sujet que le contexte d'une recherche aurait construit comme vulnérable. Ceci n'annule pas la pertinence des principes de l'éthique médicale, qui constituent un point de départ pour la réflexion et permettent d'en éclairer certains aspects, même s'ils semblent trop théoriques et insuffisants pour dicter les conduites comme l'ont dénoncé Kleinman à propos du principe de justice et d'équité (1995) ou Massé de manière plus générale (2003b). Dans les suites de cette rencontre, la discussion du projet dans l'espace social évoqué plus haut nous a aidés à saisir les enjeux de la diffusion des résultats pour mieux définir la stratégie de restitution « sur le terrain ».

¹⁵ D'après le titre très pertinent de Nathan (2001).

¹⁶ Ces termes génériques sont a priori impropres pour qualifier précisément les acteurs dans le cas évoqué ici (Hardon, 2008).

¹⁷ A ce propos voir le « Briefing paper » de l'American Anthropological Association (non daté). La définition des contours de cette notion, qui ne nous semble pas devoir être restreinte à la définition clinique d'une urgence médicale, n'a pas encore fait l'objet d'une réflexion explicite et collective, documentée par des situations contextualisées, dans l'anthropologie francophone. L'AAA en a adopté une définition assez restrictive.

UN VILLAGE DES ALPES DE HAUTE-PROVENCE, 2000

La seconde situation a été décrite par une chercheuse participant à un projet de recherche de notre équipe sur les perceptions du risque de transmission du VIH parmi les médecins et les couples concernés par l'infection à VIH, et les processus de décision en matière de procréation¹⁸. L'étude étant financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, un projet a été examiné par un comité scientifique qui s'est prononcé également sur les aspects éthiques. Deux séries d'entretiens ont été réalisées dans deux sites d'étude : d'une part avec des femmes ou des couples auxquels l'enquête a été proposée par l'intermédiaire de médecins, d'associations ou de lieux de soin, d'autre part avec des médecins.

Lorsqu'une chercheuse membre de l'équipe rencontre Catherine, une jeune femme d'origine africaine, mariée à un Français, vivant dans un village de montagne, elle est accueillie avec empressement. A l'exception de son mari, son entourage n'est pas informé de son atteinte par le VIH ; le désir d'avoir un enfant, contrarié par le risque de transmission, est manifestement un élément crucial dans sa vie. Après présentation de l'étude et obtention du consentement de cette jeune femme à y participer, l'entretien est très riche, attestant d'une souffrance et d'une parole longtemps retenue. En fin d'entretien, la jeune femme pose de nombreuses questions sur les aspects médicaux de la transmission du VIH, sur les médecins et sur les lieux de soin susceptibles de l'aider à concrétiser son désir.

Des procédures et des mesures concernant les aspects éthiques avaient été pré-définies de manière essentiellement empirique, tout en tenant compte des règles de l'éthique médicale de la recherche. Elles avaient été élaborées avec les professionnels de santé et les membres d'associations qui, confrontés à des situations de détresse chez des femmes et des couples ne parvenant pas à mener à bien leur projet de procréation, avaient été à l'origine de la conception du projet de recherche. Sur le site d'étude dont relevait Catherine, des responsables associatifs avaient été rencontrés en tant que personnes-ressources, avaient donné leur avis sur les modalités d'organisation de l'enquête et proposé de "prendre le relais" auprès des femmes et des couples qui auraient manifesté un besoin d'aide. Ces mesures relevant de l'éthique comprenaient essentiellement la délivrance par les chercheurs d'une information préalable au recueil du consentement, portant sur les objectifs et le déroulement de l'enquête, la gestion de l'anonymat, la destination des résultats et leurs modalités de restitution aux personnes enquêtées, et sur des personnes-relais identifiées dans les associations. Ces dispositions n'avaient pas été précisées pour la soumission du projet, aucune charte ou recommandation éthique particulière n'étant proposée pour la France par l'institution qui finançait la recherche.

Examinons ici, *a posteriori*, la pertinence des procédures d'éthique de la recherche médicale mises en place de manière pragmatique, et des principes qui les ont inspirées. Le recueil d'information se situait explicitement dans le cadre d'une enquête, correspondant à un espace-temps propre : il nous aurait été impossible de recueillir ces données dans un autre cadre, la relation entre informateur et chercheur ayant été proposée et établie dans cet objectif et dans ce contexte. Dès lors, les principes et les règles de l'éthique de la recherche pouvaient *a priori* être pertinents et appliqués.

Concernant le principe d'autonomie et de respect de la personne, le consentement était établi formellement à deux étapes : lorsque la proposition de l'enquête était faite aux sujets (dans le cas où ils acceptaient d'être contactés, leurs coordonnées téléphoniques étaient transmises au chercheur par des professionnels de santé et membres associatifs qui faisaient état auprès des personnes de l'indépendance de l'enquête vis-à-vis des services de soin) et préalablement à l'entretien après un échange autour de la notice d'information (le sujet ayant la possibilité de demander que ses propos ne soient que partiellement enregistrés). Le cas évoqué est particulier en ce que l'entretien a une dimension importante d'écoute et revêt une valeur en tant que tel pour la jeune femme concernée ; on retrouve là l'une des diverses raisons pour lesquelles des personnes s'expriment auprès de chercheurs, qui modulent cette "rencontre entre subjectivités" qu'est l'entretien en anthropologie (Vysma, 2007 ; van der Geest, 2007). De nombreuses raisons de ne pas

¹⁸ Marie-Laure Cadart (Cadart 2000). Concernant les publications issues de cette recherche, voir notamment Desclaux (2003 ; 2008).

s'exprimer pourraient être évoquées : de fait, les personnes qui participent à un entretien exercent constamment leur liberté de répondre aux sollicitations qui leur sont faites en choisissant de parler, se taire, répondre "à côté", partir ; ceci peut laisser penser qu'un consentement formel n'est pas nécessaire dans ce type d'interaction. Cependant, l'obtention du consentement ne semble pas inutile ; sa signification pourrait être ailleurs : l'anticipation du déroulement de l'enquête que permet la lecture de la "notice", pour peu qu'elle fasse l'objet d'un échange, conduit à clarifier le rapport du sujet à "la recherche scientifique" qui peut être chargé de représentations affirmées, particulièrement lorsqu'il s'agit de santé. L'anticipation permet aussi de préciser quelques aspects concernant les conditions matérielles - telles que la durée de l'entretien - qui peuvent être déterminantes pour l'acceptabilité de l'enquête.

Dans notre recherche, le principe de non-malfaisance avait motivé la gestion de la confidentialité¹⁹ et l'articulation de l'enquête avec des institutions et partenaires locaux, essentiellement associatifs. Catherine, la jeune femme dont la participation à l'étude est relatée ici, n'avait pas de contact avec les associations jusqu'à ce que lui soient indiquées les coordonnées de personnes-ressources "correspondantes pour l'étude". A travers ce contact motivé par la recherche, les participants ont pu accéder à des espaces de socialisation, de confidentialité et d'entraide, qu'ils pourraient utiliser par ailleurs et après la fin de l'étude. Le principe de justice voudrait que le dispositif mis en place dans le cadre d'une étude soit conçu de manière à pérenniser quelque possible avancée au-delà du cadre spatiotemporel du recueil de données ; dans le champ médical, ceci inspire notamment l'organisation de l'accès à des traitements au-delà de la fin d'une étude. La recherche peut alors devenir une opportunité pour établir des relations susceptibles de réduire les inéquités révélées par l'enquête.

Une des interprétations du principe de justice et d'équité considère qu'il justifie la restitution des résultats de la recherche aux sujets qui y ont participé, et la délivrance, de la part du chercheur, d'informations pour lesquelles il peut avoir un point de vue d'expert. Cette interprétation inspire les recommandations des comités d'évaluation éthique en matière de recherche sur le sida. En fin d'entretien, les questions que Catherine pose à la chercheuse font appel à son expertise scientifique ; elle s'appuie aussi sur la confiance installée au cours de l'entretien pour solliciter conseils et avis sur les attitudes plus ou moins bienveillantes de professionnels de santé de la région. A la fin de l'étude, lorsque nous organisons une journée de restitution des résultats à laquelle les participants de l'enquête sont conviés personnellement, Catherine ne viendra pas : pour elle, le "contre-don" fut individuel, limité par le cadre de l'anonymat qu'elle a voulu maintenir. Le bénéfice qu'elle a trouvé à l'étude fut probablement un assemblage d'aspects relationnels - écoute et échange dans une relation de confiance - et d'expertise - informations et avis délivrés de manière ponctuelle. D'autres participantes ont assisté à la journée de restitution : pour elles, le bénéfice apporté par l'étude fut peut-être la réinterprétation des difficultés ayant marqué leur expérience personnelle comme un fait sociologique, le sentiment d'une expérience partagée par d'autres, voire l'objectivation et la reconnaissance de leurs difficultés par une assemblée comprenant des médecins et des représentants des institutions sanitaires, la prise en compte de leurs avis subjectifs légitimés par l'étude, ou la perception du fait que les résultats de l'étude menée auprès d'elles pourraient conduire à des changements. L'exemple de Catherine nous a conduits à considérer que les demandes des sujets pouvaient prendre des formes diverses, qui n'étaient pas limitées à la restitution finale des résultats, et qu'il fallait anticiper. Sur cet aspect, la réflexion éthique a suivi le cheminement "de bas en haut", partant d'observations de terrain faites par les chercheurs pour ajuster les règles formelles de l'éthique médicale sur la base de ses principes.

Si l'on se réfère à l'expérience de Catherine, Rena Lederman n'a pas vraiment raison : certes, le "travail éthique" a eu lieu hors d'un comité d'évaluation. Cependant, ce travail n'a pas eu lieu que sur le terrain, mais aussi en amont de l'enquête, et il a motivé une série d'ajustements au cours de l'enquête de terrain, par quelques allers-retours. Ce travail s'est basé en premier lieu sur une construction pragmatique, sur l'interprétation des règles formelles qui dans ce cas pouvaient être appliquées, et parfois celle des principes de l'éthique médicale et leur adaptation "en pratiques" au contexte de l'étude. Il s'est construit en interaction avec d'autres acteurs - en l'occurrence associatifs et médicaux -, sur la base d'expériences antérieures relatives à d'autres études discutées dans l'espace de réflexion évoqué plus haut. Ce travail aurait

¹⁹ Cet aspect n'appelle pas de commentaire particulier dans cette étude de cas.

probablement pu être poussé plus loin s'il avait fait l'objet d'échanges plus fournis, ou si un tiers avait explicitement questionné les femmes et couples participant à la recherche sur leurs attentes vis-à-vis de l'étude.

LE TEMPS DU « TRAVAIL ETHIQUE »

L'exemple de Catherine permet d'illustrer le fait que les enquêtes en anthropologie, même réduites à un entretien unique, ne sont pas totalement dénuées de risques, d'inconvénients et d'avantages, pour les personnes qui y participent, dont le chercheur peut n'être que partiellement conscient et qu'il n'est pas toujours en position d'anticiper. La question de la temporalité du travail éthique peut être significative à plusieurs niveaux. Certains comités considèrent que la plupart des enjeux éthiques d'une recherche concernant les sujets peuvent être circonscrits dans une notice d'information ; dans ce cas le consentement des sujets préalablement à leur participation à l'étude permet, en vertu du principe de respect de l'autonomie de la personne, de « régler » la question éthique sur le mode (ou selon le modèle) contractuel, exonérant le chercheur d'une responsabilité ultérieure. Les recherches en sciences sociales, plus éloignées du paradigme expérimental et de ce fait plus vulnérable à l'inattendu, ne peuvent circonscire à l'avance les questions d'éthique, même limitées à l'échelle des rapports entre chercheurs et sujets. Dès lors, le travail éthique en amont d'une recherche se présente moins comme l'anticipation d'un contrat que comme la production d'un cadre qui permette d'assurer certaines conditions de la recherche dès son début, et de favoriser une dynamique d'échanges et d'ajustements à partir des perceptions des sujets au grès de l'enquête.

LA DEFINITION DE DISPOSITIONS PREALABLEMENT A LA RECHERCHE

L'absence d'intervention sur le corps des sujets en sciences sociales n'exonère pas l'exercice de la recherche d'une forme de matérialité qui peut être le substrat d'inconvénients pour les participants. L'étude réalisée par Sidaction auprès de responsables d'associations de personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso est éclairante à cet égard (de Cenival, 2007) : pour ces personnes, très fréquemment soumises à des enquêtes en sciences sociales, les conditions matérielles de réalisation des entretiens sont plus préoccupantes que leurs risques potentiels. Si les patients africains sous traitement antirétroviral auprès desquels des enquêtes par questionnaires sont réalisées de manière répétée à l'occasion de leur consultation mensuelle dans les services spécialisés étaient avertis que l'entretien durerait près de 90 mn, il n'est pas certain qu'ils accepteraient l'enquête, notamment quand elle a lieu alors qu'ils sont à jeun dans l'attente de leur consultation de suivi biologique, et lorsque le temps consacré à l'enquête n'est pas indemnisé²⁰. Lorsque les conditions matérielles des enquêtes sont définies indépendamment pour chaque projet, l'équité n'est pas assurée pour des patients des mêmes services ou des mêmes associations concernés par des formes d'enquêtes variées ou menées par des institutions qui n'ont pas les mêmes conceptions des conditions pratiques des enquêtes (notamment en termes de modalités de choix des sujets, durée des entretiens, indemnisation du temps consacré à l'enquête, prise en charge des frais de déplacements induits, etc.). L'étude de de Cenival met au jour l'importance des aspects matériels et la nécessité pour les chercheurs de les préciser avec les « partenaires communautaires » (représentants des populations d'enquête, des participants, personnes-clé, etc.), afin d'articuler au mieux un nouveau projet de recherche avec le contexte préexistant. L'étude montre aussi que bien que les conditions matérielles soient énoncées comme essentielles, elles peuvent simultanément apparaître dans les revendications ou les critiques comme moins importantes que la signification de la recherche pour les sujets. Les résultats de cette étude laissent entendre d'une part que les conditions matérielles des enquêtes formalisées doivent être anticipées et contextualisées, et d'autre part que chaque mesure en matière d'éthique doit être conçue relativement à un ensemble cohérent de dispositions concernant une recherche et son contexte (en

²⁰ Des pratiques de ce type sont toujours d'actualité.

particulier sur les sites où plusieurs études sont menées simultanément ou successivement). Certains de ces aspects sont également pertinents pour des recherches déployées hors d'un cadre formel.

ANTICIPER DES DISPOSITIONS FAVORABLES AUX ECHANGES

Divers auteurs ont montré les limites et les écueils en sciences sociales de règles d'éthique traduites en actes prédéfinis, tels que l'obtention du consentement, devenus des procédures et partiellement vidés de leur sens initial (Marshall, 2006 ; Van den Hoonaard, 2003). L'histoire de Catherine montre que la mise en pratique d'une démarche éthique repose sur une communication et des ajustements entre chercheurs et sujets : plutôt que d'actes, ponctuels qui plus est, il s'agit de processus. La discussion de ces aspects au cours d'un séminaire²¹ a conduit à suggérer que les projets de recherche contribuent matériellement à la disponibilité de "médiateurs en matière d'éthique" au sein d'associations de patients ou dans d'autres lieux qui pourraient être consultés par les sujets et chargés de transmettre aux responsables de la recherche les sollicitations ou critiques de la part de personnes qui ne souhaiteraient pas le faire individuellement ou nominativement. Ces "tiers" entre sujets et chercheurs pourraient ainsi jouer un rôle de conseiller et de sentinelle en matière d'éthique, à la manière d'une des attributions des comités indépendants instaurés dans les recherches médicales. Ce type de disposition, instituant un espace de relations et d'échanges plutôt qu'un acte ponctuel, peut être établi en amont et en prévision de la recherche. Contrairement à des mesures telles que l'instauration de formes contractuelles du consentement, cette disposition tend à favoriser l'exercice du « travail éthique » pendant toute la durée de la recherche²². D'autres dispositions d'inscription temporelle similaire restent à explorer, telles que la planification d'un travail réflexif avec certains acteurs autour de dilemmes éthiques, l'organisation de rencontres entre chercheur(s) et participant(s) consacrées à ce thème, etc., pour ne citer que quelques exemples.

LA « FORME » DU « TRAVAIL ETHIQUE »

Les deux études de cas présentées plus haut permettent d'affiner la réflexion à partir d'exemples contrastés, qui peuvent être considérés comme deux points de repère dans un continuum de situations de recherche plus ou moins formelles et extrêmement variées. Dans les approches qui ne relèvent pas d'un certain formalisme, basées sur la méthode ethnographique, ou lorsque l'anticipation n'est pas praticable, les "points cardinaux" de l'exercice de l'éthique médicale de la recherche ne sont pas pertinents. Par contre en situation formelle, à la condition que la notice d'information soit le support d'un échange notamment autour du sens de la recherche et de ses conditions matérielles, les procédures d'éthique telles que l'obtention du consentement peuvent acquérir une signification pour les sujets et pour les chercheurs. La pertinence des règles d'éthique n'est cependant pas garantie ni absolue : elle dépend de la traduction des principes en mesures effectives et en actes socialement et culturellement signifiants, de la façon dont diverses règles s'articulent sur les plans idéal et matériel, des dispositions prises pour assurer leur mise en œuvre et de la relation entre enquêteur et sujet, comme de l'ajustement de ces précautions à un contexte institutionnel et social et à une histoire locale de la recherche. On retrouve là certains traits d'une approche discutée par Massé (2003a) sous le terme de « principisme spécifié », où la dimension pragmatique du "travail éthique" est essentielle. L'application de procédures ou de règles d'éthique isolées, indépendantes et non contextualisées, a peu de sens : les enjeux éthiques appellent la définition de « dispositifs éthiques ».

Un "dispositif éthique", défini a minima comme l'ensemble des dispositions anticipées pour une étude, particulier à une approche et à un contexte, peut aussi comporter une dimension idéale, pour laquelle la conceptualisation que propose l'éthique médicale de la recherche peut s'articuler à la réflexivité de l'anthropologie. Les notions de "risques" et "bénéfices", « inconvénients » et « avantages », peuvent être

²¹ Séminaire « L'éthique de la recherche en anthropologie de la santé : Pratiques, conflits, valeur heuristique ». Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, 2007.

²² Cette proposition a été retenue par l'ANRS pour la nouvelle version de sa Charte Ethique de la recherche dans les pays en développement, qui doit être publiée fin 2008.

une alternative intéressante à la notion de « don vs contre-don » entre chercheurs et sujets. Les questionnements basés sur les principes de l'éthique médicale de la recherche, apparemment simplificateurs, peuvent, en situation, avoir une réelle portée heuristique, notamment s'ils sont traités selon l'approche d'un « principisme spécifié ». La notion de "dilemmes éthiques", qui implique un examen analytique des questions émergeant sur le terrain, fait appel à la réflexivité et peut aider à dépasser une approche dogmatique ou normative si l'on cherche à en préciser les objets pour chaque étude. Le travail conceptuel mené depuis plusieurs décennies par les associations professionnelles (en particulier *l'American Anthropological Association*) pour anticiper les dilemmes éthiques et construire une culture professionnelle à ce sujet peut constituer un point de départ (American Anthropological Association, 2000).

Un tel dispositif construit pour un projet ou pour un site de recherche devrait comporter une dimension sociale, organisant un certain nombre de relations entre divers acteurs de la recherche : sujets, chercheurs, représentants communautaires, correspondants associatifs, comités d'éthique. Il devrait permettre notamment qu'une approche "de haut en bas" - soit des principes théoriques aux réalités de terrain - ne prévale pas sur un cheminement "de bas en haut", mais plutôt que ces deux approches puissent être combinées à divers moments de la recherche. Le dispositif éthique "socialisé" devrait également déployer des espaces d'échange, formalisés ou non, basés sur des espaces préexistants ou pas, dans lesquels les rapports de savoir et de statut soient clarifiés, afin de permettre que s'y élabore une "éthique de la discussion", qui rejoindrait une acception de l'éthique inspirée par Habermas, selon laquelle la justesse des jugements moraux émerge de la discussion ouverte et démocratique entre acteurs concernés (Massé, 2003a).

La définition de ce dispositif éthique peut débiter dans la solitude de la réflexion personnelle d'un anthropologue. Son élaboration ne semble possible qu'au travers d'échanges, au sein d'une association professionnelle, avec des partenaires "communautaires", dans un espace de réflexion tel que celui évoqué plus haut, dans le cadre d'une équipe de recherche, et/ou d'un comité d'évaluation éthique.

CONCLUSION

J'espère avoir, notamment grâce à l'illustration des études de cas, validé les hypothèses initiales :

1. Les avis des comités d'éthique mettent dans certains cas les recherches en anthropologie en danger en hypothéquant leur méthode, sans avoir apporté la preuve de leur pertinence en termes de protection des participants à la recherche ou des valeurs éthiques de la science. Dans d'autres cas, ils imposent au chercheur de mener un « véritable travail éthique » pour anticiper l'approche et les conditions de la recherche. Dans cette démarche, les règles formelles de l'éthique médicale de la recherche constituent au mieux un support, mais ses principes, quelle que soient la façon de les décliner et de les articuler à la notion de responsabilité du chercheur, peuvent aider à structurer la réflexion.
2. L'anticipation, puis l'explicitation de « dispositifs éthiques », destinée aux divers acteurs de la recherche comme aux comités d'évaluation, est porteuse de sens non seulement dans l'exercice immédiat d'une recherche en anthropologie. En introduisant une exigence de clarification du "travail éthique" individuel des chercheurs, elle en autorise la transmission, sur la base d'une expérience accumulée. Ceci permet de tirer profit de la combinaison de « l'inspiration, l'écoute, la réceptivité » appelée par Fassin (2008 : 120) et d'une forme de "savoir-faire" en matière d'éthique, domaine où la notion de "savoir" prête à discussion (Jaffré, 2007).

Le développement institutionnel de l'éthique de la recherche génère de nombreuses interrogations parmi les chercheurs en sciences sociales, qui savent, comme Weber l'a si bien montré (1904 [1989]), que des organisations créées sur la base de valeurs sont susceptibles, du fait d'une bureaucratisation propre aux sociétés de la modernité, de se transformer en parangons du légalisme. Les règles et formalités qu'elles avaient instituées pour atteindre leurs buts acquièrent alors la valeur d'objectifs et une part croissante des ressources doit être consacrée à l'application de règles de plus en plus nombreuses ; cette bureaucratisation se développe au détriment de la créativité individuelle. Cette analyse est certainement très pertinente pour comprendre le développement d'une forme d'éthique normative, diffusée par les instances supra et

internationales et à travers la culture mondialisée de la recherche scientifique, qui ne fait pas qu'engager la « construction d'un acteur social universel » (Bonnet, 2003) mais aussi la diffusion d'une « normativité formelle universelle » d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur la légitimité de la médecine à une époque de médicalisation des sociétés. Cette évolution peut être tout-à-fait délétère pour l'évolution des sciences sociales, et pour les rapports entre chercheurs, ainsi qu'entre chercheurs d'appartenances disciplinaires diverses ou entre chercheurs "sur le terrain" et chercheurs "dans les comités". Elle peut susciter des oppositions radicales telles que celle exprimée en introduction de cet article, ou conduire à une forme de "gouvernement" de la recherche, au sens foucauldien de l'intériorisation par les chercheurs de normes limitant leur indépendance, et donc la scientificité de leurs travaux.

Les analyses sociologiques post-weberiennes ont cependant montré que la portée de la contrainte institutionnelle peut être limitée notamment par l'usage de mécanismes sociaux informels, par la reconnaissance de la nécessité d'adapter les règles à des cas particuliers, par le jeu d'alliances individuelles externes, de réseaux de communication, de coalitions entre membres à différents niveaux de l'institution. Autant de leviers qui existent dans l'organisation actuelle, du moins tant que les institutions intervenant en matière d'éthique comprennent des représentants des chercheurs, et dans certains cas des « sujets ». Les faire jouer suppose d'explicitier et de favoriser des espaces d'échanges tels que ceux évoqués plus haut, afin que la dimension réflexive du traitement éthique prévale sur sa dimension normative. Mais il faut probablement aussi que les chercheurs en sciences sociales affichent des références lisibles en matière d'éthique, qui puissent attester d'une réflexion collective constituée. C'est en référence à cette fonction que pourrait être ouvert un débat sur la pertinence d'une charte d'éthique propre à nos disciplines.

Le dispositif institutionnel de l'éthique de la recherche n'est pas qu'une bureaucratie : au sein des comités d'évaluation comme à d'autres niveaux, la dimension réflexive de l'éthique est développée à divers degrés. Si l'on accepte que l'éthique se construise dans la discussion et dans la "spécification" des principes aux particularités des contextes, il est essentiel de considérer la place accordée aux représentants des sujets participant aux recherches et le rôle qu'ils se donnent. Les expériences brésilienne et canadienne, qui leur accordent une importance certaine, méritent d'être documentées à cet égard, d'autant plus que les revendications des chercheurs en sciences sociales ont été prises en compte pour reformuler l'organisation de l'éthique de la recherche dans ces pays (Guerriero, 2008 ; Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, 2004). L'un des aspects de l'analyse de Lederman qui nous semble justifier le plus de réserves est l'absence, dans ses propos, d'évocation du point de vue des sujets, au risque de reproduire une appropriation longtemps pratiquée par les médecins vis-à-vis des patients et de susciter une attitude paternaliste de la part des anthropologues, alors même que le paternalisme médical perd du terrain (Fassin 2006). La « participation communautaire » dans les comités ne peut cependant constituer une garantie absolue, car elle est, comme celle d'autres acteurs, vulnérable aux abus de pouvoir, à la défense d'intérêts particuliers, à des formes de clientélisme ou à des réticences envers les sciences sociales.

Seraient également fort utiles dans cette démarche les résultats de recherches en sciences sociales, restant à mener, qui analysent divers aspects de l'éthique -depuis la construction sociale des références mobilisées par les institutions aux logiques sous-jacentes aux choix décisionnels des comités, en passant par les représentations individuelles et collectives de l'éthique dans le monde de la recherche scientifique, leur articulation avec les valeurs des chercheurs et des populations engagées dans les recherches, les modalités de construction d'une culture institutionnelle en la matière, et la diffusion d'un savoir et d'un savoir-faire revendiqués au travers des espaces transnationaux de la recherche. A partir des analyses de Fassin (2008), on peut entendre que cette analyse participe au « véritable travail éthique » comme au « travail anthropologique ».

La réflexion en matière d'éthique de la recherche en anthropologie est complexe, non stabilisée, et implique de multiples niveaux. Elle peut justifier des positions apparemment contradictoires, malgré leur cohérence relativement à des contextes²³. L'expérience du "laboratoire" que constitue le champ de l'anthropologie de la

²³ Ceci m'a conduite simultanément fin 2008 à défendre l'abrogation de l'obligation d'obtention du consentement éclairé pour les recherches en anthropologie dans le cadre de la révision de la Charte Ethique de la recherche dans les pays en développement de

santé eu égard aux questions abordées dans cet article conduit à appeler une réflexion collective plus explicite de la part des anthropologues, concernant ces questions - d'une part pour améliorer la lisibilité des options de l'anthropologie vis-à-vis du traitement éthique relatif à d'autres disciplines ; d'autre part pour avancer dans l'élaboration de réflexions ou de "dispositifs éthiques", à mettre à l'épreuve d'un « véritable travail éthique de terrain ». S'il est des lieux, des thèmes ou des configurations institutionnelles pour lesquels « la déontologie dont ont besoin les sciences sociales ne relève pas plus de comités externes qu'elle ne relève de codes professionnels » (Fassin 2008 : 133), il en est d'autres, suffisamment ouverts à l'échange, où comités et codes peuvent être le support du « travail d'explicitation des questions éthiques, d'exploration de leurs enjeux et de négociation des réponses ».

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT Bruce, 2003. Anthropologie et recherche biomédicale : le cas yanomami (Vénézuéla et Brésil). *Autrepart* 28 : 125-146
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, 1998. *Code of ethics*. <http://www.aaanet.org/committees/ethics/ethcode.htm>. (Page consultée le 21/10/2008)
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, 2000. *Handbook on ethical issues in Anthropology*. <http://www.aaanet.org/committees/ethics/toc.htm>. (Page consultée le 21/10/2008)
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, 2002. *Final Report of the El Dorado Task Force*, 2 volumes, <http://www.aaanet.org/issues/policy-advocacy/Preface-for-El-Dorado-Task-Force-Papers.cfm>. (Page consultée le 21/10/2008)
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, 2004. Statement on Ethnography and *Institutional Review Boards*. <http://dev.aaanet.org/stmts/irb.htm>. (Page consultée le 21/10/2008)
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, 2007. *Institutional Review Boards and Anthropology*. <http://www.aaanet.org/ar/irb/index.htm>. (Page consultée le 21/10/2008)
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION, non daté. *Committee on ethics briefing papers on common dilemmas faced by anthropologists in field situations*, <http://www.aaanet.org/committees/ethics/bp.htm>. (Page consultée le 10/10/2007)
- AGENCE NATIONALE DE RECHERCHES SUR LE SIDA, 2002. *Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement*, http://217.19.49.232/index.php/anrs/vih_sida/pays_en_developpement/presentation_generale, (Page consultée le 21/10/2008)
- ASSOCIATION OF SOCIAL ANTHROPOLOGISTS OF THE UK AND THE COMMONWEALTH, 1999. *Ethical guidelines for good research practice* : www.theasa.org/ethics.htm (Page consultée le 21/10/2008)
- BLED SOE Caroline H., SHERIN Bruce, GALINSKI Adam G., et al, 2007. Regulating creativity: research and survival in the IRB iro cage. *Northwestern University Law Review*, 101, 2 : 593-642
- BONNET Doris, 2003. L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel?, *Autrepart*, 28 : 5-19
- BROQUA Christophe, 2006. *Agir pour ne pas mourir. Act Up, les homosexuels et le sida*. Paris, Les Presses de Sciences Po.
- CADART Marie-Laure, 2000. *Au risque du désir. Perception du risque de transmission mère-enfant du VIH, rapports au système de soins et procréation chez des femmes concernées par le VIH*. Mémoire de DEA d'Anthropologie. Aix-en-Provence : Université d'Aix-Marseille III

- DE CENIVAL M., 2007. Les groupements communautaires et la recherche sur le VIH au Burkina Faso. Paris, Sidaction, 35 p.
- DESCLAUX Alice, 2008. L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 101, 2 :77-84
- DESCLAUX Alice, CADART Marie-Laure, 2008. Avoir un enfant dans le contexte du VIH, discours médicaux et liens sociaux. *Médecines/Sciences*, hors série n°2 "Femmes et VIH en France", 24, 53-61
- DESCLAUX Alice, EGROT Marc, 2003. Le chiffre et ses interprétations. Logiques sous-jacentes aux discours médicaux contemporains sur le risque VIH. in Leca A. (ed), *Le risque épidémique*. Aix-en-Provence, Presses Universitaires d'Aix-Marseille : 435-446.
- EPELBOIN Alain, 1994. Médecines traditionnelles, cultures et sida : Bamako, 7-8 février 1994. Vidéo. 90mn30. <http://www.rap.prd.fr/ressources/detailVideo.php?videoID=643>, (Page consultée le 21/10/2008)
- FASSIN Didier, 2006, The end of ethnography as collateral damage of ethical regulation? *American Ethnologist*, 33 : 522-524
- FASSIN Didier, 2008, L'éthique, au-delà de la règle. Réflexions autour d'une enquête ethnographique sur les pratiques de soins en Afrique du Sud. *Sociétés contemporaines*, 71 : 117-136
- GUERRIERO, Iara, ZICKER, Fabio, 2008, Rethinking ethics in qualitative health research. Introduction, *Ciência e Saúde Coletiva*, 13,2: 301
- GROUPE CONSULTATIF INTERAGENCES EN ETHIQUE DE LA RECHERCHE, COMITE DE TRAVAIL SPECIAL DE L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES (CTSH), 2004. *Pour que tous puissent s'exprimer*. Rapport, Gouvernement du Canada, Ottawa, 89 p. <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/workgroups/sshwc/reporttopre.cfm>, (Page consultée le 21/10/2008)
- GROUPE CONSULTATIF INTERAGENCES EN ETHIQUE DE LA RECHERCHE, COMITE DE TRAVAIL SPECIAL DE L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES (CTSH), 2006. *La recherche qualitative dans le contexte de l'EPTC (Enoncé de la Politique des Trois Conseils : Ethique de la recherche avec des êtres humains)*. Rapport, Gouvernement du Canada, Ottawa, 31 p. <http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/workgroups/sshwc/consultation07.cfm>, (Page consultée le 21/10/2008)
- HARDON Anita, DESCLAUX Alice, EGROT Marc, 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* 2008, 4: 16 (10 Jul 2008), <http://www.ethnobiomed.com/content/4/1/16> (Page consultée le 21/10/2008)
- HOURS Bernard, Selim Monique, 2000. Pratiques et axiologies de l'anthropologie face à la domination politique. *Anthropologie et Sociétés*, 24, 2 : 111-127, www.erudit.org/revue/as/2000/v24/n2/index.html
- JAFFRE Yannick, 2007. L'éthique, une question politique ? *Bulletin de l'AMADES*, 71: 1-3
- KATZ Jack, 2006. Ethical escape routes for underground ethnographers. *American Ethnologist*, 33: 499-508
- KLEINMAN Arthur, 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press, Los Angeles
- LEDERMAN Rena, 2006. Introduction : Anxious borders between work and life in time of bureaucratic ethics regulation. *American Ethnologist*, 33: 477-481
- LEDERMAN Rena, 2007. Educate your IRB. An experiment in cross-disciplinary communication. *Anthropology News*, September 2007: 33-34
- MARSHALL Patricia A., 2006. Informed consent in international health research. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1: 25-42
- MASSE Raymond, 2000a. L'anthropologie au défi de l'éthique, *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2) : 5-11, <http://www.erudit.org/revue/as/2000/v24/n2/015646ar.pdf>. (Page consultée le 21/10/2008)

- MASSE Raymond, 2000b. Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique, *Anthropologie et Sociétés*, 24 (2) : 13-33, <http://www.erudit.org/revue/as/2000/v24/n2/015647ar.pdf>. (Page consultée le 21/10/2008)
- MASSE, Raymond, 2003a. Valeurs universelles et relativisme culturel en recherche internationale : les contributions d'un principlisme sensible aux contextes socioculturels. *Autrepart*, 28 : 21-36
- MASSE, Raymond, 2003b. *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs phares et normativité*. Québec, Presses de l'Université Laval
- MERTON Robert, 1942. The normative structure of science. In : Storer N.W. (Ed) : The sociology of science : Theoretical and empirical investigations. University of Chicago Press, Chicago, 1973: 267-278
- NATHAN Tobie, 2001. *L'influence qui guérit*. Paris, Odile Jacob.
- PINELL Patrice (dir.), 2002. *Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France. 1981-1996*. Paris, PUF
- ROSSI Ilario (ed.), 2007. Prévoir et prédire la maladie : de la divination au pronostic. Aux lieux d'être.
- SHEA Christopher, 2000. *Don't talk to humans. The crack down of social science research*. Lingua Franca, 10, 6, 27-34. <http://mailer.fsu.edu/~njumonvi/irb-article.htm> (Page consultée le 21/10/2008)
- TAVERNE Bernard, 2007. *Internationalisation de l'expérimentation humaine. Point de vue à partir d'un comité d'éthique du Sénégal (2003-2006)*. Communication au colloque « Anthropologie de la recherche clinique ». Journées du Réseau Epidémiologie et Développement, Paris, 5 septembre 2007. http://www.red.ird.fr/animations/reunions_thematiques/anthropologie_recherche_clinique/rt07b_taverne.htm (Page consultée le 21/10/2008)
- TIERNEY Patrick, 2000. *Darkness in Eldorado. How scientists and journalists devastated the Amazon*. New York, W.W. Norton and Company
- UNESCO - *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*. Paris, Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture. Division de l'éthique des sciences et des technologies, Secteur des sciences sociales et humaines, 19 octobre 2005, http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, (Page consultée le 21/10/2008)
- VAN DEN HOONARD Will C., CONNOLLY Anita, 2006. Anthropological research in the light of research-ethics review: Canadian Master's Theses, 1995-2004. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*. 2006, 2: 59-69
- VAN DEN HOONARD Will C., ed. 2002. *Walking the tightrope: Ethical issues for qualitative researchers*. Toronto, University of Toronto Press
- VAN DEN HOONARD Will C., ed. 2003. Is anonymity an artefact in ethnographic research? *Journal of Academic Ethics* 1: 141-151.
- VAN DER GEEST Sjaak, 2007. Is it possible to understand illness and suffering ? *Medische Anthropologie* 19 (1): 9-21
- VYSMA Marianne, TANKINK Marian, 2007. The various uses of intersubjectivity as an analytical tool. *Medische Anthropologie* 19 (1): 5-8
- WEBER Max, 1989. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. Paris, Pocket [1904]
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION - *Déclaration d'Helsinki : principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains*. (2004 [1964]). <http://www.wma.net/ff/policy/b3.htm>, (Page consultée le 21/10/2008)

6. ANALYSES TRANSVERSALES. ACTEURS

6.1. INTRODUCTION

Alice Desclaux

Depuis une vingtaine d'années, l'importance croissante du médicament dans les systèmes thérapeutiques et les pratiques de soin est de plus en plus documentée, au Nord comme au Sud. Résumant la thérapie, le médicament paraît même parfois marginaliser le thérapeute. En exonérant les produits de la nécessité d'une signification au plan microsocial pour en faire des marchandises essentiellement caractérisées par leur matérialité et leur valeur économique, favorisant ainsi leur circulation (qui contribue en retour à cette « marchandisation »), la mondialisation semble promouvoir le passage du produit au premier plan, au détriment de l'acteur, relégué à une fonction anonyme. Qui sont les acteurs impliqués autour des « médicaments émergents » ? Quel rôle social leur est dévolu ? Conserveront-ils une visibilité autour du médicament ?

D'autre part, dans quel modèle de répartition des rôles et fonctions thérapeutiques s'inscrivent ces nouveaux médicaments ? Sont-ils l'apanage de pharmaciens ou herboristes, aux interventions dissociées de celles des guérisseurs, devins et médecins, les premiers se situant du côté de l'expertise curative et intervenant après que les seconds aient vu, diagnostiqué, ou identifié l'origine du mal ? Ou bien relèvent-ils de thérapeutes associant les deux compétences et proposant des traitements spécifiques du malade ou du mal qu'ils ont authentifié ? Les médicaments émergents privilégient-ils le modèle post-industriel qui distingue concepteur-promoteur, producteur, et distributeur du médicament, radicalement différent de celui des guérisseurs ? Dans ce cas, un secteur particulier du système de soins est-il favorisé ? Une ou des figures de « thérapeutes émergents » sont-elles apparues avec ces nouveaux médicaments, ou bien ces traitements entrent-ils dans l'arsenal thérapeutique des guérisseurs ou d'autres catégories de soignants ? Sont-ils diffusés préférentiellement par automédication, et dans ce cas quelle figure d'acteur leur reste associée ?

Dans le premier chapitre, Bernard Taverne aborde ces questions à propos des « guérisseurs » dakarois en explorant leur implication dans le traitement du sida. Le terme « guérisseur » est ici utilisé pour désigner tous les acteurs se réclamant un tant soit peu de la « médecine traditionnelle ». Tous ne sont pas ostensiblement impliqués : certains préfèrent se déclarer incapables de traiter le sida et peu concernés, affichant un « retrait » au profit de la biomédecine, tel que l'ont recommandé les messages des instances officielles de santé publique. D'autres, « politiquement corrects », ne revendiquent que le traitement des symptômes, ou évoquent un rôle potentiel en le définissant selon les propositions des programmes : prévention, conseil, orientation vers les soins biomédicaux, prise en charge du « bien-être ». Ce chapitre permet déjà de percevoir la complexité de la situation des guérisseurs eu égard à leur légitimité sociale : si leur exercice fait l'objet d'une tolérance des instances officielles malgré son caractère illégal, les guérisseurs évitent d'exprimer des prétentions potentiellement sources de conflit¹. Est-ce à dire que la revendication publique de la capacité à traiter le sida est l'apanage d'une certaine catégorie de guérisseurs ?

Emmanuelle Simon apporte des éléments de réponse à cette question à partir de sa description d'un thérapeute béninois « d'un nouveau genre ». Ce thérapeute, qui dispose d'une certaine notoriété grâce à son

¹ Ceci laisse entrevoir les difficultés de l'enquête, qui a porté sur un domaine que peu d'acteurs souhaitaient expliciter.

usage des médias, a acquis une formation universitaire (y compris à Cuba, au Canada et en France) avant de développer son ONG. Son parcours aurait sans doute pu être analysé comme celui d'un « nouvel entrepreneur dans le champ du développement » à la biographie proche de celle d'un « nouveau prophète ». Le terme « thérapeute » convient assez mal à cet acteur qui ne pratique pas de soin, de même que celui « d'herboriste » puisque ses traitements sont des produits dérivés du miel ; le qualificatif de « spécialiste en médecine naturelle », issu de la catégorisation de Gruénais², semble plus approprié pour cet « entrepreneur thérapeutique » qui se démarque de la médecine traditionnelle et revendique une démarche de chercheur. Emmanuelle Simon montre comment cet acteur utilise des ressources issues de systèmes thérapeutiques traditionnels, mais surtout fait usage de compétences acquises dans le monde du développement pour, à côté des professionnels spécialistes de la santé, développer une thérapie populaire qu'il légitime par des emprunts au monde scientifique. Innovation, entrepreneuriat, modes de légitimation caractéristiques des sociétés contemporaines (media, écrit, livre), références à la science médicale et aux bienfaits de la nature, cette combinaison est-elle le fruit d'une idiosyncrasie propre à ce « thérapeute », ou sociologiquement pertinente ?

Dans le bref chapitre qui suit, Emmanuelle Simon étend son analyse pour mettre en rapport la prise en compte des « nouveaux guérisseurs » tels que le thérapeute béninois évoqué ci-dessus et les récits de l'anthropologie de l'Afrique, qui semble avoir été plus réticente à reconnaître des nouvelles figures de thérapeutes que l'anthropologie de l'Asie. Emmanuelle Simon propose quelques éléments de caractérisation de ces thérapeutes : des doctrines, croyances, rites et pratiques en interaction avec la biomédecine, une place importante donnée aux objets de la biomédecine, des sources d'inspiration multiples, une pluralité des sources de légitimité mobilisées en partie en rupture avec les formes traditionnelles, une mobilité des acteurs accrue (notamment par le développement de réseaux internationaux). Elle discute leur application au contexte africain en analysant les éléments contextuels favorables à leur émergence. Ce faisant, elle montre l'existence d'une dynamique sociale davantage propice aux acteurs détenteurs d'une technique thérapeutique qu'à ceux détenteurs d'un savoir traditionnel. Ainsi brossée, cette dynamique semble favorable à l'émergence de nouveaux médicaments.

Avec son chapitre sur le marché informel du médicament de Dantokpá, à Cotonou (Bénin), Carine Baxerres présente les acteurs et le contexte de la vente de médicaments pour le paludisme, qui sont essentiellement des médicaments industriels provenant du Nigéria et du Ghana, produits en Asie (Inde, Chine). Ayant retracé l'histoire de l'apparition du médicament industriel en Afrique, elle décrit l'émergence du marché informel qui s'est développé à partir des années 1960, en la reliant aux périodes de pénurie qui ont été la conséquence des difficultés liées à la gestion par l'Etat de l'approvisionnement et la distribution des médicaments. Ce marché s'est ensuite développé en tirant profit des changements dans la politique du médicament au Bénin –des politiques similaires ayant été mises en place au Sénégal et au Burkina Faso avec des effets relativement différents (le marché informel sénégalais s'est développé notamment grâce à l'implication des réseaux religieux bénéficiant d'une relative impunité ; le marché informel burkinabè semble plus limité). Carine Baxerres décrit également la professionnalisation progressive de ce commerce populaire, qui fait intervenir des vendeurs (grossistes et détaillants) ayant acquis quelques compétences concernant la pharmacie. Ces acteurs d'un « système du médicament » sophistiqué, bien établi, qui représente un volume important, ont acquis une certaine reconnaissance du fait de l'émergence du marché informel, profitant de politiques favorables à l'automédication et à la vente hors prescription, dans un contexte favorisé par la mondialisation économique.

Le dernier chapitre concernant les acteurs, de Doris Bonnet et Agnès Lainé, présente l'analyse des activités d'un « néo-guérisseur » qui revendique le traitement de la drépanocytose grâce à un remède issu de la pharmacopée locale. Fils de guérisseur, médecin et enseignant en biochimie, ce thérapeute « entre en dissidence » et en concurrence vis-à-vis des autorités médicales après l'échec de sa tentative de validation scientifique de l'efficacité de son produit. A partir de ce cas, les auteurs analysent les éléments qui

² Gruénais M.-E., 2002. « La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale ». *Santé publique et sciences sociales*, Dar el Gharg Ed., 8-9 : 217-239.

nourrissent une telle démarche, tels que le « retour de la tradition au péril de l'histoire », la constitution de « marchés des projets de développement », les modes de construction de légitimités locales. Elles montrent également que ces « néo-thérapeutes » peuvent être rapprochés d'autres « intermédiaires culturels » et qu'ils jouent un rôle d'auxiliaires de l'Etat ayant leur place dans les nouvelles politiques de santé, à l'articulation entre le champ politique et le champ médical. Enfin, elles montrent la nécessité, pour ces acteurs, de s'inscrire dans des réseaux internationaux, ce qu'ils font notamment en revendiquant d'œuvrer pour le bien-être des malades et contre les inégalités d'accès aux soins et aux médicaments.

Cette partie ne dresse pas une présentation exhaustive des figures d'acteurs impliqués dans la création, la promotion, la diffusion ou la prescription des médicaments émergents. On trouvera notamment dans la partie consacrée aux « Savoirs et systèmes de diffusion » la présentation d'institutions hébergeant d'autres acteurs, parfois plus anonymes car situés au second plan par rapport à des groupes, associations ou firmes, ou certaines figures d'acteurs indissociables de leur institution. D'autre part certains de ces acteurs sont présentés dans la partie du rapport consacrée aux usages : c'est le cas notamment des professionnels de santé, lorsqu'ils deviennent prescripteurs de médicaments émergents.

Cette partie montre cependant la grande diversité des statuts des individus concernés, sur le plan social ou de la reconnaissance, du guérisseur à l'envergure locale au professeur de médecine connu internationalement. On y découvre que les individus, qu'ils soient identifiés et célèbres ou anonymes, peuvent être plus ou moins professionnalisés dans le champ de la santé. Certains d'entre eux semblent devoir être davantage définis comme oeuvrant dans le champ du commerce, de l'entrepreneuriat lié au développement ou à la culture, que dans celui de la thérapeutique. Les parcours biographiques de certains d'entre eux sont marqués par des mise en convergence de compétences et de capital social acquis dans le champ de la médecine et dans celui de « la tradition », justifiant le qualificatif de « néo-guérisseurs » ou de « thérapeutes néo-traditionnels ». Les parcours d'autres thérapeutes renvoient davantage à l'informel ou au non professionnel qu'au traditionnel –ce qui n'exclut ni une certaine compétence, ni des formes de savoir que l'on peut qualifier en première approximation de « populaire ». De manière générale, la façon dont ces acteurs font référence à « la tradition » pour qualifier parfois quelques recettes, presque toujours issues de la pharmacopée, souligne déjà le caractère réducteur des conceptions du traditionnel, et les emplois potentiellement abusifs de cette notion, dans l'usage courant, comme un antonyme du « médical ». Ici, l'usage du modèle de Kleinman serait justifié, qui permettrait de situer chaque acteur, selon son parcours, dans une plus grande proximité d'un des trois pôles (médical professionnel / traditionnel / populaire) balisant un espace dans lequel les thérapeutes impliqués autour des « médicaments émergents » multiplient les ancrages dans l'ensemble des secteurs.

Dans cette diversité de profils et de parcours assez particuliers pour que leurs protagonistes soient considérés comme des « acteurs » dans l'acception sociologique du terme mettant le plus en avant le caractère individualiste de la démarche, des points communs peuvent être retrouvés, tels que ceux listés par Emmanuelle Simon (voir plus haut), auxquels on peut ajouter : l'usage des formes contemporaines de la communication (écrit, média, internet) et l'érection du succès auprès du public comme un mode supplémentaire de légitimation (notion de validité basée sur la popularité). Ces figures d'acteurs émergent au sein de systèmes de soin ou de « systèmes du médicament » peu régulés (ou n'appliquant pas les règles –cf. textes concernant l'exercice illégal de la médecine au Sénégal), ou de systèmes de diffusion et distribution profitant de l'accélération des échanges transnationaux.

L'invitation de Fassin et Fassin, dans un article de référence sur le sujet³, à dépasser les tentatives de typologie et à analyser les modes de légitimation, reprenant la trilogie weberienne, conduit à quelques remarques. A la suite de leur article, plusieurs auteurs ont confirmé que les thérapeutes traditionnels qui s'orientaient vers des références biomédicales étaient ceux qui éprouaient un déficit de légitimité traditionnelle. Il serait facile d'en déduire que les thérapeutes impliqués autour des « médicaments émergents » y sont conduits par le même déficit de légitimité. Au vu des figures décrites dans ce rapport,

³ Fassin E., Fassin D., 1988. « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. », *Cahiers d'études africaines*, 110, 28, -2 : 207-231.

cette observation nous semble relative à un point de vue impliquant l'antériorité du rapport à la tradition comparativement au rapport à la biomédecine. L'émergence de thérapeutes ayant d'abord acquis une formation biomédicale ou des compétences dans d'autres domaines -développement, religieux- permet d'appréhender des situations variées, où le lien avec la tradition apparaît surtout comme une construction du discours. Ceci invite à quelques précautions vis-à-vis d'interprétations réductrices par leur caractère univoque (comme si le mouvement ne pouvait aller que de la tradition vers la biomédecine) ou par le fait qu'elles interprètent toute forme d'influence issue d'autres champs comme une manifestation de la diade tradition-médecine.

6.2. IMPLICATION DES GUÉRISSEURS DANS LE TRAITEMENT DU SIDA AU SENEGAL

Bernard Taverne, Marc Egrot

avec la collaboration de M. Couderc, A. Epelboin, A. Ouvrier, E. Simon, K. Viollet

INTRODUCTION

Au Sénégal, comme dans tous les pays d'Afrique, de nombreux guérisseurs ont très tôt affirmé pouvoir « soigner » les personnes malades du sida. Ces déclarations ont débuté bien avant 1998, à une époque où il n'existait pas encore de traitements biomédicaux spécifiques. La création du programme gouvernemental de traitement (l'ISAARV) en 1998 qui rendait accessibles les médicaments antirétroviraux n'a qu'à peine modifié cette offre de soins, et en 2008, nombreux sont encore les acteurs des médecines traditionnelles et néo-traditionnelles qui à Dakar et au-delà, proposent leurs services à des fins thérapeutiques. Mais tous les guérisseurs n'investissent pas le domaine du sida de la même manière. Aussi nous avons entrepris de décrire les différentes formes de leur implication et de mettre à jour les logiques et les processus décisionnels qui les conduisent à s'engager dans le traitement de cette maladie.

METHODE

Les informations ont été acquises à travers plusieurs dispositifs d'enquête ethnographique mis en oeuvre entre 2000 et 2008 :

- 2000-2002 : collecte non systématisée d'informations sur les offres de soins par des guérisseurs et les recours thérapeutiques de PVVIH (M. Egrot, B. Taverne) ; une enquête ponctuelle approfondie a été conduite auprès d'une ONG promotrice des médecines traditionnelles (par E. Simon),
- 2002 : une enquête extensive d'une durée de 3 mois sur la région de Dakar a été conduite par K. Viollet, sous la forme d'entretiens semi-directifs auprès de guérisseurs à leur domicile et/ou sur leur lieux de consultation (n=23, de une à 10 h d'entretien avec chaque guérisseurs), de PVVIH (n=10), de professionnels de santé et paramédicaux (n=5), d'un journaliste (n=1), par la participation à un groupe de discussion rassemblant une vingtaine de participants. Cette étude globale a été enrichie par les enquêtes réalisées par A. Epelboin, M. Egrot et B. Taverne, auprès de certains de ces guérisseurs et d'autres.
- 2003 – 2005 : une enquête approfondie a été conduite par B. Taverne auprès du guérisseur L. Diabi, sous la forme de plusieurs heures d'entretien avec lui et toutes les personnes impliqués dans sa démarche et la médiatisation de celle-ci (depuis un manœuvre d'un service hospitalier jusqu'à deux professeurs des Universités, au total une quinzaine de personnes) ; un recueil d'informations a été entretenu à l'aide d'informateurs-enquêteurs auprès des membres des associations de PVVIH.
- 2005 – 2006 : des enquêtes spécifiques ont été réalisées par M. Couderc auprès de PVVIH et divers professionnels de santé et responsable du Ministère de la santé ; le recueil des informations circulant dans la presse a été maintenu.
- 2007 – 2008 : Poursuite du recueil d'information dans la presse, participation aux principaux événements médiatiques (conférence, colloque) traitant des médecines traditionnelles et du sida.

Dans la suite du présent texte, l'identité des personnes a été masquée afin de garantir l'anonymat des personnes rencontrées, sauf dans le cas de personnes s'étant publiquement exprimées sur les sujets que nous abordons.

LES DIFFERENTES FORMES D'IMPLICATION DES GUERISSEURS FACE AU VIH/SIDA

En 2008, nombreux sont les acteurs de la médecine traditionnelle qui s'impliquent dans le domaine du sida. Bon nombre de guérisseurs rencontrés lors des enquêtes dans Dakar ne déclarent pas détenir un médicament pouvant soigner ou guérir le sida, mais il suffit parfois d'approfondir la discussion pour que s'exprime un intérêt, voire la certitude qu'au terme de recherches qui restent encore à mener, des guérisseurs seraient à même de proposer un traitement efficace. Et il suffit également d'interroger les PVVIH et le personnel des structures de prise en charge du sida pour s'apercevoir que les offres de soins sont encore habituelles...⁴

L'implication que les guérisseurs décrivent eux-mêmes à propos de la prise en charge thérapeutique est variable : certains affirment traiter les malades et les guérir. A l'opposé, d'autres déclarent ne pas connaître cette maladie et refusent de s'engager dans le traitement de malades du sida. Schématiquement l'on peut identifier trois grandes catégories de guérisseurs : 1/ ceux qui affirment pouvoir soigner ou guérir le sida, 2/ ceux qui affirment ne traiter que les maladies « opportunistes », 3/ ceux qui se déclarent incapables de traiter le sida.

Mais l'implication des guérisseurs n'est pas totalement superposable à l'affirmation de leur pouvoir thérapeutique par rapport à cette maladie. Ainsi, certains, tout en revendiquant le pouvoir de soigner le sida, affirment ne pas vouloir prendre en charge des malades.

LES GUERISSEURS QUI DECLARENT POUVOIR GUERIR LE SIDA

Certains guérisseurs affirment catégoriquement : « Je guéris la maladie, je peux traiter jusqu'à la faire disparaître ». Cette revendication va conduire à trois logiques aux issues opposables : la première va déboucher sur la volonté de rester dans l'ombre, voire un refus de prendre en charge des malades ; la deuxième voie va conduire à une quête de reconnaissance et de validation externe (biomédicale en l'occurrence) du pouvoir thérapeutique ; enfin la troisième voie s'exprime au travers de fortes revendications de reconnaissance sociale mais en opposition frontale avec le dispositif sanitaire national.

- « **Je suis capable de guérir mais je ne veux pas le faire, ni le faire savoir** ».

Ce point de vue est adopté par des guérisseurs qui soit détiennent une forte légitimité antérieure au sida, et donc non liée à cette maladie, soit qui pensent courir un danger en s'engageant publiquement dans le traitement du sida⁵.

- Exemple de légitimité préexistante : H.

H. se définit comme « prêtresse du *ndëpp* »⁶, dont la spécialité est de prendre en charge les situations de possession par les *rab* (entités invisibles et agents étiologiques de différents troubles [psychiatriques, sociaux et parfois organiques]). Son savoir est d'inspiration magico-religieuse. H. dit ne pas guérir le sida, mais traiter le « petit sida », ou le « début du sida », le sida étant perçu comme une maladie évolutive et, jusqu'à un certain stade, réversible. Le « petit sida » est associé à une entité nosologique locale nommée *nor khum siti*, sorte de « fourre-tout » sémiologique dermatologique auquel vient sont parfois associés quelques problèmes génitaux.

⁴ La volonté de certains guérisseurs d'intervenir dans le domaine de la prise en charge thérapeutique du sida se retrouve notamment dans le fait que de 1996 à 2003, 47 d'entre eux sont venus proposer leur traitement dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital de Fann.

⁵ Evidemment, ces guérisseurs ont été rencontrés en dehors des réseaux de patients ou professionnels de santé impliqués dans le sida, mais sur la base de leur notoriété en tant que guérisseur.

⁶ Ndëpp : cérémonie de possession ritualisée par des esprits, entités invisibles nommés rab.

H. se reconnaît donc une compétence thérapeutique limitée à une forme éémique de sida, mais elle s'attribue aussi un rôle dans la prévention et le conseil aux malades. En effet, H. est présidente d'une association de « tradipraticiens » sollicitée et appuyée par l'Onusida pour faire de la prévention et du conseil au dépistage. Praticienne reconnue sur la scène publique – elle fait des émissions de télévision, elle est épaulée « par un conseiller en communication » –, elle revendique sa « collaboration » depuis des années avec le service de psychiatrie de l'hôpital de Fann dans la prise en charge des troubles psychiatriques et de ce qu'elle nomme « les neuropalus »⁷. Elle dispose donc d'une double légitimité : populaire et publique d'une part, et scientifique et biomédicale d'autre part. Nul besoin de l'objet sida pour asseoir une reconnaissance préexistante, nul besoin d'afficher une compétence thérapeutique. Par contre elle garde un intérêt à souligner sa position de leader (argument fort des partisans de la valorisation de la médecine traditionnelle et de sa nécessaire intégration aux grands débats de santé publique) qui a son rôle à jouer dans la prévention. Ainsi, malgré l'affirmation de sa capacité de guérir le « petit sida », elle n'affiche pas publiquement cette compétence.

- Exemple d'affirmation de la capacité à guérir mais d'une non implication imputable à la perception d'un risque lié à l'engagement dans le traitement du sida : N.

N. est un guérisseur lettré, « intellectuel », exerçant en centre ville. Il se présente en tant que « tradipraticien et magnétiseur », légitimant son pouvoir thérapeutique par la double référence à un don divin et à une transmission paternelle. Par la technique d'imposition des mains, il « active et transporte son magnétisme », qui va lui permettre pour le sida, « de localiser et de tuer le virus ». Il dit avoir traité beaucoup « de malades qui revenaient avec des analyses négatives » mais avoir décidé d'arrêter en 1999. Il justifie cette décision en évoquant les risques auxquels s'exposent les guérisseurs qui s'engagent dans le traitement du sida : complots, rejets, voire même assassinats. L'implication de la médecine traditionnelle dans le traitement du sida est présentée comme une entreprise dangereuse. Alors, pour lui, autant arrêter, ou rester très discret sur ses activités ! N. joue la carte de la prudence en affirmant : « Je guéris, j'ai guéri, mais je ne veux pas le dire et plus le faire ».

• « **Je guéris mais j'ai besoin de le prouver. J'ai besoin d'une reconnaissance biomédicale** ».

Pour un certain nombre de guérisseurs la certitude de leur capacité à guérir le sida s'accompagne d'un fort désir de reconnaissance sociale qu'ils pensent pouvoir obtenir par la validation de l'efficacité thérapeutique de leur remède par la biomédecine.

- le guérisseur ambulancier T.

T. est un guérisseur ambulancier âgé d'une trentaine d'années, originaire de la région de Mbour. Il déclare guérir le sida en 2 mois, avec un médicament à double principe (religieux et phytothérapeutique). Il est persuadé d'avoir déjà guéri un homme qui allait mourir du sida, mais il recherche néanmoins des « cobayes », non pour tester son produit, mais pour apporter la preuve au grand jour qu'il est efficace. Une preuve qu'il ne destine pas à lui-même mais aux « autres », public, gouvernement, médecins, et même « au monde entier ». En quête de reconnaissance et de validation externe, T. n'a ni le réseau social, ni entrepris les démarches qui permettraient de le propulser sur la scène publique, au niveau national et même international, comme il l'imagine.

- le guérisseur D.

D. détient un remède d'essence religieuse (transmission divine) à base de plantes. Il a mené une démarche de type expérimental – empreinte de logique pré-scientifique, à partir de tests sur animaux et sur lui-même, puis sur des malades – avant de trouver des appuis dans le secteur biomédical pour valider son médicament (objet d'essais thérapeutiques en cabinet privé, puis en structure publique). D. a la certitude que son médicament guérit. Il justifie cette conviction sans faille non pas par l'origine divine de sa recette, mais par les expériences qu'il a d'abord réalisées lui-même puis par celles conduites par des professionnels de santé. D. a pu s'approcher du monde biomédical et associer certains de ses représentants à sa démarche – par le

⁷ Cette démarche d'intégration de la médecine traditionnelle au sein du service de psychiatrie de l'hôpital de Fann est ancienne et bien ancrée. Elle trouve son origine dans les travaux de Collomb des années 1960.

biais de multiples stratégies sur lesquelles nous reviendrons – et puiser dans son savoir et ses techniques pour construire ses preuves. D. est convaincu de l'efficacité de son produit, et il est parvenu à associer à sa démarche de validation de l'efficacité les plus hautes autorités médicales du pays.

- le marabout villageois G.

G. est un marabout villageois peu connu qui habite dans la banlieue de la capitale, il est venu à Dakar en 1996 pour proposer son remède contre le sida, dont la recette lui a été révélée un an auparavant. G. affirme sans le moindre doute l'efficacité de son traitement qui consiste en un liquide sur lequel ont été prononcés différents noms de Dieu, selon un usage ésotérique du Coran. On ne retrouve pas chez lui de discours syncrétique se référant au domaine scientifico-expérimental pour démontrer l'efficacité du médicament traditionnel : seul, Dieu détient la maîtrise de la thérapie sida et seuls « des noms de Dieu » peuvent éradiquer cette maladie, qui n'est que la punition divine de la déviance et de la dérive humaine. Ainsi, la guérison que promet G. ne peut-elle s'obtenir que par l'administration d'un médicament purement coranique, divinement révélé (versets récités en égrenant le chapelet sur une eau, qui, par ce procédé, va être bénite). On est ici dans le registre purement religieux de la guérison, mais qui n'est, une fois encore, pas exclusif d'une attente et d'une demande de validation scientifico-biomédicale. G. fait partie de ces guérisseurs qui ont demandé à tester leur remède au service des Maladies Infectieuses du CHU de Fann. L'efficacité biomédicale n'aurait pas été constatée⁸. Loin d'ébranler ses certitudes, G. interprète cet « échec » comme un acte calculé de dissimulation du résultat favorable de son remède.

- **« Je guéris le sida, j'en ai la preuve, je n'ai pas besoin d'une reconnaissance biomédicale nationale ».**

Ce point de vue est soutenu par les responsables de deux structures dont les modes de fonctionnement sont pourtant très différents : d'une part, madame Yvette Pares qui dirige « l'hôpital traditionnel de Keur Massar », et d'autre part, monsieur Eric Gbodossou, qui dirige l'ONG « Promotion de la médecine traditionnelle » (PROMETRA).

- Madame Yvette Pares et l'hôpital de médecine traditionnelle de Keur Massar :

Mme Pares est présentée comme « ancien professeur de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, directrice du Centre de Recherches Biologiques sur la Lèpre ; [elle] milite pour la reconnaissance d'une médecine vivante muselée par l'orgueil et l'argent »⁹. Elle est la fondatrice de « l'hôpital de médecine traditionnelle de Keur Massar » dans les années 1980¹⁰. Mme Pares affirme que dès 1987, elle et les guérisseurs travaillant dans son centre ont proposé des médicaments qui pouvaient traiter les malades du sida au point de leur permettre de redevenir séronégatifs (enregistrement d'un entretien réalisé en 2000). Mme Pares situe son engagement dans la forme d'un « combat » contre l'hégémonie biomédicale, et « l'usage des molécules chimiques de synthèse qui créent des maladies nouvelles »¹¹. Elle ne recherche et n'attend aucune validation ni reconnaissance de ses médicaments par les institutions médicales nationales, avec lesquelles elle est en opposition et conflit depuis plus de 20 ans.

- Monsieur Eric Gbodossou et l'association Promotion de la Médecine Traditionnelle (PROMETRA) :

En juillet 2000, l'ONG Prometra annonce une première fois avoir découvert un médicament contre le sida, cette annonce sera reprise en 2001 à Ouagadougou lors de la 13ème Conférence Internationale sur le Sida et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique – ICASA), puis fortement médiatisée en mai 2002 à l'occasion d'une conférence de presse organisée à Dakar à l'attention de tous les correspondants de la presse nationale et internationale. Lors de cette conférence sont présentés les résultats d'une étude réalisée auprès de 60 patients qui conclut, selon les membres de l'ONG, à l'efficacité du traitement. Cette annonce fera la une des journaux nationaux : « Des guérisseurs et des médecins africains annoncent un traitement contre le sida » (in Le soleil), qui rapportent les propos de Monsieur Gbodossou déclarant : « Nous sommes

8 Nous verrons plus loin les conditions pratiques de cette validation.

9 <http://www.afrik.com/article9880.html> (consulté le 25 mars 2009)

10 cf. Fassin D. 1992. Pouvoir et maladie en Afrique, PUF pp.257-259.

11 <http://hopmedtrad.free.fr/traditions.htm> (consulté le 25 mars 2009)

la voix des guérisseurs africains et nous voulons que ces découvertes suscitent enfin la reconnaissance du monde, à l'endroit des praticiens des médecines traditionnelles et des potentialités immenses inexploitées et, à la limite, ghettoisées par la puissance du système de la médecine moderne et des firmes pharmaceutiques ». Cette étude est décrite comme ayant été réalisée « dans le strict respect des normes scientifiques (...) à l'aide d'un financement de la Fondation Ford et en partenariat avec des universités américaines et le NIH ». Enfin, il est annoncé le dépôt d'un brevet pour protéger cette découverte. PROMETRA et son président ne sollicitent pas l'expertise nationale, ils se situent au-delà d'elle et de la sorte, ils la disqualifient.

LES GUÉRISSEURS QUI DECLARENT NE PAS GUERIR LE SIDA, MAIS LES DIVERSES MALADIES QUI LE CONSTITUENT

Nombre de guérisseurs qui n'affichent spontanément que peu d'intérêt pour la question du sida et qui avouent une expérience quasiment inexistante en matière de traitement de cette maladie, affirment cependant qu'ils sont capables de traiter les maladies qui apparaissent à l'occasion du sida.

Même si leur connaissance du sida est souvent peu élaborée, ils ont néanmoins retenu que la maladie a diverses expressions et qu'elle peut « provoquer plusieurs maladies » ; le concept de « maladie opportuniste » n'étant utilisé que par les guérisseurs ayant une proximité intellectuelle avec le monde biomédical. De façon variable, ils évoquent alors un tableau clinique du sida plus ou moins proche de la réalité biomédicale, comprenant diarrhées, affections dermatologiques, affections gynécologiques, voire maux de tête... Bref divers maux qui, dissociés, relèvent de compétences thérapeutiques que maints guérisseurs affichent aujourd'hui, et affichaient avant le sida.

Incapables de diagnostiquer la maladie, certains supposent intuitivement avoir déjà traité des personnes atteintes par le VIH. D'autres qui auraient été mis dans la confiance du diagnostic biomédical auraient ça et là traité une diarrhée chez des patients qu'ils n'ont jamais revus ou qu'ils ont renvoyés vers l'hôpital.

- Le guérisseur K.

Traitement de la « diarrhée » et des « vomissements », telle est la compétence que ce guérisseur du quartier Liberté de Dakar affirme en matière de prise en charge du sida. Et encore, il va traiter la diarrhée chez une personne atteinte « si la maladie n'a pas détruit les intestins » précise-t-il. Difficile de décevoir un malade, de dire « je ne peux pas, va-t-en » ; mais en matière de sida, avoue le guérisseur, si le malade le met dans la confiance, il va essayer de le « renvoyer », de le « libérer » en douceur, en donnant « un petit quelque chose » pour soulager sa diarrhée ou ses vomissements. Mais surtout ne pas s'engager dans le traitement, ni s'impliquer dans la recherche, affirme le guérisseur car « il y a trop de rumeur comme quoi la maladie est impossible à guérir ». De plus, « un guérisseur ghanéen qui avait découvert le médicament du sida s'est fait assassiner à cause de sa découverte » explique-t-il. S'impliquer dans le sida est là encore présenté comme une entreprise périlleuse, même s'il n'exclut pas la possibilité qu'à long terme, il s'engage dans des recherches. Il entrevoit d'ailleurs aujourd'hui la procédure idéale à mener : « Le sida étant un ensemble de maladies, il faudrait trouver la plante de chaque symptôme, et essayer, par une combinaison à tester, de les associer ». Car, en matière de prise en charge du sida, même s'il s'en tient aujourd'hui, par prudence, au traitement de la diarrhée et des vomissements, « toutes les maladies se traitent, même le sida, car seule, la mort n'a pas de remède ».

L'on retrouve, derrière le discours sur la prise en charge des maux du sida, la certitude que la médecine traditionnelle peut trouver le médicament salvateur, et que chaque guérisseur, par des essais et des recherches, pourrait à long terme guérir la maladie. Se profile déjà chez ces guérisseurs le discours sur le potentiel idéalisé de la médecine traditionnelle en matière de guérison du sida, perçu quant à lui comme maladie de l'échec biomédical. Néanmoins, ils le reconnaissent, leur expérience en matière de prise en charge est minime.

Il apparaît également que les discours sur la prise en charge des « maladies opportunistes » masquent parfois une implication plus franche dans le traitement du sida. Prudence et discours convenus ou « politiquement corrects » de type « je traite les maladies opportunistes mais je ne guéris pas » sont les

premiers propos que l'on reçoit des guérisseurs disposant d'une relative renommée sur la scène sociale, guérisseurs plutôt lettrés (ayant même parfois une formation universitaire) ou guérisseurs des milieux associatifs proches des instances de santé publique et des idéologies médicales en place.

- Le phytothérapeute M.

On retrouve la même prudence chez ce « phytothérapeute » lettré – et non pas « guérisseur », précise-t-il – qui se défend dans un premier temps de guérir la maladie sida, mais qui reconnaît soigner de temps en temps – mais rarement précise-t-il encore – quelques « maladies opportunistes » sans pour autant suivre le malade et la maladie elle-même. Le premier discours pourrait se résumer à ceci : « Je ne traite pas le sida. Je suis capable de traiter quelques symptômes comme la diarrhée et les affections dermatologiques. Je n'ai rencontré occasionnellement que quelques malades pour lesquels je n'ai pas établi de suivi. J'ai néanmoins confiance en la médecine traditionnelle et je me dis qu'avec recherche et collaboration interne, cette médecine est capable de trouver le médicament salvateur du sida. Je ne me suis néanmoins pas engagé dans des recherches et je demeure prudent en ce qui concerne mes prestations et ma collaboration avec la médecine moderne, au risque d'être accusé de pratiquer "l'exercice illégal de la médecine" ». Lors de rencontres ultérieures, M. évoque ses compétences en matière de prise en charge des « maladies opportunistes », et non plus seulement le traitement occasionnel de quelques symptômes divers. Il multiplie les récits de soins de PVVIH : traitement du zona d'une femme sous ARV, gain considérable de poids pour un PVVIH souffrant d'amaigrissement avancé à tel point, précise-t-il, que « les gens criaient 'M. soigne le sida' » (ce dont il se défend encore). Traitement efficace des mycoses d'un gendarme atteint à qui il conseille le recours à un marabout qui affirme être « guérisseur du sida » pour le traitement de la maladie dans sa globalité... Le discours initial sur le traitement des « infections opportunistes » masque à peine une prise en charge beaucoup plus générale : ainsi en est-il de l'histoire d'une patiente sous ARV, mais qui néanmoins « vient prendre quelque chose ici ... pour se protéger, pour ne pas être malade ». M. explique que « ce sont des antibiotiques naturels, à base de plantes, qui donnent la force de résistance » que la femme viendrait chercher tous les trois mois ». Autre exemple éloquent que celui de cette femme qui aurait décidé d'arrêter ses ARV afin de ne pas être identifiée comme malade du sida, « en faveur de mes médicaments » précise le guérisseur. Enfin, après avoir témoigné d'une demande de soins de la part « d'une femme blanche médecin et séropositive car elle est convaincue que la médecine moderne ne fait que retarder la mort et elle croit au traditionnel », M. n'affirme toujours pas pouvoir guérir, mais il formule néanmoins l'espoir « de faire baisser les choses (sous-entendu la charge virale ?) jusqu'à arriver à zéro » et envisage ainsi de la sorte une similitude entre l'action des ses « antibiotiques naturels » et l'action des ARV, avec en plus pour son traitement, l'espoir de faire disparaître, à terme, le virus.

LES GUÉRISSEURS QUI DECLARENT UN REFUS CATEGORIQUE DE TRAITER LE SIDA

Exceptionnels semblent être les guérisseurs qui ne se reconnaissent aucun pouvoir dans la prise en charge du sida ou qui refusent catégoriquement de s'y impliquer.

- le guérisseur L.

L. est un guérisseur lettré de Dakar qui reçoit une clientèle de milieux aisés ; il exporte ses compétences thérapeutiques dans les communautés africaines d'Europe et des Etats-Unis. Sa position en ce qui concerne la prise en charge du sida est très tranchée : il déclare refuser de traiter le sida y compris les « maladies opportunistes », il affirme son doute quant à l'efficacité thérapeutique de la médecine traditionnelle dans la prise en charge de cette maladie... Les patients qui viendraient parfois le solliciter pour ce type de problème, seraient renvoyés « du côté de la médecine moderne », sans même tenter de traiter les symptômes, car « il ne faut pas leur donner d'espoir ». Le sida serait donc du ressort exclusif de la biomédecine.

Cette opinion est bien peu répandue dans l'univers de la médecine traditionnelle dakaroise, où prévalent plutôt des doutes sur les compétences biomédicales en matière de traitement du sida, et l'on viendrait à douter de la sincérité de ce guérisseur.

La diversité et la non spécificité de la symptomatologie liée au sida, l'imprécision de l'expression « prendre en charge des malades du sida » permettent à chaque guérisseur de s'accorder une place variable dans le processus de soins. Cette place peut être modifiée, négociée, face à chaque demande de soins, ou selon

les interlocuteurs. La prétention à la guérison du sida est, à Dakar, le fait d'individus isolés avec des stratégies personnelles fortes, bien plus que le jeu de mouvements associatifs (mise à part Prometra et Keur Massar, dont l'engagement est indissociable de la personnalité de leur dirigeant).

Chez la plupart des représentants d'association de guérisseurs, l'on trouve des propos moins triomphalistes sur l'efficacité thérapeutique, et plus orientés vers une prise en charge mal définie mais qui fait référence aux maladies liées au sida ou aux difficultés sociales que vivent les personnes malades. Les discours sur la guérison sont bannis au profit de ceux sur la sensibilisation de populations et le traitement des « maladies opportunistes ». Les propos de monsieur M. Ba, président de l'association Gestu sont tout-à-fait représentatifs de cette orientation.

- M. Ba, président de Gestu

M. Ba est un guérisseur peulh qui fonde ses connaissances sur un savoir initiatique délivré par les esprits (djiné). Il déclare s'être engagé dans la lutte contre le sida dès 1991 : « J'avais déjà à l'époque une connaissance que beaucoup n'avaient pas sur le sida. Je voulais regrouper les autres guérisseurs et les informer que le sida est une maladie que ni la médecine moderne, ni la médecine traditionnelle ne peut guérir ». Il fonde l'association de guérisseurs Gestu en 2000, après avoir participé à des formations organisées par l'ONG Enda ; il est à l'origine de la construction d'un « Centre de recherche et de médecines traditionnelles » dans le village de Pout à 60 km de Dakar, bâti avec notamment l'aide financière de l'ambassade des Etats-Unis ; l'association bénéficie depuis 2006 du soutien financier de la Fondation Osiwa¹². M. Ba affirme : « Je lutte contre les guérisseurs qui déclarent guérir le sida, je les sensibilise à la différence entre les MST et sida, car j'ai eu des formations » tout en reconnaissant qu'il « traite quelques symptômes, et je crois qu'au terme de recherches qui restent à mener, la médecine traditionnelle pourrait trouver le remède ». Le mot d'ordre porté par ce guérisseur et son association est celui d'une implication des guérisseurs en collaboration avec le système de soins biomédical, pour favoriser « la pratique du dépistage, les pratiques préventives, et l'accompagnement spirituel et social »¹³. Il affirme ainsi dans un discours public en 2007 : « Aujourd'hui on est arrivé à ce que la majorité des tradipraticiens reconnaissent qu'ils ne peuvent pas soigner le VIH/sida, mais il faut reconnaître qu'ils ont des remèdes efficaces contre certaines affections ».¹⁴

Cette association délivre là un discours parfaitement formaté aux exigences des organismes nationaux et internationaux de lutte contre le sida qui ont orienté depuis les années 1990 leur « sensibilisation » à l'égard des guérisseurs de manière à ce « qu'ils changent d'attitudes et de discours, et s'engagent à ne plus dire qu'ils guérissent le sida » ainsi que le précisait un membre de Enda. Il s'agit là du discours « public », sanitaire politiquement-correct qui accorde – et accordait bien avant l'accès aux médicaments ARV – une place aux praticiens de la médecine traditionnelle dans ce que l'on nomme, dans le langage santé/développement, « la sensibilisation des populations au problème du sida et la prise en charge et l'accompagnement psychologique ».

12 La Open Society Initiative for West Africa (OSIWA) a été créée en décembre 2000 ; elle fait partie du réseau des 32 fondations autonomes créées et soutenues par George Soros. L'OSIWA étend ses activités dans 18 pays en Afrique de l'Ouest. Son objectif est le soutien à la création des sociétés ouvertes en Afrique de l'Ouest où fonctionnent la démocratie, la bonne gouvernance, la primauté de la loi, le respect des libertés fondamentales et une participation civique générale. Chaque année, OSIWA dépense 10 millions de dollars en subventions accordées pour soutenir des initiatives dans les domaines programmés suivants: droits humains (y compris les droits politiques et économiques des femmes), la démocratie et la gouvernance, les médias et la technologie (notamment les technologies de l'information et de la communication - T.I.C.), les réformes juridiques et la justice en transition, la lutte contre le VIH/sida. (2007) <http://www.osiwa.org/fr/node>

13 cf. Guide de renforcement des capacités des tradipraticiens dans la lutte contre les IST et le VIH/sida, Projet Sida et médecine traditionnelle en Afrique de l'Ouest, 2007, Gestu, Osiwa, 103p.

14 « au sein de l'association, au sein même de Gestu, il y avait des guérisseurs qui disaient guérir le sida. Nous, on interdit aux guérisseurs de dire « on guérit le sida », on peut guérir les symptômes comme la fièvre, la diarrhée et d'autres encore, mais pas le sida ».

CONCLUSION

Dans le présent inventaire nous n'avons abordé que les offres de remèdes et soins traditionnels et néo-traditionnels proposées par des guérisseurs (même si tous ne se reconnaissent pas totalement dans cette expression). Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'ils ne sont pas les seuls à promouvoir ces remèdes et soins, ceux-ci sont également proposés parfois par de simples vendeurs, parfois par des « visiteurs » médicaux, des pharmaciens d'officine, ou même des professionnels de santé travaillant dans le dispositif sanitaire.

Nous avons pu apprécier combien est diversifiée l'offre de remèdes et de soins, et combien sont variables les implications des guérisseurs dans le domaine du sida. Il est intéressant de souligner que cette variabilité n'est en rien liée à l'efficacité thérapeutique des remèdes et des soins proposés. En fait, il apparaît que la question de l'efficacité thérapeutique n'est le plus souvent jamais abordée, pour la simple raison que cette efficacité est implicite, les guérisseurs n'ont en général pas de doute sur l'efficacité de leur remède – y compris, comme cela a été décrit, lorsque des essais thérapeutiques auraient suggéré l'absence d'efficacité. La preuve de l'efficacité thérapeutique est rapportée à travers les témoignages de malades « guéris, sauvés... » sous la forme de récits laudateurs incontestables.

L'affichage, voire la revendication, d'une implication dans le domaine du sida, apparaît clairement lié à des positionnements sociaux et des stratégies de reconnaissance et d'ascension sociale. Schématiquement, l'on peut considérer que les individus qui sont socialement les plus défavorisés et les plus à la marge des dispositifs biomédicaux sont les plus enclins à affirmer traiter et guérir le sida, y compris selon des procédés exclusivement religieux (usages d'eaux lustrales et de versets coranique). A l'opposé, les individus qui bénéficient déjà d'un statut social plus fort et souvent d'une proximité avec des professionnels de santé, expriment plus de réticence à témoigner de leurs activités thérapeutiques à l'égard du sida, et lorsqu'ils le font, ils basent leur pratique sur l'usage de plantes médicinales. Clairement, il apparaît que ces derniers qui connaissent très bien le discours dominant dans les institutions sanitaires biomédicales de dénégation du pouvoir thérapeutiques des médecines traditionnelles, évitent soigneusement toute confrontation directe, et vont alors affirmer ne s'occuper que les « affections opportunistes », voire reprendre à leur compte le discours biomédical et déclarer leur non implication. En parallèle, il est intéressant de noter deux attitudes différentes : 1/ celle de guérisseurs qui tentent d'accroître leur réseaux sociaux et de trouver des appuis dans le secteur sanitaire pour faire valoir leur remèdes et gagner ainsi en prestige social, et 2/ celles d'autres, qui visent le même objectif mais en se situant résolument en dehors du secteur sanitaire, et qui fondent leur prestige sur la contestation de l'ordre médical, au nom d'une revendication de reconnaissance des médecines traditionnelles.

Enfin, la période relativement longue pendant laquelle ont été conduites les observations permet de mettre en évidence quelques évolutions dans le temps qui apparaissent sur trois registres :

- dans la répartition des guérisseurs selon la nature de leurs pratiques thérapeutiques : les guérisseurs proposant des remèdes exclusivement fondés sur des pratiques mystiques (récitation de prière, eaux lustrales...) semblent disparaître au profit de ceux proposant des remèdes à base de plantes, même si une dimension mystique est toujours présente.
- dans la réorganisation ou la réorientation des revendications de guérison : ce phénomène est particulièrement évident dans le cas de la communication de l'ONG Prometra. Aux propos triomphalistes de l'année 2002 sur la découverte du remède miracle, ont succédé en 2008 une réapparition des thèmes de la reconnaissance de la médecine traditionnelle ; « la guérison du sida » n'est plus du tout évoquée. Les responsables de l'ONG ont dû percevoir que leurs allégations concouraient à les discréditer aux regards de bailleurs de fonds internationaux.
- dans la définition des domaines de compétence et d'interventions possibles des guérisseurs : les affirmations de guérison du sida relèvent principalement d'individus isolés (à l'exception de Prometra et Keur Massar). Les associations de guérisseurs, appliquant les directives issues du Ministère de la santé, lui-même les tenant de l'OMS, tentent de contrôler les propos de leur membres, et imposent un discours unifié et sanitaire correct, qui rejette l'éventualité d'une guérison du sida.

6.3. CE N'EST PAS DANS LES VIEILLES MARMITES QU'ON FAIT LA MEILLEURE SOUPE ! PRODUCTION SOCIALE D'UN THERAPEUTE BENINOIS D'UN NOUVEAU GENRE

Emmanuelle Simon

Il existe à Cotonou un éventail assez large de formes novatrices en thérapeutiques traditionnelles. On ne compte plus le nombre de plaques publicitaires sur la voie goudronnée indiquant le carré¹⁵ de tel ou tel « tradipraticien », « guérisseur traditionnel » ou « chercheur en phytothérapie », selon leur propre désignation. Certains d'entre eux se sont établis en « clinique », en « cabinet privé » ou en « pharmacie ». Quelques boutiques jouissent aujourd'hui d'une incontestable renommée dans la capitale du Bénin, voire au niveau national. À partir des années 1990, ces « pharmacies », ces « cliniques », ces « cabinets » connaissent un développement exponentiel qui tranche avec les descriptions habituelles de ces thérapeutes et de leurs pratiques dans la littérature anthropologique francophone.

En effet, il y est presque inlassablement affirmé que ces nouvelles pratiques ne suscitent aucun engouement de la part des malades (Gruénais, 1991 ; Creusat, 2000). De surcroît, les auteurs qui font le constat empirique du foisonnement de ces pratiques au début du XXI^e siècle pondèrent leur propos en présentant ce secteur comme très mouvant, éphémère et doté d'une faible clientèle. Dans un texte sur l'offre de soin informelle dans le district sanitaire de Bafia au Cameroun, Akoto et ses collègues écrivent ainsi, à propos des thérapeutiques traditionnelles :

« C'est peut-être en ville que ce secteur est le plus dynamique, surtout grâce aux « nouvelles médecines » venus de tous les horizons (Nigéria, Inde, astrologie, etc.) [...] Cependant, si ce secteur apparaît comme le plus dynamique, par l'imagination dont leurs représentants font preuve, et par leur multiplication, il ne faut sans doute pas exagérer leur importance en termes de recours thérapeutiques. Le nombre de clients qu'ils reçoivent est souvent très faible » (Akoto *et al.*, 2001).

Les chercheurs rapportent l'émergence de ces nouvelles figures du soin au développement du charlatanisme. Ils affirment que les consommateurs ne sont pas dupes et qu'ils recourent rarement aux services de ces thérapeutes. M. Yla-Boumpoto affirme, par exemple :

« Les "tradipraticiens modernes" c'est-à-dire ceux qui allient marketing, communication (publicité à la radio et enseignes) connaissances acquises et "découvertes personnelles" [semblent] s'attirer la méfiance des populations (...) cependant, s'ils ont pu séduire quelques malades, ils sont moins fréquentés, du fait probablement des tarifs qu'ils pratiquent et peut-être aussi, de leur profil encore mal connu des malades qui savent bien que si les médecins représentant la science font des recherches, les tradipraticiens acquièrent leur savoir par initiation et non par des recherches » (Yla-Boumpoto, 1996 : 38).

La tendance de l'anthropologie africaniste à faire de ces initiatives marchandes des pratiques marginales est à rapporter, entre autres, à la distinction classique entre « hommes de savoir » et spécialistes (barbiers, réducteurs de fractures) ou simples herboristes. Dès sa fondation, l'anthropologie médicale s'est montrée souvent plus curieuse des premiers que des seconds. Certes, les herboristes, les vendeurs de tisanes, les matrones et les professionnels spécialisés (soignants de la lèpre, soignants des enfants, « dentistes », etc.) sont signalés dès les premiers textes anthropologiques consacrés aux pratiques thérapeutiques. Mais l'anthropologie, trop soucieuse de mettre en avant la dimension magico-religieuse des procédés

¹⁵ Forme carrée des concessions ayant donné son nom aux habitations.

thérapeutiques, ne s'arrête pas ou peu sur ces praticiens. Les travaux d'un des fondateurs de notre discipline, Henry E. Sigerist, illustrent cette inclination : il distingue le *medicine man* de l'*herbalist*, et ce dernier l'intéresse peu.

Ce chapitre est consacré à un herboriste, figure de l'ombre de la littérature anthropologique. Il dresse le portrait de V. Agon, responsable de la société Api-Bénin. Or les hommes qui sont les créateurs d'« enseignes » comme « Api-Bénin », « Negro-clinique-pharmacie », ou « idela-herbo » sont souvent inconnus du public, alors que leurs produits vantés sur les ondes sont achetés et connus de tous. Dresser le portrait d'un tel herboriste permet ainsi de lever le voile sur un acteur inconnu de l'espace public dans lequel il joue pourtant un rôle notoire.

HISTOIRE DE VIE

Dans une interview donnée à un journal burkinabé, V. Agon se présente ainsi :

« Originaire du Bénin, praticien de santé (spécialiste de médecine verte) diplômé du Collège de Médecine Douce du Québec et formé à la faculté Calixto Gracia de Cuba, je suis avant tout un cadre gestionnaire diplômé de CIESA-CANADA¹⁶ et chercheur en développement régional, je poursuis mes études pour une expertise en développement durable à Maine en France et une spécialité en pédagogie du changement social et du développement à l'université de Ouagadougou. Je suis le directeur général de API-Bénin International et président de l'ONG Initiatives et Stratégies pour le développement (ISD). » (L'Opinion, 22/03/07)

Ces différentes étiquettes caractérisent un homme aux multiples facettes que la narration de son itinéraire, de son inscription dans le champ thérapeutique puis dans celui du savoir va maintenant permettre d'éclairer.

V. Agon est marié et a trois enfants. Il est né en 1964 d'un père polygame dans un village à proximité de Bohicon. Il est le troisième des cinq enfants « même père, même mère » et le septième des treize enfants de son père. Son père était chef de sa collectivité. Après le décès de son père, il va vivre chez son oncle, le père de celui qui deviendra en 1992 président du Bénin : Nicéphore Soglo.

Alors que sa famille est adepte du *vodun*, V. Agon se convertit au christianisme en 1985 et rejoint le mouvement Union Renaissance de l'Homme en Christ (URHC)¹⁷. Il brûle plusieurs des fétiches de sa maisonnée et de son village. Selon lui, il a toujours été très bon élève jusqu'à ce qu'il éprouve ses premières difficultés en classe de première et finisse par échouer aux épreuves du baccalauréat. Il attribue cet échec au caractère trop prenant de son engagement religieux. Il reste militant du groupe biblique des élèves et étudiants du Bénin, mais prend de la distance avec son église et réussit son baccalauréat en 1988.

Il désire alors entrer à l'université, mais n'en a pas les moyens. Il dit ne rien regretter car 1989 fut l'année de la grande grève de la fonction publique et la plupart des établissements de l'enseignement supérieur furent fermés. Il cherche du travail mais sans succès. Il a l'opportunité de suivre une formation agricole (volailles, production d'oeufs de consommation et culture agricole) de 1990 à 1991 au Centre d'agrobiologie « Songhai » à Porto-Novo¹⁸. Cette formation est financée par une enseignante française retraitée et impliquée dans des œuvres caritatives chrétiennes.

V. Agon cherche alors à reprendre ses études. Il est aidé par la même personne, il s'inscrit en France à l'Ecole Biblique Internationale de la « porte ouverte » à Châlon-sur-Saône. Il explique être encouragé par son entourage qui voit en lui un futur pasteur. Il explique à ce sujet que les membres de sa famille se sont convertis au christianisme à sa suite. Selon ses propos, il arrête ses études à cause de l'enseignement de l'imposition des mains au sein de cette école :

¹⁶ Centre International d'Etudes Supérieures Appliquées à Laval, Québec.

¹⁷ Il s'agit d'une église créée en 1973 par des membres du Christianisme Céleste convertis au protestantisme évangélique (Corten et Mary, 2000). Le Christianisme Céleste a été fondé en 1944 suite à une vision de S. B. J. Oshoffa sur une plage de Porto Novo.

¹⁸ Centre d'agrobiologie fondé par le Prêtre dominicain Nzamujo : http://www.songhai.org/songhai_fr/

« Il y avait un américain pentecôtiste qui était arrivé à l'école. Et qui a prêché deux week-end et j'étais énervé par ses prêches. Parce que en imposant les mains, il disait « cédez-vous », « ne résistez pas », « permettez que l'esprit vous habite », « vous devez immoler votre raison ». Mais « votre raison c'est votre dernière barrière, si vous cédez votre raison, votre mental, votre capacité d'analyse, de remettre en question, c'est fini pour vous, vous devenez un sous-homme » « vous n'êtes plus un homme ».

Il évoque aussi une seconde expérience qui l'aurait conforté dans son choix. Un ami suisse qui aurait reçu l'Esprit Saint lors de l'imposition des mains avait finalement découvert qu'il s'agissait d'un « démon ». Selon lui, c'était une « expérience surnaturelle diabolique », passée sous couvert d'expérience chrétienne. Il fait alors le parallèle entre cette foi chrétienne et le *vodun* de son pays d'origine : « Alors ce que j'avais vécu au Bénin, ce contre quoi j'ai combattu, je vivais encore ça là ! ». En quête d'une expérience religieuse répondant à ses aspirations, il s'inscrit en licence de théologie à l'université théologique d'Aix-en-Provence. Il explique : « Ce sont des protestants réformés, parce que là c'est totalement protestant, il n'y a rien de bizarre, de spirituel gauchiste »¹⁹. Il s'inscrit parallèlement à la faculté de lettres dans la section « langues anciennes » pour étudier le grec, une langue biblique. Il avait pour projet d'enseigner de retour au Bénin dans la Faculté de Théologie que, selon lui, l'association des églises évangéliques projetait de créer au Bénin. Il ne fréquente finalement pas les cours, pensant qu'il pourrait s'inscrire par correspondance avant son retour au Bénin. Il choisit plutôt de suivre un stage en apiculture en Bresse et une formation paramédicale au Centre de Liaison des Equipes de Recherches Amour et Famille (CLER) à Paris pour être moniteur conjugal.

De retour au Bénin en 1994, il explique avoir dû renoncer à ses études théologiques « car il faut vivre, il faut trouver de l'argent pour lutter ». Il devient d'abord journaliste. Il fonde un bulletin nommé l'Avertisseur (quatre numéros publiés durant un an). Il décrit son expérience du journalisme comme une forme de « littérature de combat », « le temps des règlements de compte avec les formes de démesures que j'avais vécues plus jeune au Bénin et à l'institut de théologie en France ». Il explique notamment être allé devant le tribunal pour dénoncer les agissements de l'URHC au Bénin. Il finance le bulletin sur fonds propres. Après épuisement de ses ressources, V. Agon se tourne vers une activité plus rémunératrice. Il fonde alors le Centre d'Action Biblique et Social (CABPS). Dans ce cadre, il met en place un élevage de pintades et s'établit en parallèle comme conseiller en régulation naturelle des naissances.

En 1996, il est victime de vol et de vandalisme. L'ensemble de son investissement dans l'élevage de pintade est perdu. Il décide alors de tirer profit de son stage en apiculture considérant non sans humour que les abeilles contrairement aux pintades sont plus difficiles à voler ! En 1997, afin de mener à bien sa reconversion, il suit une seconde formation en apiculture en Belgique : apiculture générale, tropicale et subtropicale avec spécialisation en insémination artificielle des reines d'abeilles et en « apithérapie » (traitement des maladies avec les produits fabriqués par les abeilles). Et avec un ami, il crée l'ONG « Api-Bénin ». Son collaborateur a un Diplôme d'Université (DU) de pharmacologie à l'université de Montpellier I. Il est auteur de deux ouvrages parus aux éditions Songai : *La santé animale avec les plantes* et *Guide pratique de la pharmacopée*. Selon V. Agon, leur intérêt pour la pharmacopée locale était présent dès le démarrage de leur activité en apiculture. V. Agon explique délaisser alors le secteur « religieux » pour celui du « développement ».

En 1999, leur ONG connaît un échec en n'obtenant pas les financements escomptés de l'Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP). D'après V. Agon, ce fut un véritable coup de fouet dans le démarrage de son activité entrepreneuriale. Il explique avoir compris qu'il était important d'être indépendant et de ne compter que sur les ressources locales plutôt que d'attendre de l'aide de l'extérieur. V. Agon poursuit depuis lors sa quête de formations supérieures dans le domaine du développement, d'une part, et de la santé, d'autre part²⁰.

¹⁹ Il fait référence au « réveil charismatique » de l'Eglise catholique qui a été impulsé en partie par de jeunes membres de la communauté présentant une sensibilité politique de « gauche ».

²⁰ En 1998, il s'était aussi inscrit à une formation à distance en agronomie tropicale en Belgique pour renforcer ses capacités en agronomie.

En 2002, il suit un stage en « médecine verte » à la Faculté de Médecine Calixto Gracia à la Havane (Cuba). Il s'inscrit ensuite au Collège de Médecine Douce du Québec (CMDQ) qui dispense ses enseignements par correspondance. Il obtient un diplôme de praticien de santé²¹. Il suit aussi un Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées (DESS) de gestion des micro-entreprises au Centre International d'Études Supérieures Appliquées à Laval (Canada). Entre 2003 et 2005, il suit une licence en Développement et Éducation des Adultes (DEDA) au Burkina. En 2007, il poursuit en master DEDA option « Pédagogie du changement social et du développement ». En parallèle, il s'inscrit par correspondance au Master de Sciences humaines et Sociales, option « Géographie et développement durable », de l'université de Maine. V. Agon envisageait en 2006 de s'inscrire en thèse de doctorat sur la thématique du développement, et ce projet était toujours d'actualité début 2008. Enfin, il crée un cabinet « d'expertise en stratégie du développement » nommé « Démarche Conscientisante pour le Développement de l'Afrique » (DECODA).

PRIER, SOIGNER ET ENTREPRENDRE

Ce parcours professionnel sinueux ne peut être pleinement compris sans en présenter d'abord le contexte. Jusqu'au milieu des années 1980, le Bénin menait une politique de recrutement systématique des jeunes diplômés de l'université. 1985 marque la fin de cette politique, accompagnée du début des privatisations des entreprises publiques. Les bourses d'études se raréfient. En 1987, la « classe intellectuelle » voit ses revenus diminuer de moitié. Enfin en 1989, les universités sont paralysées par une longue grève. Malgré un contexte défavorable, on perçoit dans le parcours de V. Agon un désir ardent et constant d'accession à l'éducation, doublé de celui de réussite professionnelle. Son orientation vers la pharmacopée (d'abord dans le cadre d'une ONG puis dans celui de l'entreprise privée) est relativement classique. Différents observateurs ont pu souligner combien dans un contexte de paupérisation importante, la vente de « feuilles » ou de « remèdes » reste un secteur relativement rémunérateur dans les grandes villes africaines (Le Marcis, 2004 et Xaba, 2002 pour l'Afrique du Sud)²² attirant notamment les jeunes lettrés (Simon, 2004).

Cet itinéraire singulier rappelle ce que l'anthropologue Joseph Tonda²³ dénommait les « nouveaux prophètes » pour caractériser ceux que nous désignons ici par « thérapeutes néo-traditionnels »²⁴ (Tonda, 2001, 2002). L'engagement religieux et les études de théologie de V. Agon en font une figure idéale du « nouveau prophète » : conversion à une église néo-traditionnelle chrétienne, destruction des figures du *vodun* dans son village, activisme pour une forme de standardisation des cultes, puis prise de position pour un désenchantement religieux et une rationalisation des cultes, accent mis sur le livre avec la volonté d'apprendre une langue biblique. Joseph Tonda estime qu'un parallèle fructueux peut être fait entre les prophètes des églises néo-traditionnelles et les nouveaux thérapeutes. Les « nouveaux prophètes » comme les « anciens » sont présentés comme étant des individus marqués par la précarité et la dépréciation identitaire (manque de reconnaissance à l'intérieur de la société contemporaine). En développant des pratiques originales, novatrices dans les secteurs de la religion ou de la thérapeutique, ils s'inventent une identité valorisante en rupture avec l'identité médiocre qu'ils se voient attribuer par les grandes institutions :

²¹ Le CMDQ définit le praticien de santé comme suit : « Le Praticien de la Santé possède une formation générale au niveau éducatif, préventif et curatif. Ses connaissances dans ces disciplines lui confèrent la compétence pour effectuer un bilan de santé sur plusieurs niveaux tels que la nutrition, l'hygiène vitale et environnementale, l'éducation à la santé, etc. Il est en mesure d'appliquer un traitement au niveau de tous les problèmes fonctionnels, et sait utiliser plusieurs méthodes thérapeutiques. » <http://www.cmdq.com/formation/programmes/praticien-sante.html> (consulté le 10/01/08).

²² D'autres appellent, pour doper l'économie locale, au développement industriel de ce secteur sur le modèle asiatique (Muhammad et Awaisu, 2008).

²³ Voir aussi son chapitre dans cet ouvrage.

²⁴ Dans l'un des premiers usages africanistes (à ma connaissance) du terme de « médecines néo-traditionnelles », J.P. Dozon touchait aussi du doigt la connexion entre prophétisme et thérapeutiques néo-traditionnelles : « Il existe en Côte d'Ivoire [...] des médecines qu'on nomme, avec plus ou moins de justesse, 'néo-traditionnelles [...] Celle-ci sont le fait de personnages ou d'institutions qui, tout en perpétuant nombre de fonctions des médecines traditionnelles, s'efforcent de les contester ou les dépasser en empruntant aux religions révélées, le plus souvent au christianisme, parfois à l'islam. Contemporaines des colonisations, ces médecines qui ressortissent plus largement à des syncrétismes religieux, n'ont cessé aujourd'hui de proliférer », « s'il arrive à ces syncrétismes de recourir également au discours de la science, c'est au sein des médecines traditionnelles, parmi les guérisseurs, qui se veulent ainsi à leur manière néo-traditionnels, que l'on trouve nombres d'emprunts au langage et à l'organisation de la biomédecine » (Dozon, 1996 : 232).

Eglise, Etat, Hôpitaux, Armée. On retrouve, dans les discours et les pratiques de V. Agon, le « syndrome du prophète » défini par Tonda (2001), qui définit les êtres en quête continue de reconnaissance sociale.

La consommation presque boulimique de diplômes de V. Agon répond certainement à la frustration d'un homme ayant dû abandonner une scolarité plutôt brillante, éprouvant aujourd'hui le besoin d'acquérir un statut social reconnu. Initialement confronté à une précarité économique (manque de moyens pour étudier, difficulté à trouver du travail, destruction de son premier investissement) et identitaire (originaire d'une communauté villageoise traditionaliste), V. Agon connaît ensuite une véritable ascension sociale. Il se construit une nouvelle identité en faisant allégeance à certaines valeurs de la société contemporaine : le livre (conversion à une religion du livre), l'écriture (accent mis sur les études) et le capitalisme (création d'une entreprise, conseiller en développement). Loin de participer à un renouveau des traditions, V. Agon est résolument ancré dans la modernité. Sa légitimité dans le secteur des thérapeutiques traditionnelles ne provient pas d'un savoir hérité ou de son appartenance à une communauté particulière. Il entre au collège dans les années 1980 et défend depuis lors l'importance de l'école dans l'acquisition du savoir. Issu d'une famille traditionaliste, seul un frère et lui sont envoyés à l'école après consultation du *Fa* (instrument divinatoire). Au Lycée, pendant trois ans, V. Agon explique qu'il fut président du groupe pharmacopée du collège de Bohicon. Il fait remonter à cette époque son intérêt pour la pharmacopée. Il explique, par ailleurs, avoir été élu président de manière collégiale, sa connaissance pratique des plantes ayant été éprouvée lors d'une sortie effectuée en brousse avec sa classe. Il évoque à ce propos une transmission de connaissances par filiation, de père en fils. Son père disposait de connaissances populaires sur les plantes du fait de sa position de chef de collectivité mais n'en faisait pas une activité « professionnelle ». La transmission de connaissances ne s'est pas faite par apprentissage (observation, répétition et mémorisation) ; elle ne fut pas orale mais écrite. Son père avait acquis des notions d'écriture lorsqu'il avait été enrôlé durant la seconde guerre mondiale. Il avait consigné par écrit, par la suite, ses connaissances sur la pharmacopée. V. Agon explique à ce sujet : « Je n'ai jamais regretté d'avoir brûlé les fétiches, j'ai regretté d'avoir brûlé mes livres, ce que mon papa m'a transmis comme son savoir, c'est difficilement que je me rappelle (...) Même la recette pour le paludisme, c'est ce que mon papa m'avait dit, mais j'ai tout brûlé, c'est vingt ans après que je me suis souvenu de ça ». Le travail de mémoire (central dans la transmission orale des savoirs) est vécu par V. Agon comme une difficulté qui aurait pu lui être épargnée si il avait conservé les textes. Par la suite, il fait différentes formations professionnalisantes et accumule de nombreux diplômes permettant d'asseoir sa légitimité dans un faisceau de secteurs autour de son engagement dans la pharmacopée, dont l'agriculture, la santé et le développement.

Mis à part la modeste transmission paternelle de connaissances relatives aux savoirs thérapeutiques populaires dont V. Agon a bénéficié, l'absence d'une légitimité proprement établie dans ce domaine a incité cet homme à faire appel aux médias pour obtenir sa renommée. Sa société est aujourd'hui bien connue des béninois car elle a développé très tôt une campagne publicitaire importante sur différentes ondes radiophoniques (en français et en langues locales) et sur au moins une chaîne télévisée. D'abord constituée comme ONG en 1996, Api-Bénin est récemment devenue une entreprise lucrative de vente de tisanes, de savons, de sirops à base de plantes et de miel. Son siège est à Bohicon et dispose de 56 antennes sur l'ensemble du territoire et de 6 représentations dans les pays limitrophes. Selon V. Agon, Api-Bénin comptait une dizaine d'employés en 1996 contre 110 en 2007. Chaque antenne est sommairement équipée : des étagères sur lesquelles sont exposés les produits, un bureau aux murs nus et une chaise pour le vendeur responsable du lieu. Le catalogue est relativement réduit (une quinzaine de produits) et les prix varient de 500 FCFA à 10.000 FCFA. Contrairement à une partie des « officines » de ce type, Api-Bénin ne peut être considérée comme une petite entreprise artisanale et/ou familiale²⁵. Ses dirigeants cherchent clairement à s'imposer dans le champ économique local (souci du prix des matières premières, de la maîtrise des technologies, de l'offre et de la demande, de la diffusion des produits, etc.) et international (exportation, création d'antennes à l'étranger). V. Agon, en collaboration avec un laboratoire français, a l'ambition d'extraire le principe actif de son produit afin d'effectuer la production industrielle de la molécule pour

²⁵ Nous sommes toutefois loin des performances économiques des firmes pharmaceutiques spécialisées dans le secteur des produits « néo-traditionnels » en Asie (Banerjee, 2002, 2005, Bode, 2002).

l'exportation. Les savoirs sur la pharmacopée sortent des espaces restreints et localisés et se transforment potentiellement en marchandise nationale ou internationale.

Devenu entrepreneur à la tête d'une structure lucrative, V. Agon dispose désormais d'un statut social envié qui lui assure un certain crédit auprès de sa clientèle. Ceux qui n'ont jamais rencontré V. Agon, supposent que le responsable d'une « officine » en pharmacopée avec une telle visibilité médiatique doit être guérisseur. Ceux qui le connaissent le dénomment plutôt « DG », selon l'acronyme qui désigne la fonction de Directeur Général. Ces personnes disent ignorer s'il est thérapeute, mais soulignent la relation privilégiée qu'elles ont pu nouer avec lui. Elles insistent notamment sur l'écoute et l'aide substantielle (par don de produits ou aide financière) que V. Agon a apportées à certains. Le directeur d'Api-Bénin explique, en effet, qu'il a tenu à rendre service à ses patients en les aidant à développer des activités génératrices de revenus. Le fait qu'il soit devenu entrepreneur lui permet de redistribuer ce qu'il gagne à autrui. Ces observations m'amènent à formuler une explication supplémentaire de la réserve des anthropologues exprimée face à ces nouveaux acteurs thérapeutiques. Cette attitude provient sans doute d'une interprétation ethno-centrée de la vente de *materia medica*. Dans le contexte français, par exemple, la profession médicale de pharmacien se distingue de l'activité de commerçant à partir de différents critères. L'avènement des spécialités a mis à mal la profession : face au recul de l'activité de préparation, seul le développement de la pharmacie clinique (accent mis sur les conseils donnés par le pharmacien) a redonné un sens à la *profession* de pharmacien (Aïach, 1994). Dans le contexte béninois, la perception positive que les malades ont de ces tenanciers d'« officines » en pharmacopée n'est pas remise en cause par la dimension économique de leur activité comme cela a pu l'être en France dans le cas des pharmacies conventionnelles. Dans les « officines » d'Api-Bénin, les échanges entre le client et le responsable des lieux ne se limitent pas à la vente des produits et incluent aussi consultations et conseils. Toutefois, les clients peuvent acheter leurs produits sans autre forme de procès. Par contre, la préparation des traitements est toujours au cœur de l'activité des thérapeutes ayant créé leur « officine ». Et en tant que préparateurs de traitements, ils sont perçus comme rassurants par leur clientèle du fait de leur capital scolaire et de leurs discours rationnels (vs magiques) sur la « feuille ». S'appuyant sur les efforts réalisés pour répondre aux recommandations du Ministère de la santé publique concernant les « médicaments traditionnels améliorés » – portant sur l'identification des plantes, les méthodes de transformations (poudre, calcinat, huile, etc.), le dosage, la toxicité ou encore les conditions d'hygiène et de conservation –, ces nouveaux thérapeutes se présentent et sont perçus par leurs clients comme des « chercheurs » d'un nouveau genre. Un inventaire des papillons publicitaires et des cartes de visite de ces acteurs réalisé en 2000 par mes soins, avait montré que les occurrences « chercheur » « chercheur en sciences botaniques » « pharmacologues » « laboratoires » étaient récurrentes. L'anthropologie s'est attachée à décrire la façon dont les thérapeutes traditionnels contemporains se parent des atours des médecins (blouses blanches, stéthoscope, tensiomètre, etc.), afin de détourner à leur propre compte le prestige de ces acteurs. Rien de tel chez V. Agon. « L'habit qu'il endosse », ou plutôt les outils qu'il emprunte, ne sont pas ceux du praticien, mais ceux du chercheur.

À la manière de bien d'autres thérapeutes néo-traditionnels, il se soucie aussi des droits de propriété intellectuelle relatifs à ses « inventions ». V. Agon a de grandes ambitions en ce domaine. Il dispose à l'heure actuelle de deux brevets enregistrés auprès de l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (AOPI), du Sud African Patent et de l'African Regional Intellectual Property Organization (ARIPO) et a déposé vingt demandes supplémentaires début 2008²⁶. Les gouvernements locaux sont ambivalents – entre soutien (Dozon, 2001) et ignorance – face à ces « inventeurs »²⁷ qui assurent la promotion des savoirs locaux²⁸. Le gouvernement béninois a ainsi interdit à V. Agon de poursuivre sa campagne publicitaire sur

²⁶ <http://www.pourquoilesetatsunisdafrique.net/topic/index.html>, consulté le 15/02/08.

²⁷ Voir dans ce rapport le chapitre de Lainé et Bonnet consacré à un autre « inventeur » béninois.

²⁸ Cette ambiguïté se retrouve dans la littérature anthropologique. Les promoteurs de traitements néo-traditionnels du sida furent présentés par certains chercheurs comme les charlatans des temps modernes se bricolant une légitimité biomédicale et médiatique (Bourdarias, 1996). À l'inverse, les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles, entendues comme des initiatives soucieuses de faire respecter des pratiques locales, se sont vues soutenir par nombre d'anthropologues critiquant le caractère normatif de la biomédecine et la globalisation de ses modèles. V. Faure, par exemple, prend le parti de l'implication des thérapeutes dans la prise en charge du VIH afin de leur redonner une dignité (Faure, 2003). Certes, elle avance que les abus et les dérives dans ce secteur sont d'autant plus importants que les tradipraticiens sont nombreux. Mais c'est aussi leur nombre considérable qui amène souvent les

l'Api-Sida, médicament présenté par la société Api-Bénin comme alternative locale aux antirétroviraux²⁹. L'engagement de V. Agon dans la prise en charge thérapeutique du sida est une dimension de sa pratique vivement critiquée, non seulement par les représentants de l'Etat travaillant dans le secteur de la santé publique (qui toutefois tolèrent son activité), mais aussi par les professionnels médicaux et paramédicaux. Les personnes séropositives réunies en association sont certainement les plus virulentes lorsqu'il s'agit d'évoquer l'Api-sida et ses effets³⁰. En revanche, la popularité de ce dernier auprès du grand public, construite en particulier autour de l'image positive du « chercheur », se résume dans le fait que V. Agon se soit vu attribuer en 2007 le prix OAPI du *public* au salon africain d'invention et d'innovation pour « l'Apivirine inhibitrice de l'infection au VIH/sida et Api-palu un antipaludéen » (l'Apivirine étant définie comme le principe actif de son traitement : Api-Sida). Fort de son statut d'« inventeur », il explique aujourd'hui sa démarche comme une manière d'affirmer avec force que les Africains ne doivent pas avoir honte de leur continent mais seulement comprendre qu'ils en exploitent mal les richesses.

LA NOUVELLE « MEDECINE VERTE »

Avec la mondialisation sanitaire, de nouvelles pratiques se sont greffées sur le continent africain : homéopathie, réflexothérapie, massage chinois, etc. En l'espace de cinq à six ans, de nombreuses boutiques spécialisées dans le secteur des thérapies « alternatives » sont apparues à Cotonou. De multiples produits d'importation issus de ce secteur, soulignant leur ancrage dans une tradition locale « oubliée » ou lointaine, se sont joints aux produits locaux (Le Marcis, 2004). Cette tendance est prise en compte par les praticiens béninois qui s'adaptent aux désirs de leurs clients (Simon, 2004).

Lorsqu'il qualifie sa pratique, V. Agon se présente comment étant un « naturopathe », praticien de « médecine africaine », de « médecine avec les plantes », de « médecine douce » ou de « médecine verte ». Pour lui, le « naturopathe » s'oppose au thérapeute traditionnel :

« Je refuse l'étiquette tradipraticien (...) L'appellation tradipraticien, c'est une étiquette maladroite collée à la médecine dite africaine, (...) si on fait quelque chose de traditionnel, c'est ce qui est fétiche, passé, [...] c'est une relique. (...) Ce qui ne connaît pas de modernisme, ce qui ne connaît pas de changement est mauvais, quelque chose d'immobile (...) vétuste, moi ma médecine a ses racines dans la modernité. Elle est moderne, elle n'est pas traditionnelle. Je ne fais rien de traditionnel ».

Il déclare aussi dans la presse : « Je précise que je rejette la connotation de médecine traditionnelle. Il faut savoir qu'il y a une très grande différence entre ce que vous appelez médecine traditionnelle et la médecine verte » (*L'Opinion*, n°454 du 21 au 27 juin 2006).

V. Agon donne une série de synonymes du terme « traditionnel » qui renvoient tous à un caractère archaïque. Dans le domaine de la pharmacopée, il oppose à la pratique traditionnelle (« sans aucune norme, aucune référence » « utilisation brute sans dosage, sans repère et sans une connaissance vraiment scientifique des choses... Il n'y a pas un savoir relatif à la qualité de principe, à la nature de principe ») une pratique quantifiée et rationalisée dont il se prévaut. Il pense pourtant que l'héritage thérapeutique du Bénin porte en lui les moyens d'améliorer la biomédecine en fournissant de nouveaux médicaments.

« La médecine moderne d'aujourd'hui était partie de la médecine avec les plantes, et jusqu'à 1800, c'était toujours les plantes que les médecins prescrivait, à cause de la révolution qui est arrivée et on a quitté les plantes pour les produits de synthèse. (...) Nos parents existaient avant que les

anthropologues à prendre parti pour leur implication dans la lutte contre le VIH se faisant parfois l'écho d'allégation non vérifiées (telle l'efficacité du *Sutherlandia* ou l'*African Potetoe*) (Leclerc-Madahala, 2002).

²⁹ Les ARV sont disponibles gratuitement au Bénin depuis 2003 avec un ensemble de traitements et d'analyses biologiques définis dans le « paquet minimum » de soins.

³⁰ De nombreuses enquêtes ont été menées auprès des personnes vivant avec le VIH ayant consommé dans le passé de l'Api-sida (un cas seulement de personne rencontrée consommant le produit au moment de l'enquête) ainsi qu'auprès de membres d'associations sur leur perception et vécu du produit. Les modalités d'adhésion ou non-adhésion aux traitements néo-traditionnels et leurs interactions avec la prise en charge biomédicale ont été présentés ailleurs (Simon *et al.*, 2007, Hardon *et al.*, 2008).

Blancs n'arrivent. Nous avons abandonné toutes les pratiques anciennes, parce que celles modernes sont arrivées. C'est très bien ! Je salue la médecine classique, moderne et tous les exploits réalisés. Mais, deuxièmement, aujourd'hui en Europe, les gens ont recours aux plantes parce que les produits classiques, modernes ont échoué et échouent davantage. (...) La plupart des gens se retournent vers les plantes parce que les résistances développées par les gènes pathogènes contre les produits de synthèse obligent maintenant à utiliser les ressources végétales... (...) Avec les plantes, c'est toujours efficace parce que la plante varie en composition moléculaire à tout moment. Le matin, elle a une composition, à 10h une autre, à 12h une autre encore, etc. Il y a tellement de variations qu'aucun microbe ne peut reconnaître [la substance, et] à plus forte raison résister ».

On retrouve un discours équivalent chez les praticiens des « thérapeutiques alternatives »³¹ en Occident, lesquels recherchent « un anti-modèle [de la médecine] qui ne serait plus en 'retard', mais 'en avance' » (Laplantine, Rabeyron, 1987, p. 35). V. Agon évoque ainsi les maladies iatrogènes et les infections nosocomiales (notamment à propos des vaccins qui pourraient induire des maladies). Il se sent tout autant concerné par les problèmes de résistances aux médicaments :

« Je prends la pénicilline qui au départ était 100% efficace, ensuite 50%, 30% et maintenant efficace sur moins de 10% (...) Prenez la nivaquine : dans les années 1975-1976, si nous avons un palu, automatiquement on prend la nivaquine. Aujourd'hui, tu prends la nivaquine contre le palu, c'est comme si tu n'as rien pris. La nivaquine est devenue le 'bonbon' du paludisme. Quand vous êtes malades et vous prenez la nivaquine, les plasmodiums sont heureux de patauger dans votre sang... »

V. Agon reproche également à la biomédecine son manque d'approche holistique de la pathologie et du malade (« Nous ne sommes pas habilités à poser un diagnostic, c'est une approche tout à fait différente, nous écoutons le malade »). Il dénonce aussi des dérives des essais cliniques menés au Sud. Il critique par exemple l'essai fort controversé mené avec des prostituées afin de tester l'efficacité du Tenofovir® en prévention de la transmission du VIH (« Ils ont fait des choses sur des Africains, ils ont tenté des choses sur des prostituées en Afrique. » « des prostituées en Afrique. On a appris ça ; on a appris ça sur Internet. Il y a des bavures commises »). Il évoque ailleurs une affaire d'essai mené avec des enfants au Nigeria, qui rappelle l'affaire du Trovan (« Au Nigeria aussi, sur des enfants » « On prépare des choses en Europe là-bas qui n'ont jamais été essayé » « Les africains sont des cobayes et on va essayer ça »).

Les « thérapeutiques alternatives » et les « thérapeutiques néo-traditionnelles », ont en commun de faire l'objet d'un déni de reconnaissance par la biomédecine. Les critiques que les praticiens et les entrepreneurs de ces thérapeutiques formulent au sujet de la biomédecine permettent de « renverser » un rapport de pouvoir inégalitaire. Ils présentent leurs pratiques comme étant des alternatives à la biomédecine et affirment en conséquence être implicitement du « bon côté ».

Il est intéressant sur ce point de s'arrêter sur le rôle ambigu que les thérapeutes néo-traditionnels font jouer aux acteurs des thérapeutiques alternatives. Ils font ensemble front contre la biomédecine. Mais les thérapies alternatives, porteuses de modèles concurrents, s'offrent aussi en connecteurs « inattendus » avec la biomédecine. Les « thérapeutiques alternatives » sont également un autre aspect de la mondialisation sanitaire et de l'avènement des concepts de « santé pour tous » et de « bien-être » (Simon, à paraître). Il n'est alors guère étonnant que V. Agon, à l'instar de bien d'autres acteurs des thérapeutiques néo-traditionnelles, les envisage aussi comme fournissant un pont, d'une part, vers les connaissances produites par les sciences biomédicales et d'autre part, vers leurs outils et leurs méthodes. Sa formation est explicitement tournée vers la « médecine douce » (Cuba ou UQAM), mais il explique cependant : « Bon,

³¹ Refusant toute réification, la définition retenue du secteur alternatif des soins procède de la même logique que celle utilisée pour les thérapeutiques néo-traditionnelles. Le contenu sémantique du qualificatif « alternatif » est différent de celui présent dans la catégorie utilisée par les organisations internationales de santé (OMS, Union européenne, etc.) : « Complementary and Alternative Medicine ». Ici, l'adjectif renvoie à une caractéristique intrinsèque des pratiques (qui se développent en complément à la biomédecine ou en alternative à cette dernière). Dans la définition retenue, « Alternatif » est plutôt entendu comme relatif au contexte social d'inscription et renvoie à la contre-culture occidentale des années 70-80 (dite alternative).

dans ce milieu, il faut maîtriser le langage médical. Alors je suis allé me former à Cuba ». Dans le cas du sida (maladie, examens et traitements), il manipule plus ou moins aisément les termes suivants : ARN viral, transcriptase inverse, enzyme protéase (« ce ne sont pas des enzymes mais des protéines, avec une activité enzymatique »), « l'enzyme qu'on appelle 'intégrase' » (en référence aux inhibiteurs d'intégrase), micro protéine CD4, transcription inverse (de l'ARN en ADN), ADN pro viral, bourgeonnement du virus, virion, T4, les immunoglobules (l'immunoglobuline en français) que « nous appelons dans le langage courant les anticorps », mutations, test de sérologie et de recherche d'anticorps, charge virale, vacances thérapeutiques, giga-thérapie, etc. Il explique aussi qu'il a pu apprendre au cours de sa formation à Cuba à maîtriser les outils scientifiques de la pharmacologie permettant de passer de la plante au médicament.

Tout en critiquant la biomédecine, V. Agon, comme tant d'autres, contribue activement à la médicalisation des sociétés en participant à la diffusion de discours, savoirs et techniques biomédicaux. Francine Saillant avait fait une remarque similaire à propos des thérapies alternatives en Europe et en Amérique du Nord, en montrant qu'elles contribuaient paradoxalement à la biomédicalisation des sociétés « en introduisant le champ thérapeutique dans la plupart des sphères du quotidien, et ce, malgré que les animateurs de ce mouvement considèrent plutôt leurs pratiques comme des moyens de se libérer de la tutelle médicale » (Saillant, 1987 : 21). Les thérapeutes néo-traditionnels, en investissant les champs du « bien-être » et de la « cosmétique », semblent suivre le même chemin. Non seulement ils contribuent à l'élargissement du champ thérapeutique, mais ils n'hésitent pas à s'emparer des savoirs et techniques de la science biomédicale.

LES EPREUVES DE LA MEDECINE DES PREUVES

V. Agon entretient une certaine familiarité avec le secteur de la recherche, qui s'est construite au gré des expériences accumulées mais qui ne relève pas de l'habitus du chercheur clinique (intégration des codes, des valeurs et des pratiques de la profession). Il développe une pratique de la « recherche » qui pourrait être qualifiée de syncrétique, articulant savoirs populaires et savoirs scientifiques (Mary, 2000). Pour mettre au point son traitement Api-Sida, V. Agon a conduit depuis 1999 des recherches biochimiques (chénotype de la plante, extractions du principe actif) et cliniques. Il a également mené depuis cette période différentes séries d'expérimentations sur les animaux (modèle animal utilisant des cobayes auxquels il aurait inoculé le virus à l'aide de sang infecté) et les humains (suivi de patients à son officine, suivi d'un petit groupe de patients dans un hôpital de zone et deux essais thérapeutiques interrompus en cours de réalisation, le premier au Burkina en 2004 et le second au Bénin en 2007). Le protocole d'essai thérapeutique utilisé prévoyait un suivi de cohorte sans groupe témoin de 35 patients VIH 1 avec CD4 inférieur à 300 et charge virale au dessus de 30 000 copies. Un suivi bimensuel devait être assuré durant un an. Les paramètres retenus étaient le poids, la taille, le tour de hanches, la tension artérielle, les « signes cliniques » et la charge virale. Une fiche de recueil des effets secondaires était fournie aux patients³².

À l'instar de nombreux thérapeutes rencontrés lors de l'enquête, V. Agon entend contrôler l'ensemble du processus d'expérimentation de ses produits. Or il est concevable qu'un jeune praticien de « médecine verte » béninois ne dispose pas des possibilités matérielles (technologie, fonds nécessaires, ressources humaines) et de l'encadrement éthique nécessaires à la mise en place d'expérimentations humaines acceptables. V. Agon explique l'arrêt de son expérimentation au Bénin par des raisons économiques. Le Professeur en charge de l'expérimentation à Parakou évoque, lui, une présence en pointillé des malades recrutés à Cotonou en raison du long du trajet de 500 km à parcourir pour réaliser les suivis et les analyses médicales. La question de l'expertise de V. Agon se pose aussi. Sans doute en partie conscient des limites de ses compétences, il cherche à pallier ce handicap en développant des partenariats. Il n'est pas, à ma connaissance, en lien avec les différents réseaux continentaux (tous anglophones) de pharmacologues et de médecins qui s'intéressent aux savoirs traditionnels (Wannpress, Gifts, Theta) et qui produisent des travaux

³² Cette section sur l'expérimentation est basée sur des entretiens avec V. Agon complétés par des entretiens et des documents (en particulier le protocole d'essai clinique sur le produit Apivirine) fournis par d'autres personnes impliquées dans ces expérimentations.

publiés dans des revues spécialisées (*Journal of ethnopharmacology* et *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*). Il a par contre collaboré avec des chercheurs en pharmacie ou en médecine au Bénin et en France : recherche d'information, de formation, d'orientation et positionnement. V. Agon se positionne également en tant que promoteur de la recherche, en particulier lorsqu'il rémunère des laboratoires pour extraire le principe actif de son produit ou lorsqu'il tente de mettre en place ses essais thérapeutiques. Ces situations conduisent à une forme de « bricolage scientifique » qui s'agence mal avec les logiques de planification de la recherche clinique. Au gré des occasions, des compétences rencontrées et des entrées d'argent, V. Agon met en œuvre des tests *in vitro*, des tests *in vivo* ou des expérimentations humaines sans que puisse être suivie cependant une progression caractéristique de l'expérimentation clinique (des études toxicologiques préliminaires aux essais thérapeutiques de phase).

Par ailleurs, ses relations avec les chercheurs français sont ambivalentes et il explique avoir dû cesser de collaborer avec certains d'entre eux car il n'avait pas encore déposé de brevets à cette époque. Il fut d'ailleurs très difficile d'obtenir de V. Agon des informations sur le déroulement, les méthodes et les résultats de ses recherches³³. Il était trop inquiet d'une éventuelle malveillance (biopiraterie, pillage de connaissances) de ma part³⁴. V. Agon refuse de publier car il voit en la science moderne une forme d'impérialisme colonial. Selon lui, le savoir des chercheurs africains est mal protégé et ils ne bénéficient pas, en cas d'exploitation de ce savoir, de retombées économiques : « Si je publie, ils vont tout me prendre et ils vont aller plus loin avec, c'est autorisé en science ».

V. Agon se méfie aussi de certain média :

« Le journaliste de la radio RFI a choisi de ne même pas s'approcher de mon stand (...) Encore plus grave, la journaliste de la radio Africa n°1, une femme européenne, s'est donnée la mission de m'écouter mais de s'éloigner bien loin de moi et n'a même jamais cherché à m'interviewer, j'ai compris tout cela, je fais partie d'un peuple mineur, non inventif, incapable de réfléchir ». (Extrait de www.pourquoiletatsunisdafrique.net, consulté le 10/07/08).

V. Agon préfère cependant le mode déclaratif des média à l'article scientifique³⁵. Les publications décrivant ses activités proviennent de la presse ou consistent en des citations de ses propres travaux en sciences sociales appliquées au développement (voir www.pourquoiletatsunisdafrique.net). V. Agon s'appuie sur les documents publiés par des organisations internationales (OMS, ONUSIDA, etc.) ou accessibles sur Internet lorsqu'il cite la littérature à caractère scientifique. Ses connaissances fouillées des maladies et de ses mécanismes sont accessibles à toutes personnes instruites et curieuses (deux qualités que possède V. Agon) puisqu'elles appartiennent au corpus de connaissances reconnu par la communauté scientifique internationale, diffusé et vulgarisé par les acteurs de santé publique, le personnel médical et paramédical et les militants associatifs. Comme l'a montré Gérard Chevalier dans un autre contexte, il s'agit d'« une science reconstruite par des profanes à partir de la vulgarisation et retransmise à d'autres profanes » (Chevalier, 1986, in Schmitz, 2006 : 149). Les pratiques de V. Agon s'apparentent plus au champ populaire de production des savoirs (arène d'expression médiatique, connaissances approfondies mais profanes) qu'à celui de la recherche en train de se faire (Latour, 2005).

Notons que la « débrouille » dont fait montre V. Agon est toute aussi observable dans le milieu académique des chercheurs au Bénin. L'absence de volonté politique nationale de recherche (bas salaires favorisant le développement d'activité de survie en lieu et place de l'activité de recherche, absence de financement des laboratoires) a empêché l'émergence d'une véritable professionnalisation de la recherche. L'indigence des équipements de recherche et l'irrégularité des financements, qui proviennent pour la plupart de structures

³³ Quelques éléments concernant les recherches biochimiques sont fournis dans le corps de son brevet OAPI pour l'Api-Sida.

³⁴ L'histoire de la science vient légitimer ses inquiétudes. Et les « chercheurs Sud » orthodoxes les partagent parfois bien justement. Ceci a donné lieu à différents travaux à l'intérieur du courant philosophique et sociologique subalternistes (Cf. pour l'Afrique les travaux du Codesria).

³⁵ Je ne suggère pas que les média ne sont pas un canal utilisé dans le cadre de l'innovation biomédicale. Mais dans le contexte de la recherche biomédicale orthodoxe, la conférence de presse ou l'article de vulgarisation viennent s'ajouter à la publication d'articles scientifiques. Et les acteurs de la recherche clinique appartiennent à des milieux aussi divers que celui de la recherche à proprement dite, mais aussi des agences de bailleurs, des médias et de la politique..

universitaires ou institutionnelles étrangères, contribuent à faire de la recherche locale une pratique « artisanale » relevant davantage du génie et de la ténacité de ses acteurs que de logiques institutionnelles et de programmes pérennes de recherche (Akakpo, 2007). La recherche est alors souvent présentée dans les médias comme étant une activité portée essentiellement par des individus (plus que par des équipes ou encore des structures de recherche). Ceci contribue à rendre floues les frontières entre espaces scientifiques de production des connaissances et espace populaire de production des savoirs. Chacun est alors susceptible de s'emparer de l'étiquette de « chercheur » comme le font de nombreux « tradipraticiens ».

Cette frontière en pointillés est sans doute également entretenue par la place faite au « populisme métaphysique » des chercheurs africains francophones qui tendent à articuler, voire juxtaposer, savoirs métaphysiques, savoirs traditionnels, savoirs scientifiques (Amselle, 2008, Bonhomme, 2007). Le premier Colloque Scientifique sur les Médecines Traditionnelles organisé en 2006 à Cotonou par le directeur du service « Promotion des Pharmacopées et Médecines Traditionnelles » (PPMT) du Ministère de la santé publique, réunissant des communications faites par des pharmacologues, des médecins généralistes et des thérapeutes traditionnels, attestait de cette juxtaposition. Bien que la réunion ait été présentée comme scientifique, il était évident que les méthodes et les codes de la recherche scientifique n'étaient partagés que par une petite minorité des participants. Des présentations aux registres variés (relevant de savoirs scientifiques, religieux ou populaires) se succédaient. Les chercheurs académiques saluaient les efforts des tradipraticiens présentés comme les pères de tous les savoirs.

Dans le champ scientifique, le développement des essais cliniques est basé sur la notion selon laquelle un ensemble de paramètres viennent biaiser les données collectées par le seul praticien observateur : influence de l'observateur (conviction, modification du protocole en cours, etc.), choix des patients (par exemple, exclusion des patients voyant leur état de santé se dégrader), utilisation de thérapies complémentaires par ces derniers, complexité de l'histoire naturelle de la maladie (phase asymptomatique, rémission, guérison spontanée, etc.). Expérimenter, c'est concéder qu'aussi rigoureuses qu'elles soient, les seules observations du praticien ne peuvent permettre de conclure à l'efficacité thérapeutique d'un médicament. V. Agon ne partage manifestement pas cette conception. Son discours sur l'efficacité de son traitement contre le sida se fonde par exemple sur les nombreux cas de personnes séropositives ayant été traités par son produit (plus de 2000 d'après lui).

Le rejet de sa pratique par une partie du personnel biomédical, local ou international, conduit certainement V. Agon à opter pour un discours positif, sûr de ses acquis. Par ailleurs, les deux essais thérapeutiques qu'il a tenté de mettre en place n'ont pas abouti, ce qui ne lui permet pas d'avancer un autre niveau de preuve³⁶. Contrairement à de nombreux thérapeutes ou professionnels médicaux et paramédicaux impliqués dans la mise en place d'expérimentations humaines dans le secteur des thérapeutiques traditionnelles ou alternatives, V. Agon n'a jamais publié de résultats à partir des données partielles collectées³⁷. Mais surtout, la notion de cas est ainsi au cœur du discours de V. Agon. Il retrace son parcours en remontant aux histoires de vie de deux personnes malades puis décédées, son beau-frère et un ami camerounais. Il évoque aussi une personne séropositive clé qui aurait consommé l'ensemble des flacons délivrés en très peu de temps et se serait ainsi rapidement « retrouvée ». Après cette expérience singulière, V. Agon a mis en place une posologie nouvelle dans le cas des malades jugés « très faibles » et qui auraient besoin d'un « traitement de choc ». Ce traitement porta un temps le nom de « Rose », d'après le prénom de la patiente. En outre, son site Internet affiche des photographies de trois patientes avant et après la prise du traitement pour tout argument d'efficacité. Il développe ailleurs un argumentaire dans lequel méthode scientifique et témoignages sont juxtaposés :

« Je m'étais très bien préparé, le dossier de chaque invention est bien présenté et bien soutenu et se compose de documents officiels et surtout scientifiques : divers brevets d'invention, recherche

³⁶ La série de cas est présentée par A. Taytard comme étant un faible niveau de preuve scientifique dans sa classification des niveaux de preuve (niveau 4 sur 4) (<http://www.respir.com/doc/abonne/base/Preuve.asp>, consulté le 11 juin 2008).

³⁷ Concernant le groupe fort réduit de personnes ayant suivi son protocole d'expérimentation jusqu'au bout

clinique, résultat de l'étude de la composition des principes actifs de chaque extrait, des résultats d'analyse avant et après traitement, des résultats des études toxicologiques, des médicaments bien dosés et très bien présentés (formats : boîtes de 125 ml, étiquettes, notices en trois langues français, anglais portugais, sirop fluide et homogène en bouteille scellée), des affiches fort parlantes et des photos de malades du SIDA très maigres, véritables squelettes et transformés à la suite de 8 flacons du produit APIVIRINE, photos très impressionnantes » (extrait de www.pourquoiletatsunisdafrique.net, consulté le 10/07/08).

Le fossé entre les méthodes expérimentales que certains thérapeutes néo-traditionnels aspirent à reproduire et ce qu'ils mettent effectivement en place est particulièrement incarné dans la place centrale qu'occupent le témoignage et l'expérience individuelle dans leurs discours en rupture avec la culture statistique des expérimentations cliniques. De nouvelles formes de témoignages s'affichent même en pastiche d'expérimentation chez de nombreux thérapeutes. De plus en plus de praticiens recourent aux analyses biologiques de leurs patients pour appuyer leurs allégations. Le site du Président Yahya Jammeh (<http://www.statehouse.gm/hiv-aids.htm>) en donne une illustration caricaturale : il y présente à la fois les noms, les photographies et les analyses biologiques des patients ayant suivi son remède contre le sida.

Pour finir, la « soumission » des traitements traditionnels à l'expérimentation clinique est révélatrice d'enjeux sociopolitiques et « se précisent alors les risques de collusion d'intérêts entre acteurs économiques, politiques et scientifiques, ainsi que les enjeux de prestige national à la recherche » (Micollier, 2007, p. 34). V. Agon n'est pas très loquace lorsqu'il s'agit de décrire les méthodes déployées dans le cadre de ses recherches. Cela tranche avec sa tendance scrupuleuse à citer toute personne ayant pu intervenir dans le processus d'expérimentation de son traitement (nom et institution de rattachement). Cette attitude correspond aux perceptions de la recherche clinique en vogue avant l'imposition des études contrôlées et randomisées. Dans le contexte nord-américain, Harry Marks décrit à cet égard un changement important avec l'avènement de ces études : on passe de la confiance en un chercheur expérimenté (qui devient observateur, introduisant potentiellement des biais) à la confiance dans la recherche expérimentale et ses méthodes. En d'autres mots, l'argument scientifique se substitue à l'argument d'autorité (Marks, 1999). Ses rencontres passées, présentées comme des « soutiens » scientifiques³⁸, la mobilisation des témoignages des patients traités et l'évocation de ses brevets obtenus sont autant de références qui permettent à V. Agon d'asseoir une forme de légitimité aux ressorts pluriels.

Rappelons à ce stade, que le développement de la médecine des preuves se fait dans une double perspective : évaluer les assertions des fabricants sur les mérites de leurs produits (et dans le même temps lutter contre le mercantilisme qui caractérise le marché du médicament), augmenter les connaissances scientifiques afin d'améliorer la pratique clinique (aider les prescripteurs à faire les meilleurs choix dans l'offre médicamenteuse et à en faire un usage correct). Loin de s'opposer au développement de ce marché, les industriels ont rapidement perçu les intérêts qu'ils avaient à se soumettre aux procédés d'évaluation des médicaments. Alors que les politiques nationales africaines en matière de recherche restent timides, la recherche biomédicale y a été largement médiatisée avec le développement des essais cliniques menés au Sud dans le cadre de la pandémie du sida.

L'intérêt des thérapeutes néo-traditionnels pour les méthodes expérimentales peut être aussi envisagé selon deux modalités. D'une part, il témoigne de leur volonté d'accroître les connaissances scientifiques. Cette intention anime sans doute nombre de thérapeutes, reconnaissant à la science biomédicale une certaine valeur, mais sans que leur pratique ne permette toujours pour autant de produire des résultats scientifiquement valides. D'autre part, l'usage des méthodes expérimentales par ces thérapeutes permet de bénéficier de la forme d'accréditation nouvelle qui fournit leur autorité aux nouveaux médicaments (les ARV en l'occurrence) et leur assure un marché. Cette démarche vise à légitimer leur propre (contre-)expertise et à rendre acceptable, voire désirable, leur offre médicamenteuse.

³⁸ Il remarque : « l'Agence française de recherche sur le Sida qui est à Paris XIII^e est avec moi, avec G. [les noms sont masqués] responsable au niveau de l'agence. J'ai aussi le soutien de F. de l'hôpital NECKER à Paris, elle est virologue » (*L'Opinion*, n°454 du 21 au 27 juin 2006).

CONCLUSION

À travers ce portrait de V. Agon, on perçoit combien ce personnage créatif et énergique mobilise des modes de légitimation pluriels caractéristiques des sociétés modernes contemporaines (écriture, livre, média, capital, science et biomédecine). Sa pratique thérapeutique consiste en un démantèlement des systèmes thérapeutiques traditionnels, comme en témoigne l'usage de connaissances paternelles et simultanément le rejet des thérapeutiques traditionnelles qualifiées d'obsolètes. Il utilise ensuite ces ressources dans de nouvelles compositions hybrides, puisant aussi bien dans les registres des thérapeutiques alternatives que biomédicales, de la science que des savoirs populaires.

Tandis que certains auteurs distinguent ou distinguaient les « nouveaux guérisseurs » des « thérapeutes néo-traditionnels » – ces derniers désignant les prophètes thérapeutes et les prêtres des nouvelles églises guérisseuses (cf. Hagenbucher-Sacripenti, 1994) –, l'emprunt à l'anthropologie religieuse africaniste permet de mettre en évidence la connexion, voire la filiation, entre ces deux formes de syncrétisme. Le paradigme biomédical et scientifique est devenu suffisamment fort en Afrique de l'Ouest pour fournir de nouvelles catégories de pensée et tenir aujourd'hui un rôle identique à celui joué par le paradigme religieux dans les mouvements prophétiques d'hier et d'aujourd'hui. Ici le paradigme médical se substitue au second et la rencontre entre thérapeutiques néo-traditionnelles et thérapeutiques alternatives contribue à une biomédicalisation et à une rationalisation des idées et pratiques.

Enfin, les recompositions et bricolages nouveaux opérés par V. Agon sont contestables du point de vue de la santé publique. L'expérimentation humaine, telle qu'il la pratique, est éloignée des standards éthiques et méthodologiques internationaux. Ses allégations restent non démontrées. La mise sur le marché de son traitement présenté comme alternatif aux ARV pose la question de l'impact de ce dernier sur la prise en charge biomédicale des personnes vivant avec le VIH (arrêt des ARV, moindre observance, etc.). Or, les reconfigurations observées du champ thérapeutique en Afrique sont paradoxalement le « fruit » de l'extension planétaire des normes de santé biomédicale et, en particulier, de l'imposition de la médecine des preuves, sans que sa déclinaison locale ne vienne donner corps aux nouvelles valeurs et normes qu'elle véhicule. Intriqués dans des rapports de pouvoir défavorables, les thérapeutes néo-traditionnels s'ingénient (ou y sont-ils acculés ?) à détourner pour leur propre compte ces sources nouvellement accessibles du savoir et du pouvoir biomédical.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AIACH Pierre, 1994, « Une profession conflictuelle : la pharmacie d'officine », in Pierre Aïach, Didier Fassin (Dir.) *Les métiers de la santé, enjeux et quête de légitimité*, Paris, ed. Anthropos economica : 309-337.
- AKAKPO Yaovi, 2007, « Recherche artisanale et science professionnelle », in Paulin Hountondji (Dir.), *La rationalité une ou plurielle ?*, Codeseria & Unesco : 276-285.
- AKOTO Eliwo Mandjale Akoto, SONGUE Paulette Béat, LAMLENN Samson, KEMAJOU Jacques Pokam Wadja, GRUENAIIS Marc-Éric, 2001, « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », *Le bulletin de l'APAD*, n° 21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [En ligne], mis en ligne le : 24 mars 2006. URL : <http://apad.revues.org/document101.html>. Consulté le 12 juin 2008.
- AMSELLE Jean-loup, 2008, *L'Occident décroché, enquête sur le postcolonialisme*, Paris, Stock.
- BANERJEE Madhulika, 2002, "Power, culture and medicine: ayurvedic pharmaceuticals in the modern market", *Contribution Of Indian Sociology*, 36, 3 : 435-467.
- BANERJEE Madhulika, 2005, *The long road to Khari Baoli: Environnement Discourse and the Market for Medical Plants*, <http://www.indiana.edu/~iascp/Final/banerjee.pdf>. Consulté le 12 juin 2008.
- BODE Marteen, 2002, Indian indigenous pharmaceuticals, tradition, modernity and nature, in Waltraud Ernst (eds.) *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 18000-2000*, London, Routledge : 184-203.

- BONHOMME Julien, 2007, « Anthropologue et/ou initié », l'anthropologie gabonaise à l'épreuve du Bwiti », *Journal des anthropologues, De l'anthropologie de l'autre à la reconnaissance*, n°110-111 : 207-226.
- BOURDARIAS F., 1996, « Bamako, les guérisseurs du bout du goudron », *Le Journal du sida, numéro spécial Afrique*, n°86-87 :49-52.
- CHEVALIER Gérard, 1986, « Parasciences et procédés de légitimation », *Revue française de sociologie*, n°2 : 205-219.
- CORTEN André, MARY André, 2000, *Imaginaires politiques et pentecôtismes, Afrique/Amérique latine*, Paris, éd. Karthala.
- CREUSAT Laurence, Gestion traditionnelle de la maladie et politique de santé en Afrique du Sud, Clermond-Ferrand, PU Blaise Pascal, 2000, 273p.
- DOZON Jean-Pierre, 1996, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique », in Jean Benoist, Alice Desclaux (Dir.), *Anthropologie du sida, bilan et perspectives* : 231-235.
- DOZON Jean-Pierre, 2001, « Que penser de la publicité faite à l'invention d'un remède anti-sida en Côte d'Ivoire ? », *Transcriptase Sud*, n°7 : 8-10.
- FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- FAURE Véronique, 2003, « Pratiques et discours de guérisseurs sud-africains », in Isabelle Gobatto Dir. *Les pratiques de santé dans un mode globalisé*, Karthala : 203-234.
- GRUENAIIS Marc-Eric, 1991, « Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo », *La revue du praticien*, 141 : 1483-1490.
- HAGENBUCHER-SACRIPENTI Franck, 1994, *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Gabon)*, Paris, ORSTOM éd.
- HARDON Anita, DESCLAUX Alice, EGROT Marc, SIMON Emmanuelle, MICOLLIER Evelyne, KYAKUWA Margaret, 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.
- LAPLANTINE François, RABEYRON Pierre, 1987, *Les médecines parallèles*, Paris, PUF.
- LATOUR Bruno, 2005, *La science en action, Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte, 1^{ère} édition 1989.
- LE MARCIS Frédéric, 2004, The suffering body of the Cities, *Public Culture*, Vol. 16, N.3 : 453-477.
- LECLERC-MADAHALA Suzanne, 2002, "Traditional Healers and The Fight Against HIV/aids in South Africa", in in Véronique FAURE (dir.), *Cahiers de l'IFAS, Bodies and Politics, Perspectives on Healing in South Africa*, 2 : 23-39.
- MARKS Harry, 1999, *La médecine des preuves, histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*, Institut Synthélabo, Collection les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 352.
- MARY André, 2000, *Le bricolage africain des héros chrétiens*, Paris, Cerf.
- MICOLLIER Evelyne, 2007, « Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH/sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, 3 : 31-39.
- MOTTA Roberto, 2002, « L'expansion et la réinvention des religions afro-brésiliennes : réenchantement et décomposition », *Arch. De Sc. Soc. Des Rel.*, 117 : 113-125.
- MUHAMMAD B.Y., AWAISU A., 2008, The need for enhancement of research development and commercialization of natural medicinal products in Nigeria, lessons from the Malaysian experience, *African Journal of Traditional CAM*, 5 (2) : 120-130.
- SAILLANT Francine, 1987, « Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec », *Santé mentale au Québec*, XII, 1 : 20-28.

SCHMITZ Olivier, 2006, *Soigner l'invisible*, Paris, Imago.

SIMON Emmanuelle, à paraître, « Promotion des thérapeutiques traditionnelles et mondialisation : un chassé-croisé de figures thérapeutiques éclectiques », in Roger Somé (Dir.) *Qu'est-ce que la mondialisation ?*

SIMON Emmanuelle, 2003, Une exportation du new age en Afrique ?, *Cahiers d'Études Africaines*, XLIII (4), 172, 2003 : 883-898

SIMON Emmanuelle, 2004, *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, dir. Duval M. UPV, Montpellier III, 533p.

SIMON Emmanuelle, EGROT Marc, TRAORE Abdoulaye, SAMBIENI Emmanuel, TAVERNE Bernard, 2007, Biography of neo-traditional treatments for AIDS circulating in Benin, *AIDSIMPACT 8ème Conférence Internationale*, Marseille, 02 Juillet 2007.

TONDA Joseph, 2001, « Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires », *Cahiers d'Études africaines*, 161, XLI-1 : 139-162.

TONDA Joseph, 2002, *La guérison divine en Afrique Centrale*, ed. Karthala.

VAN DER GEEST Sjaak, 1997, "Is the role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspectives", *Tropical Medicine And International Health*, Vol. 2, n°5 : 903-911.

XABA Thokozani, 2002, "The Transformation Of Indigenous Medical Practice in South Africa (1985 to 2000)", in Véronique FAURE (dir.), *Cahiers de l'IFAS, Bodies and Politics, Perspectives on Healing in South Africa*, 2 : 23-39.

YLA-BOUMPOTO Madeleine, 1996, « De l'impasse thérapeutique au salut spirituel. », *Le Journal du sida, numéro spécial Afrique*, n°86-87: 37-39.

6.4. DES GUÉRISSEURS « NEO-TRADITIONNELS » ?

REFLEXION SUR LA CARACTERISATION DE THERAPEUTES EMERGENTS

Emmanuelle Simon

Depuis une trentaine d'année, les anthropologues décrivent l'émergence de « nouveaux guérisseurs » (Hagenbucher-Sacripenti, 1994, Bourdarias, 1996) autrement désignés par les vocables de « néo-tradipraticiens » (Gruénais, 2002), « néo-chercheurs » (Tonda, 2002) ou « thérapeutes néo-traditionnels » (Dozon, 1996). Le nombre de ces thérapeutes et toujours croissant et, aujourd'hui, compte tenu de la place qu'ils tiennent dans le champ thérapeutique, ils ne peuvent pas être ignorés. Gruénais, voit, à travers eux, une troisième génération de thérapeutes en Afrique³⁹. Le Palec (1996 : 48) les décrit comme étant les « vrais guérisseurs des temps modernes ».

Ce sont des thérapeutes d'inspiration traditionnelle qui utilisent les concepts, les symboles et les objets de la biomédecine (Bourdarias, 1996 ; Gruénais, 1991 ; Leslie, 1992 ; McMillen, 2004 ; Wolffers, 1988) ou des professionnels médicaux et paramédicaux qui recourent aux thérapeutiques traditionnelles (Barges, 1996 ; Fassin, 1992 ; Julliard, 2004). Les pratiques qui émergent avec ces nouveaux acteurs se situent entre une mise en parallèle ou une intégration de modèles thérapeutiques non-biomédicaux, de traditions médicales locales ou éloignées (Ghasarian, 2005) dans lesquels certaines notions aux acceptions multiples (par exemple : l'énergie, la résonance, la vibration, etc.) deviennent centrales (Benoist, 1996 ; Schmitz, 2005).

Ce mouvement des thérapeutiques néo-traditionnelles est caractérisé par l'ensemble des données suivantes :

1. des doctrines, des croyances, des rites et des pratiques en interaction avec le « mainstream » de la biomédecine,
2. une place importante donnée aux objets de la biomédecine,
3. des sources d'inspiration multiples (tradition locale ou importée, biomédecine, pratiques alternatives de santé),
4. une pluralité des sources de légitimité mobilisées en partie en rupture avec les formes traditionnelles (professionnalisation, organisation associative ou en ONG, création d'écoles)
5. une mobilité des acteurs accrue (développement de réseaux internationaux).

En effet, l'ensemble de ces acteurs que nous désignons par le vocable de « thérapeutes néo-traditionnels » s'inscrit dans un champ thérapeutique dont les normes et règles du jeu sont édictées par les disciplines biomédicales. De nombreux thérapeutes traditionnels se réapproprient ainsi les concepts, les discours et les savoirs biomédicaux qui tendent à s'imposer. Ils intègrent certains concepts dans leur système de sens de la maladie (exemple : intégration de l'immunité dans le système de pensée des humeurs) ou encore reprennent les classifications nosologiques biomédicales. Ils utilisent les outils de la biomédecine : stéthoscope, tensiomètre, radiologie, analyses biologiques (Fassin, 1992), ordonnances ; ils s'emparent des méthodes de la recherche médicale : « études pharmacologiques » (Gruénais, 1996), « essais cliniques » (Adams, 2002a ; Adams and al. 2005 ; Pordié, 2005). Tous n'ont pas nécessairement recours à la

³⁹ Il propose de classer ces nouveaux acteurs du champ thérapeutiques en six classes couvrant un éventail large de figures thérapeutiques : 1. les « vrais tradipraticiens » qui se présentent comme authentiquement africains, 2. les spécialistes en « médecine naturelle » (naturo-thérapeute, aroma-thérapeutes, etc.), 3. les spécialistes des médecines asiatiques ou ésotériques (infirmier spécialisé ou thérapeute ayant fait une formation à l'étranger), 4. les sages femmes traditionnelles ayant reçu une formation biomédicale et oeuvrant dans les structures biomédicales, 5. les entrepreneurs spécialistes en « médicaments africains », 6. les prophètes-guérisseurs (Gruénais, 2002).

biomédecine (des rejets, des discours critiques sont observés) mais ils sont en compétition avec elle, sur le plan social, politique et économique, et cela vient modeler les logiques de ces acteurs ainsi que les bricolages et ajustements qu'ils opèrent.

L'émergence de ces thérapeutes néo-traditionnels commence son histoire dans la modernité avec la constitution d'un champ thérapeutique biomédical, et se poursuit dans le cadre de la globalisation sanitaire. D'autres modèles émergent en concurrence avec ou profitant de la biomédicalisation croissante, en particulier ceux portés par la nébuleuse des médecines dites « alternatives » (« médecine douces » ; « médecines naturelles » ; compléments alimentaires ; pratiques de bien-être : spa, massages, gymnastiques ; pratiques thérapeutiques « exotiques » exportées : Ayurveda, acupuncture, shamanisme, pratiques maraboutiques). L'ensemble de ces pratiques et idées associées viennent reconfigurer les pratiques et modèles thérapeutiques locaux et contribuer à l'apparition de nouvelles figures de soins.

Ces thérapeutes développent, par ailleurs, des formes de liens sociaux et d'organisations sociales innovantes en partie détachées des communautés locales. Elles peuvent être impulsées d'en haut comme dans le cas des politiques de promotion des thérapeutiques traditionnelles débouchant sur la mise en place d'associations nationales, d'écoles nationales en thérapeutiques traditionnelles (Cf. l'encadrement de la Médecine Traditionnelle Chinoise) mais pas seulement. À l'initiative des thérapeutes, des associations, des ONG, des centres d'apprentissage ou écoles sont créés en différents lieux de la planète. Ces nouvelles structures viennent parfois rencontrer les nombreuses ONG internationales oeuvrant dans le domaine de la santé, de la promotion culturelle ou de la protection des savoirs autochtones. Le théâtre d'action de certains thérapeutes prend une dimension internationale (voyage et enseignement à l'étranger, étudiants étrangers venant en apprentissage, développement du tourisme thérapeutique et spirituel, etc.).

À la lecture des travaux pré-existants, en Asie, ces thérapeutes sont issus d'un milieu légitime – légitimité traditionnelle (famille, lignage) ou institutionnelle – et bénéficient d'une grande popularité. En Afrique, la situation serait significativement différente dans le sens où ces thérapeutes sont décrits comme souffrant d'un manque de légitimité (Gruénais, 2002 ; Fassin, 1996). Reprenant la typologie weberienne, Fassin observe ainsi que les thérapeutes à moindre légitimité traditionnelle tentent d'acquérir d'autres formes de légitimité (legal-rationnelle) en se positionnant sur de nouveaux terrains et en se pliant à ses nouvelles règles (1994 : 351). Il fait aussi une observation inversement équivalente concernant les personnels de santé qui s'arrogent une légitimité traditionnelle.

Pour cette raison, sans doute, le regard porté sur ces thérapeutes par les africanistes est assez ambigu. Nombre d'entre eux sont assez suspicieux lorsqu'il s'agit de parler des thérapeutiques néo-traditionnelles, et l'adjectif « néo-traditionnel » est utilisé dans un sens péjoratif et signifie souvent imposture ou charlatanisme (Bourdarias, 1996). Certains anthropologues participent dès lors à la chasse aux sorcières (De Rosny, 1996) en proposant des grilles d'analyse permettant de distinguer le bon grain de l'ivraie condamnant les pratiques thérapeutiques traditionnelles à une certaine inertie.

Certains chercheurs ont toutefois montré que cette inflation des discours sur le thème de l'escroquerie, du charlatanisme ou du mercantilisme, observable sur le terrain dans la bouche même des thérapeutes (traditionnels, néo-traditionnels ou professionnels médicaux et paramédicaux) (Taverne, 2001) nous renseigne sur les négociations actuelles à l'intérieur de ce champ (Fassin, 1996). Les normes et les règles y sont en cours de redéfinition. Pour autant, les ajustements, détournements d'usage et de sens associés à ces changements, restent décrits dans la littérature africaniste comme étant symptomatiques d'une dérégulation du champ thérapeutique (perte des repères et normes traditionnels, lacune des dispositifs de régulations des professionnels médicaux et paramédicaux, absence de l'Etat, absence de mise en place de contre-pouvoir des malades). Ces figures de « l'entre-deux » aux savoirs plus techniques et adaptés aux nouveaux paradigmes des sociétés contemporaines sont alors présentés comme entrant en compétition inégale avec les thérapeutes traditionnels. On peut penser ici à la formule de Gibbal « l'heureux guérisseur et les pauvres magiciens » qui conclut son ouvrage sur des portraits de guérisseurs et de magiciens de l'Ouest du Mali (1984). Le coupeur de « l'iette » à la tâche médicale spécialisée serait le « type de guérisseur adapté à la situation de crise », contrairement aux magiciens trop onéreux et victimes de l'islamisation (p. 153). Fassin avançait de son côté que la multiplication de ces nouveaux thérapeutes aurait

pour corollaire le déclin des hommes de savoir qui se réfèrent à un ordre de légitimité traditionnel. Et c'est certainement un regard qui se voulait rassurant que certains africanistes portèrent alors durant plusieurs années sur cet objet en décrivant ces acteurs comme étant à la marge du champ thérapeutique et minoritaires (Hours, 1992 ; Gruénais, 1991).

Or, un sociologue comme Gurvitch (1969) avait montré combien la marge pouvait contenir le centre de demain. Et les figures de « l'entre-deux » se généralisent du fait même de la multiplicité des référentiels disponibles au sein d'une même société (Barges, 1996 ; Julliard, 2004). Aussi, différents travaux africanistes francophones récents ont fini par se détacher du postulat selon lequel ces acteurs souffriraient de défaut de légitimité et soulignent combien ils peuvent occuper aujourd'hui une place centrale au sein du champ thérapeutique. Leur capacité à manipuler et accumuler diverses sources de légitimité est rapportée par différents chercheurs. Cela est perceptible dans les images de soi éclectiques que peuvent se construire les thérapeutes. Faure (2003 : 226) en donne un exemple parlant, issu de son terrain en Afrique du Sud. Elle décrit ainsi les ressorts biographiques mobilisés par un sangoma de type néo-traditionnel : « guérisseur bienveillant, sorcier puissant, meurtrier coupable ou bouc émissaire, politicien ou chef de guerre ». Se rapprochant des thérapeutes néo-traditionnels tels qu'ils sont décrits en Asie, personnalités influentes, accumulant expériences, statuts sociaux et étiquettes variées, ils deviennent pour certains des courtiers culturels qui s'imposent en interlocuteurs locaux incontournables. Et certaines figures s'imposent en informateurs privilégiés auprès des différents chercheurs qui se succèdent sur le terrain : on peut citer Ntuli en Afrique du Sud (V. Faure 2003 ; Schuster-Campbell, 2000), Basile Adoko au Bénin (Mayrargue, 1997 ; E. Simon, 2002), Erick Gbodossou au Sénégal (Fassin, 1992 ; Kalis, 1992 ; Simon, 2003).

Pour conclure, il apparaît que l'anthropologie africaniste fut longtemps incapable d'envisager les changements observés dans le champ thérapeutique contemporain comme étant le fruit de processus en cours susceptibles de fabriquer de nouveaux codes et de nouveaux paradigmes. Cette cécité de l'anthropologie africaniste provient très certainement de la place centrale de l'approche constructiviste dans les analyses des changements sociaux touchant le champ thérapeutique local. À l'exception des travaux de Bonnafé (1986) ou de Tonda (2001, 2002) qui décrivent les conditions de production des changements (inégalités de pouvoir à l'intérieur du champ biomédical, déclin de structures sociales, rapports Nord/Sud, etc.), la plus grande partie des analyses proposées s'inscrivent dans la lignée des travaux de Fassin⁴⁰ (décrits plus haut) portent sur les stratégies de légitimation des acteurs en jeu. D'ailleurs, les travaux anglophones qui mettent davantage l'accent sur la production sociale des nouveaux thérapeutes (Cf. Reiss, 2002) évitent mieux l'écueil décrit plus haut contribuant à dresser une image négative de ces thérapeutes présentés trop souvent uniquement comme des intrigants. Les auteurs anglophones proposent plus volontiers une analyse centrée sur la précarité sociale, économique et identitaire de certains de ces acteurs et sur les solutions qu'ils inventent pour y remédier.

Ensuite ce type de cécité est finalement courant lorsqu'émergent de nouveaux objets de recherche. Pensons ici aux observations de Mayer, Kranenborg dans leur ouvrage sur les nouvelles religions : « La légitimité de ces objets d'étude dans une sociologie dominée par l'étude des traditions séculaires ne s'est pas imposée comme une évidence ; ainsi le caractère marginal des mouvements en question peut continuer de l'emporter sur la considération de leur potentiel à s'établir de façon durable et à constituer dans l'avenir une nouvelle tradition » (p. 130)⁴¹.

⁴⁰ Récemment, Fassin (2006) a entrepris de développer une analyse plus complexe déclinant à la fois regard constructiviste et déterministe.

⁴¹ Cette mise en perspective de l'anthropologie médicale et l'anthropologie religieuse est fructueuse lorsqu'il s'agit d'aborder les thérapeutes néo-traditionnels. Le parallèle peut aussi être fait entre les accusations de charlatanisme comme signe de reconfiguration du champ médical et celles de « faux-prophète » très courantes à l'intérieur des nouvelles églises africaines (Motta, 2002, p. 51).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADAMS V. 2002a. Establishing proof: Translating "science" and the State in Tibetan medicine, in Nichter M., Lock M. (eds.). *New horizons in medical anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, London and New York, Routledge: 200-220.
- ADAMS V., MILLER S., CRAIG S., NYIMA S., DROYON L., VARNER M. 2005. The Challenge of Cross-Cultural Clinical Trials Research: Case Report from the Tibetan Autonomous Region, People's Republic of China. *Medical Anthropology Quarterly*, 19(3): 267-289.
- BARGES A. 1996. Entre conformisme et changements : le monde de la lèpre au Mali, in BENOIST J. 1996. *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala.
- BOURDARIAS F. 1996. Bamako, les guérisseurs au bout du goudron, *Le Journal du sida, numéro spécial Afrique*, n°86-87 :49-52.
- DE ROSNY E. 1996. *La nuit les yeux ouverts*, Paris, Seuil.
- DOZON J.-P. 1996. Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique, in Benoist J., Desclaux A. (eds.), *Anthropologie du sida, bilan et perspectives* : 231-235.
- FASSIN D. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF.
- FASSIN D. 2006. *Que les corps se souviennent*, Paris, La Découverte.
- FAURE V. 2003. Pratiques et discours de guérisseurs sud-africains, in Gobatto I. (ed.). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Karthala : 203-234.
- GOBATTO I. (ed.). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Karthala.
- GHASARIAN C. 2005. Réflexions sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néo-shamaniques, in Schmitz O. (ed.). *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris : Karthala.
- GIBBAL J.-M. 1984. *Guérisseurs et magiciens du Sahel*, Paris, Métailié.
- GRUENAIIS M.-E. 1991. Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo. *La revue du praticien*, 141 : 1483-1490.
- GRUENAIIS M.-E. 1996. Thérapeutes traditionnels et sida. *Développement et santé, Le sida dans le monde vers une prise en charge globale*, 121, fév : 26-28.
- GRUENAIIS M.-E. 2002. La professionnalisation des 'néo-' tradipraticiens' d'Afrique centrale. *Santé Publique et Sciences Sociales*, 8.
- GURVITCH G., 1969, *La vocation actuelle de la sociologie* (2 tomes), Paris, PUF.
- HAGENBUCHER-SACRIPENTI F. 1994. *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Gabon)*, Paris, ORSTOM éd.
- HOURS B. 1992. La santé publique entre soins de santé primaires et management. *Cahiers des sciences humaines*, 28, 1 : 123-140.
- KALIS S. 1992. *Manières de dire, manières de faire dans la médecine traditionnelle des Seereer Siin du Sénégal*, Lille : A.N.R.T, Thèse de doctorat en Ethnologie : Strasbourg 2.
- LE PALEC A. 1996. Mali : les nouveaux guérisseurs urbains en quête d'identité. *Le Journal du sida*, 86-87 : 45-48.
- LESLIE C. 1989. Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System, and Civilization. *Kroeber Anthropological Society Papers*, 69-79: 23-31.
- MAYRARGUE C. 1997. Démocratisation politique et revitalisation religieuse : l'exemple du culte Vodun au Bénin, in Constantin F., Coulon C. (eds.). *Religion et transition démocratique. Vicissitudes africaines*, Paris,

Karthala : 133-160.

MCMILLEN H. 2004. The adapting healer: pioneering through shifting epidemiological and sociocultural landscapes. *Social Science & Medicine*, 59: 889-902.

MOTTA R. 2002. L'expansion et la réinvention des religions afro-brésiliennes: réenchantement et décomposition. *Archives des Sciences Sociales des Religions*, 117, janvier-mars : 113-125.

PORDIE L. 2005. Emergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines, in Pordie L. (ed.), *Panser le monde, penser les médecines*, Karthala : 225-267.

REISS R. 2002. Medical Pluralism and the Bounding of Traditional Healing in Swaziland, in Ernst W. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity 1800-2000*, London, éd. Routledge : 95-112

SCHMITZ O. 2005. Des fleurs pour soigner les affects. L'usage des remèdes du Dr Bach par les guérisseurs syncrétiques, in Pordie L. (ed.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala : 307-320.

SCHUSTER-CAMPBELL S. 1998. *Called to heal, African Shamanic Healers*, Zebra Press.

SIMON E. 2002. Les stratégies de valorisation des 'médecines traditionnelles' au Bénin. *Grille de lecture de nouveaux enjeux religieux urbains*, in Massé R., Benoist J. (eds.). *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala : 197-213.

SIMON E. 2003. Une exportation du new age en Afrique ?. *Cahiers d'Études Africaines*. XLIII (4), 172 : 883-898

TAVERNE B. 2001. L'implacable tradition. *Transversal*, n°17, décembre-janvier, 16.

TONDA J. 2002. *La guérison divine en Afrique Centrale*, ed. Karthala.

TONDA J. 2001 Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires. *Cahiers d'Études africaines*, 161, XLI-1 : 139-162.

WOLFERS I. 1988. Traditional practitioners and western pharmaceutical in Sri Lanka, in Van Der Geest S., Whyte S.R., *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Het Spinhuis Publishers.

6.5. LE MARCHÉ INFORMEL DU MÉDICAMENT DANS LES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE DE L'OUEST : RAISONS HISTORIQUES DE SON ÉMERGENCE ET PERSPECTIVES CONTEMPORAINES AU BÉNIN

Carine Baxerres, Albert Tingbe Azalou⁴², Jean-Yves Le Hesran

En Afrique, en Amérique Latine et en Asie, de multiples activités économiques informelles se sont développées au cours des années 1970-1980, en réponse à l'urbanisation accélérée et à l'accroissement structurel de la pauvreté. Elles ont été décrites et analysées par de nombreux chercheurs qui, tout en tentant de caractériser ce phénomène dont la dénomination par les institutions internationales (Bureau International du Travail, Banque Mondiale) s'est imposée en 1972, s'interrogeaient sur ses capacités à fournir des solutions face au problème du « sous-développement » et à la crise économique et sociale (Charmes 1987). L'économie informelle, qui relève d'activités de production comme de commercialisation, concerne différents champs de la société dont celui de la santé qui, eu égard au droit fondamental à la santé, désormais largement pris en compte dans les textes nationaux et internationaux (Fassin 1996), devrait échapper aux logiques économiques.

Des pratiques informelles de vente et d'achat de médicaments pharmaceutiques industriels se sont massivement développées au cours des années 1980 dans ces mêmes régions du globe, où le faible pouvoir d'achat des populations aurait favorisé en partie leur essor (Van der Geest 1982). Concrètement, il s'agit de la vente de médicaments aux coins des rues, dans les marchés, de porte en porte, par des personnes dont la compétence n'est pas institutionnellement reconnue. Depuis, ces pratiques ne cessent de se développer, attirant les foudres des institutions sanitaires internationales (Organisation Mondiale de la Santé - OMS), nationales (Ministère de la santé) ainsi que celles des acteurs de la société civile (Organisations Non Gouvernementales - ONG, fondations), en raison des contrefaçons qu'elles sont prétendues distribuer (Shakoor 1997), des mauvaises conditions de conservation des médicaments et des conseils de traitement peu orthodoxes que sont supposés prodiguer les vendeurs.

Ces pratiques de vente et d'achat de médicaments pharmaceutiques industriels sont communément regroupées sous l'appellation « marché du médicament », à laquelle différents vocables peuvent être accolés : « illicite », « informel », « clandestin », « parallèle », « souterrain », « caché »... A la suite de Bruno Lautier, Claude de Miras et Alain Morice, et partant de la définition qu'ils en donnent -« *l'informel, c'est ce qui manque des formes imposées par l'Etat* »-, nous avons choisi le terme informel pour caractériser ces pratiques de vente et d'achat de médicaments. En effet, « *c'est bien dans le rapport à l'Etat que l'on situe toujours le centre de la définition de l'informalité* », mais il est bien clair que « *l'informel a des formes si l'on entend par là des rapports sociaux structurés et structurants, même s'ils ne sont pas ceux que la loi prescrit* » (Lautier 1991). Dans le cas des médicaments pharmaceutiques industriels, à la notion « d'imposition par l'Etat », il est important d'ajouter celle « d'imposition par le système de santé biomédical », puisque ces objets, polysémiques à de nombreux points de vue, répondent à des règles strictes dictées par la biomédecine (i.e. la médecine scientifique qui a institutionnellement émergé au 19^{ème} siècle en Occident) et la pharmacie.

Au regard du développement du marché informel du médicament en Afrique de l'Ouest, présenté comme exponentiel (Blitman 2006), et de la levée de boucliers qu'il suscite, et dans l'objectif de comprendre ce phénomène et de mesurer ses multiples implications sanitaires bien sûr mais aussi sociales, politiques,

⁴² Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

culturelles et économiques, nous nous sommes interrogés sur les raisons historiques de son émergence ainsi que sur les perspectives contemporaines qu'il est possible d'en tirer.

Pour cela, nous réalisons depuis l'année 2005 une enquête d'anthropologie sociale dans la capitale économique du Bénin, pays d'Afrique de l'Ouest francophone qui, sur un territoire de 114 763 km², compte une population de 6 769 914 habitants (recensement général de la population 2002). Situé entre le Togo à l'Ouest et le Nigeria à l'Est, le Bénin fait le lien entre des pays Sahéliens au Nord (Burkina Faso, Niger) et la côte atlantique au Sud ; il sert de jonction entre deux grands axes commerciaux d'Afrique de l'Ouest : l'axe Abidjan-Accra-Lomé-Cotonou-Lagos et l'axe Bamako-Ouagadougou-Niamey-N'Djamena. Avec un PIB par habitant de 400 dollars par an, ce pays est classé dans la catégorie, établie par l'Organisation des Nations Unies en 1971, des Pays les Moins Avancés. D'après les données du Ministère français des Affaires Etrangères, 2,6 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté (défini comme 50% du revenu moyen), ce qui représente un béninois sur trois. L'économie informelle, quoiqu'ici sous-estimée à notre avis, est présentée à la fois comme un des secteurs économiques les plus lucratifs du pays et à la fois comme la source de nombreux maux : « On estime qu'elle représente 37% du PIB et 41% de l'emploi total. Cette activité est liée aux nombreuses et lucratives opportunités générées par le Nigeria (productions locales, produits pétroliers, taux de change favorable...). Ce secteur joue un rôle de soupape de sécurité pour de nombreux ménages mais représente une perte fiscale importante pour le pays et est un frein au développement des activités modernes »⁴³.

Le choix du Bénin comme pays dans lequel diriger notre recherche s'est avéré pertinent en raison d'une part de sa situation géographique à la fois limitrophe du Nigéria, pays réputé pour sa production officieuse de médicaments, et constituant un carrefour commercial, et d'autre part de l'économie de ré-exportation de marchandises et d'échanges informels qui y est pratiquée depuis le 18^{ème} siècle⁴⁴. John Igue et Bio Soulé classent le Bénin, dans les années 1990, parmi les « Etats-entrepôts qui tirent l'essentiel de leur richesse d'une économie parallèle dynamique et bien structurée » (Igue 1992). Ainsi, nous menons à Cotonou des observations directes et participantes ainsi que des entretiens auprès des différents acteurs concernés par la problématique de notre étude : populations utilisatrices des médicaments, vendeurs formels et informels, détaillants et grossistes, professionnels de la santé, acteurs institutionnels.

L'APPARITION DU MEDICAMENT PHARMACEUTIQUE INDUSTRIEL EN AFRIQUE FRANCOPHONE (1930-1960)

En Occident, la révolution pharmacologique a débuté au 18^{ème} siècle mais c'est surtout au cours du 20^{ème} siècle que la pharmacologie a acquis une place prédominante dans la société grâce à l'efficacité thérapeutique du médicament pharmaceutique et aux progrès sanitaires sans précédent qu'il a permis.

Au début du 18^{ème} siècle, la chimie organique naissante développe « un paradigme scientifique, articulé sur une théorisation de plus en plus poussée des mécanismes de fonctionnement de l'organisme et des propriétés pharmacologiques des substances chimiques, naturelles ou synthétiques, qui contribue à la production de traitements plus efficaces » (Desclaux et Lévy 2003 : 7). C'est au cours du 19^{ème} siècle que débute la production industrielle de médicaments à partir de la découverte des procédés d'extraction des principes actifs contenus dans les plantes. Les premiers médicaments apparaissent alors à partir de molécules encore utilisées de façon prédominante aujourd'hui, telles que l'aspirine, la quinine et la morphine. Cependant, il faut attendre la deuxième guerre mondiale pour que la production en grand nombre de médicaments industriels se mette réellement en place. Tout au long du 20^{ème} siècle, de nombreuses découvertes thérapeutiques, chacune constituant à elle seule une véritable révolution sanitaire, ont amélioré

⁴³ Sources : le site du Ministère français des Affaires étrangères : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo/833/benin/337/index.html>, consulté en juillet 2007.

⁴⁴ L'actuel Bénin, renommé en 1975, s'appelait du temps de la colonisation et à l'indépendance du pays le Dahomey. En anthropologie économique, ce dernier est célèbre par l'étude de Karl Polanyi et les débats historiographiques qu'elle suscita, notamment autour de la question des liens entre marché d'Etat et marchés locaux (Polanyi 1966).

durablement les différents indicateurs de santé des sociétés occidentales. Citons les cas d'école que représentent la pénicilline, découverte en 1928 ; les sulfamides, en 1935, qui ont permis de traiter de nombreuses maladies infectieuses ; la streptomycine, en 1944, premier traitement de la tuberculose ; la cortisone, en 1949, médicament contre les rhumatismes aigus et les allergies ; la chlorpromazine, premier neuroleptique, découvert en 1952 ; la pilule contraceptive, en 1960, considérée comme un médicament de par les effets qu'elle produit sur une fonction organique ; la ciclosporine, en 1970, utilisée dans le traitement de la leucémie ; et enfin la dernière grande découverte pharmaceutique que constituent les médicaments antirétroviraux (trithérapie) en 1996⁴⁵. Ainsi, comme le décrit François Aballea (1987), et malgré un certain scepticisme développé à partir des années 1970 dans les sociétés occidentales (Van der Geest, Reynolds Whyte 2003), force est de constater que de nos jours, le médicament pharmaceutique « a pour lui l'expérience quotidienne et la preuve de l'histoire. Les épidémies, les grandes maladies des siècles passés ont pu être vaincues grâce au médicament. Si on est moins malade aujourd'hui, si l'espérance de vie s'allonge, c'est en grande partie en raison de la diffusion des médicaments, notamment des antibiotiques. Même sans envisager les grandes maladies, les épidémies, on est obligé de reconnaître que le médicament facilite la vie en venant à bout d'une migraine, d'une insomnie, d'une douleur rhumatismale ».

La « révolution thérapeutique » s'est déclenchée de façon différée dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Pendant le premier tiers du 20^{ème} siècle, la mise en place du système colonial provoqua une dégradation de l'état sanitaire de nombreuses régions. La mobilité des populations imposée par les grands chantiers ferroviaires, miniers ou forestiers, entraîna une diffusion des épidémies qui jusqu'alors étaient contenues dans des zones limitées (Mongin 1989). A partir de 1930, l'administration coloniale française, qui avait à cœur de générer l'adhésion des populations à la mise en valeur de ses territoires, réagit. La médecine et le médecin sont envisagés comme des compléments indispensables au système de contrôle et de contrainte mis en place. C'est, comme le dit Jean-Pierre Dozon (1985), « la pénétration pacifique par l'hygiène ». Les autorités coloniales proposent alors un accès gratuit aux médicaments ainsi qu'à des services de santé. Le modèle sanitaire élaboré s'articule autour de l'hôpital, d'où l'appellation critique de modèle « hospitalo-centré » qui lui sera donné plus tard. Les hôpitaux sont des structures curatives présentes exclusivement dans les comptoirs et les villes. Les zones qui échappent à leur attraction, de par leur éloignement ou leur enclavement, sont dévolues à des équipes sanitaires mobiles qui se déplacent directement auprès des populations (Gauvrit 2001 ; Commeyras 2005) et développent une médecine préventive et sociale de manière à faire chuter les taux de morbidité et de mortalité. Par le biais de ce système de santé balbutiant, la diffusion des médicaments pharmaceutiques industriels (quinine, nivaquine, pénicilline, vaccins) améliore grandement la situation sanitaire des pays. La plupart des grandes endémies (trypanosomiase, paludisme, bilharziose, lèpre, fièvre jaune, variole...) sont en perte de vitesse avant, pour certains d'entre elles, de reprendre de l'ampleur quelques décennies plus tard.

Les populations africaines, lors des soins qu'elles reçoivent, se rendent vite compte de l'intérêt et de l'efficacité des médicaments pharmaceutiques industriels. « Les antibiotiques en particulier ont contribué à la popularité des médicaments. Ils ont accompli des miracles qui n'avaient jamais été attestés auparavant (...). Des études historiques indiquent que le succès des antibiotiques pour guérir les maladies contagieuses en Afrique, en Asie et en Amérique Latine a beaucoup facilité l'acceptation rapide de la biomédecine et particulièrement des médicaments pharmaceutiques » (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003). Les anthropologues du médicament ont eu à cœur, depuis le développement de leur champ disciplinaire au cours des années 1980, d'explicitier l'appropriation par les populations locales des médicaments pharmaceutiques industriels et la manière dont ceux-ci sont devenus populaires, ordinaires, familiers. Les chercheurs insistent sur leur incroyable diffusion et propagation dans la vie des populations partout sur la planète. Convaincus du fait qu'il s'agit d'une « appropriation culturelle et sociale, non pas d'une façon de penser la santé mais bien d'une sorte de technologie thérapeutique » (Reynolds Whyte 1992), les chercheurs montrent comment les médicaments pharmaceutiques industriels sont réinterprétés et utilisés à l'aune des conceptions locales de la santé et des maladies (Haxaire 2003). Bien que l'on puisse aujourd'hui

⁴⁵ Source : séminaire « Anthropologie du médicament » de l'Institut de Formation en Écologie Humaine et Anthropologie de l'Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, mai 2007.

légitimement se demander si l'introduction de cette technologie spécifique n'a pas également un impact sur la manière de concevoir la santé, il n'empêche que l'efficacité des médicaments est clairement perçue par les populations, qui vont ainsi, dès les années 1950-60, chercher régulièrement les moyens de s'en procurer.

Cependant, présents uniquement dans les services de santé très peu décentralisés à l'époque et à travers quelques rares pharmacies et comptoirs commerciaux privés situés exclusivement dans les grands centres urbains, les médicaments pharmaceutiques industriels restent peu accessibles. Ainsi, petit à petit et semble-t-il dès le début des années 1950, tout au moins au Bénin, s'est développée une vente parallèle aux circuits de distribution formels et fortement adaptée aux réalités locales. Attirées par les gains potentiels générés par cette nouvelle marchandise, des personnes se sont mises à proposer des médicaments sur les lieux de vente habituels des produits de consommation courante, parmi lesquels les ingrédients entrant dans la réalisation des remèdes traditionnels (plantes, écorces, racines) : dans les marchés, dans les rues et sur les chemins par le biais de marchands ambulants, dans les boutiques de village et de quartier. Issus des populations locales, ces vendeurs de médicaments ont l'avantage de partager les conceptions populaires de la santé, des maladies et des médicaments et de pouvoir vendre ces derniers au détail et non uniquement selon le protocole de traitement -qui s'étend généralement sur plusieurs jours- que requiert la thérapeutique de la maladie, comme le font les services de santé. Ce témoignage de Mariam, vendeuse de médicaments à Cotonou, illustre bien la naissance de ce phénomène : « J'ai commencé la vente de médicaments avec ma grand-mère maternelle dans le nord du Bénin. C'était dans les années 1960. Ma grand-mère avait commencé ce commerce avec quelques produits, tels que l'aspro, l'aspirine, la nivaquine, le sédaspir, la pénicilline en pommade, les « mi kpo go kpo » rouge-jaune*... Elle les achetait en pharmacie et les revendait à l'unité parce que les gens n'avaient pas les moyens de se payer la boîte entière. Elle mettait, par exemple, la pénicilline en pommade dans plusieurs petites boîtes qu'elle vendait ainsi moins cher que le tube entier. Ça rapportait bien, ma grand-mère a bien gagné comme cela ».

Cette vente de médicaments hors des circuits formels s'est développée d'autant plus facilement que, comme Alexander Alland l'a fait remarquer à la fin des années 1970 concernant la Côte d'Ivoire, « les médecins et les professionnels de la santé étaient perçus comme des « accessoires non nécessaires » pour l'utilisation des médicaments » (Van der Geest et Reynolds Whyte 2003). Cet « excès de confiance » dans le médicament (Desclaux 2001) a conduit les populations à se passer de consultation médicale et à se fournir directement dans les marchés, auprès de vendeurs ambulants ou dans les boutiques, reproduisant ainsi avec le médicament pharmaceutique industriel les pratiques d'automédication traditionnelles auxquelles elles recourent déjà. L'importance que les populations accordent au médicament pharmaceutique industriel et l'automédication qu'elles pratiquent par son intermédiaire, ont été aussi attestées par une étude, menée dans les années 1980, par Sylvie Fainzang en milieu rural burkinabé. « Au dispensaire, il y a coïncidence entre le nombre de consultants et la quantité de médicaments disponibles. (...). Le nombre de consultants décroît au fur et à mesure que le stock de médicaments s'épuise » (Fainzang 1985).

CHANGEMENTS DE POLITIQUES, PENURIE DE MEDICAMENTS ET DEVELOPPEMENT DU MARCHE INFORMEL (1960-1994)

Aux lendemains des indépendances et jusqu'à la fin des années 1970, le système sanitaire « hospitalo-centré » (Fassin 1987) qui assurait la gratuité des médicaments et des soins a perduré non sans mal. Durant ce laps de temps, les nouveaux gouvernements des pays francophones d'Afrique de l'Ouest ont été confrontés à de nombreux problèmes de gestion de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments, entraînant des ruptures de stock. Le Bénin, qui a accédé à l'indépendance le 1^{er} août 1960, a

* « Mi kpo go kpo » : nom local donné aux gélules d'antibiotique comme ici à la tétracycline conditionnée sous forme de gélule de couleur rouge et jaune. L'appellation locale veut dire littéralement « avalez avec la bouteille », mais il faut en fait comprendre « avalez avec le contenant ». « Bouteille » est à prendre ici au sens large, c'est pourquoi cette expression est souvent traduite par « avalez avec la coque », « avalez avec la capsule ».

connu une pénurie de médicaments entre les années 1976 et 1980, suite à des problèmes de gestion par l'Office National des Pharmacies, organe étatique de distribution des médicaments mis en place au début du régime révolutionnaire marxiste (1972-1990) et qui a eu de 1975 à 1980 le monopole de l'importation des médicaments dans le pays.

Ces pénuries ont bien évidemment accéléré la vente informelle de médicaments. C'est en effet au cours des années 1980 que le phénomène émerge réellement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Au Bénin, le manque de médicaments pousse les vendeurs informels à s'approvisionner dans les pays limitrophes (Kpatchavi 2000), parmi lesquels certains ont une industrie pharmaceutique développée et produisent localement des médicaments (Nigeria, Ghana). L'industrie pharmaceutique nigériane est née au début des années 1950, elle a fondé sa croissance sur des associations avec de grandes sociétés internationales (Pfizer, GlaxoSmithkline and Beecham, Hoffman-La Roche). Sa période faste se situe durant les années 1970 pendant lesquelles les usines tournent à pleine capacité pour satisfaire la demande nationale et régionale (Montigny et Ham 2003). Les liens entre le Bénin et le Nigeria sont depuis toujours nombreux, diverses vagues de migration ont permis l'installation des deux côtés de la frontière de populations partageant la même langue et la même culture, les peuples yoruba (Cornevin 1981). Des activités commerciales se sont très tôt développées entre les deux pays (Igue et Soule 1992). Ainsi, le Nigeria constitue, à partir des années 1970, une des sources majeures d'approvisionnement du marché informel du médicament béninois.

Les échecs du système sanitaire formel ainsi que l'impossibilité de maintenir la gratuité des soins et des médicaments ont conduit les gouvernements des pays francophones d'Afrique de l'Ouest à changer de politique de santé. Ces changements ont été initiés par deux conférences internationales.

La conférence d'Alma Ata organisée par l'OMS en 1978 promeut un nouveau modèle d'action sanitaire, celui des Soins de Santé Primaires. Il entend pallier les carences du modèle en cours en proposant un système de santé accessible à tous et capable de répondre aux besoins de toute la population. Le slogan caractéristique de cette nouvelle politique est « la santé pour tous en l'an 2000 ». Son axe dominant est la lutte contre les inégalités en matière d'accès aux soins. Ainsi, en opposition à « l'hospitalo-centrisme », elle met en avant l'importance du niveau local (la communauté villageoise) dans l'organisation du système de santé. Parallèlement aux Soins de Santé Primaires, l'OMS met également en avant la politique de « médicaments essentiels ». Ce concept souligne la nécessité pour les pays d'acquiescer en priorité un nombre limité de médicaments essentiels peu coûteux. Il met en avant quatre propriétés constitutives de ces médicaments : l'efficacité thérapeutique, la sécurité, la satisfaction des besoins de santé des populations et l'économie dans des contextes où l'utilisation optimale de ressources financières limitées est recherchée (Van der Geest 2002). Une grande partie des produits inscrits sur la liste des médicaments essentiels des différents pays est composée de génériques, c'est-à-dire des copies de médicaments princeps dont le brevet est tombé dans le domaine public et pour lesquels l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties. La production de génériques, n'impliquant pas de frais de recherche et développement ni d'études cliniques (Jeunemaitre 1988), confère à ces produits un coût bas comparativement aux médicaments dont le brevet court toujours. A partir des années 1970-80, période où les brevets de toute une génération de médicaments découverts dans les années 1960 viennent à expiration, de nombreux fabricants de médicaments génériques apparaissent un peu partout dans le monde et pour ce qui intéresse les pays africains, dans des pays d'Asie tels que l'Inde, la Chine et l'Indonésie.

En 1987, l'initiative de Bamako vient renforcer la politique des Soins de Santé Primaires. Toujours sous l'égide de l'OMS, cette conférence internationale porte la volonté d'améliorer encore l'offre de santé en étendant la couverture géographique des services de santé de base et en rationalisant leur fonctionnement. Un de ses principes majeurs est d'instituer le recouvrement des coûts des prestations et des médicaments. C'est une logique de réduction des coûts de la santé, ou plutôt d'externalisation de la sphère publique vers le malade, qui se met en place (Gauvrit 2001). Les dépenses de santé, jusqu'alors gratuites, sont à partir de ce jour en partie prises en charge par les patients qui vont se trouver devant l'épineux problème de la mobilisation d'argent pour la santé (Baxerres et Le Hesran 2004).

Au Bénin, ces politiques sanitaires ne sont pas sans conséquences sur le développement du marché informel du médicament. Les populations, qui doivent à présent payer de leur poche les médicaments, se

mettent à chercher les moyens de les obtenir à moindre coût. C'est ce que propose le marché informel. Permettant d'acheter les médicaments au détail, il offre aussi la possibilité de dépenser moins d'argent à la fois.

La réalité financière à laquelle se confrontent les populations, est renforcée par les politiques économiques que les gouvernements mettent en place pour faire face à la faillite qui les accable depuis la fin des années 1970. Les Plans d'Ajustement Structurel (PAS) promus par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International entendent limiter les dépenses publiques par la baisse de l'emploi public et la privatisation progressive des entreprises nationales. Ils ont entraîné des effets sociaux catastrophiques dans la plupart des pays où ils ont été mis en place (Lautier 1991 ; Gruénais 2001 ; Bayart 1997). Jean-François Werner (1996) y voit une des causes de la « paupérisation d'une partie de plus en plus importante de la population ». Il explicite leurs effets en ces termes : « On peut dire que, si leurs résultats, en termes macro-économiques, se font toujours attendre, par contre leurs incidences sociales négatives sont clairement visibles au niveau de l'augmentation du chômage, de la baisse de la qualité de l'enseignement et de la dégradation des soins médicaux ». Le Bénin s'engage dans son premier PAS de 1989 à 1991, puis dans son deuxième de 1991 à 1994 (Savina et Boidin 1996). La dévaluation de 50% du Franc CFA, décidée à Dakar le 11 janvier 1994 par les chefs d'Etats des pays africains de la zone Franc, pose également de nombreux problèmes économiques et sociaux (Conte 1994). Les sociétés grossistes-répartiteurs, chargées pour le secteur privé d'importer les médicaments et de les distribuer dans les officines du pays, doivent alors payer aux laboratoires du Nord des notes de 50% plus coûteuses. Au Bénin, il s'en suit une nouvelle pénurie de médicaments qui a duré plusieurs mois et a encore accéléré le développement du marché informel. Celui-ci réalise en 1994 une croissance sans précédent (Pennaforte 1999).

Pendant ce temps, la nouvelle industrie pharmaceutique des pays émergents du Sud, stimulée par la politique de médicaments essentiels (Whyte 2002) et dont les produits sont moins coûteux, concurrence l'industrie pharmaceutique du Nord. Ses médicaments envahissent peu à peu le marché formel de pays aux politiques économiques libérales qui supposent que le libre jeu de la concurrence s'applique à l'ensemble des marchandises dont les médicaments. Les pays anglophones voisins du Bénin, le Nigeria et le Ghana, voient ainsi leurs sources d'approvisionnement en médicaments changer. Alors que dans les années 1970, les pays d'Europe fournissent plus de 80% des médicaments importés au Ghana, ils n'approvisionnent aujourd'hui plus que 15% du marché. L'industrie indienne qui est en 1970 quasiment inexistante parmi les fournisseurs du Ghana, représente aujourd'hui environ 70% des importations de médicaments dans ce pays⁴⁶. Ces « nouveaux » médicaments, présents dans les deux pays anglophones depuis plus d'une vingtaine d'années, sont tout juste en train d'apparaître sur le marché formel des pays francophones d'Afrique de l'Ouest dont la politique économique, et tout au moins en matière de médicaments, est moins libérale et peut-être encore conditionnée à des relations historiques. En effet, ces pays étaient il y a une dizaine d'années encore dépendants à 95% de l'industrie pharmaceutique française pour leur approvisionnement en médicaments (Werner 1996). On retrouve par contre massivement ces « nouveaux » médicaments parmi ceux du marché informel. Ils se singularisent des médicaments pharmaceutiques que l'on trouve dans les officines de pharmacie car ils sont l'objet de stratégies de marketing, visant le consommateur, qui les habillent d'emballages très colorés sur lesquels sont souvent représentés les effets attendus du médicament (photos et dessins illustrant le mal que traite le produit).

LA PROFESSIONNALISATION PROGRESSIVE D'UN COMMERCE INFORMEL ET POPULAIRE

Les réformes des systèmes de santé des pays francophones d'Afrique de l'Ouest ne sont pas parvenues à améliorer la situation sanitaire des populations. Plusieurs études relatent les échecs des nouveaux modèles et insistent particulièrement sur les problèmes auxquels se heurte le secteur public. Joseph Brunet Jailly

⁴⁶ Source : entretien avec l'actuel second en chef de l'exécutif de la *Food and Drugs Board*, agence nationale chargée de la régulation (garantie de sécurité, qualité, efficacité) concernant la nourriture et les médicaments au Ghana, juillet 2007.

souligne « le faible empressement, voire l'opposition déterminée mais obstinément silencieuse, des Etats à adopter une politique pharmaceutique donnant la priorité à la satisfaction des besoins des malades sur la préservation des marges des intermédiaires et de leurs dépendants ; l'inertie du personnel des services de santé publics, qui est désormais habitué à profiter de la situation de délabrement des formations sanitaires dans lesquelles il travaille pour développer une pratique privée en marge du secteur public, dans des conditions généralement illicites mais tacitement tolérées, et à ne se mobiliser que si un projet conçu à l'extérieur et financé par l'extérieur vient lui apporter quelques avantages en espèces ou en nature » (Brunet-Jailly 1997 : 339). Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003) ont analysé dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest les dysfonctionnements du système de santé. Ils explicitent ainsi son « informalisation ».

Face à cela, ou plutôt en lien avec, le marché informel du médicament prospère. Les nombreux avantages qu'il propose aux populations, tant économiques que culturels et sociaux (vente dans des lieux familiers par des personnes qui partagent leurs perceptions de la santé et des maladies), lui assurent une forte demande (Baxerres et Le Hesran 2006). Au Bénin, certains vendeurs, qui au départ s'adonnent à ce commerce entre autres marchandises, se sont spécialisés au cours des années 1980 dans le médicament pharmaceutique industriel. Tant et si bien que, à côté des nombreux vendeurs détaillants -majoritairement féminins au Bénin par contraste avec les pays sahéliens où ce sont principalement des hommes- qui émaillent la capitale économique béninoise (boutiquières, tenancières d'étals dans la rue, marchandes ambulantes, vendeuses de bord de voie) et proposent des médicaments entre autres produits de consommation courante, un secteur spécialisé, grossiste et informel du médicament s'est peu à peu constitué dans le grand marché Dantokpa de Cotonou, réputé l'un des plus grands d'Afrique de l'Ouest. Les vendeurs grossistes qui, dans les années 1970, se fournissent majoritairement au Nigeria, se mettent à partir des années 1980-90 à diversifier leurs sources d'approvisionnement. Ils obtiennent alors plus intensément des médicaments à partir des circuits formels de distribution et du secteur caritatif du Bénin -je parle dans ces cas de « réorientations » dont les vecteurs sont une multitude de professionnels de la santé, travaillant dans le secteur privé comme public et étant positionnés à différents niveaux de la pyramide sanitaire- ainsi que des autres pays voisins (Ghana, Togo, Burkina Faso, Niger), voire de pays plus lointains (République du Congo, Cameroun, Sénégal, Gabon). Lorsqu'ils proviennent de pays francophones, les médicaments sont « réorientés » par des professionnels de la santé et acheminés de façon informelle (sans remplir les conditions douanières formelles d'importation de médicaments) au Bénin. Les médicaments qui proviennent de pays anglophones (Ghana, Nigeria), sont achetés dans ces pays auprès de grossistes, en partie formels, et acheminés informellement au Bénin. Ce sont les « nouveaux » médicaments dont il était question précédemment, qui peuvent parfois aussi provenir de la République du Congo et sont alors acheminés directement dans le marché par des personnes originaires de ce pays. Reprenons le fil de l'histoire contée par Mariam : « Ça a vraiment commencé aux alentours de 1975 avec des produits qui venaient du Nigeria et aussi les produits des ONG. Les ONG avaient des produits et au lieu de donner ça aux gens, ils vendaient ça dans le marché par exemple à 2000 Fcfa, nous on le revendait à 3500 Fcfa et à la pharmacie c'était vendu à 5000 Fcfa ou plus... Il y avait aussi un laboratoire à Cotonou qui faisait les nivaquine en sachet et ça aussi, ça venait sur le marché. Et puis tout ça a encore pris de l'ampleur avec les ministères, les labos, tout ça là... il y avait de plus en plus de médicaments qui arrivaient sur le marché... et petit à petit on est arrivé au niveau d'aujourd'hui »*.

Progressivement donc, le marché informel du médicament a pris de l'ampleur. Il constitue aujourd'hui un véritable secteur d'activités générateur de multiples revenus. Revenus modérés pour les grossistes et faibles pour les détaillants, ils permettent néanmoins à plusieurs milliers de personnes, rien qu'à Cotonou, d'obtenir de quoi vivre ou survivre. Dans le contexte africain actuel de dégradation des conditions matérielles d'existence, cela peut peut-être expliquer en partie la relative « impuissance » de l'Etat face à ce phénomène décrié, officiellement illicite et pourtant semble-t-il toléré.

* Mariam parle dans un premier temps de la Pharmaquick, firme installée à Cotonou depuis 1982 et qui produit exclusivement des médicaments génériques sous forme de comprimés. Elle fait ensuite référence à la Centrale d'Achat en Médicaments Essentiels, créée au Bénin en 1994, ainsi qu'aux grossistes-répartiteurs privés qui se sont à partir des années 1980 peu à peu installés dans le pays.

Le marché informel du médicament s'est progressivement professionnalisé, c'est-à-dire que certains vendeurs (les grossistes notamment) se sont peu à peu spécialisés dans ce commerce spécifique et qu'ils ont acquis pour la réalisation de celui-ci des compétences professionnelles précises, même si elles ne sont pas à la mesure des exigences biomédicales : maîtrise des effets des différents médicaments, connaissance précise des produits selon certains critères (nom, stylisme de l'emballage, nombre de comprimés ou gélules contenus), capacité à compter rapidement les comprimés vendus en vrac, maîtrise des sources d'approvisionnement et gestion financière des stocks. Les vendeurs proposent toujours plus de médicaments (des génériques et des produits princeps, des spécialités pharmaceutiques et des médicaments vendus sous dénomination commune internationale) et vendent des produits que l'on trouve à la fois dans les pharmacies du Bénin et à la fois dans les pharmacies et les « drugstores » des pays anglophones voisins. La professionnalisation de ce commerce informel est aussi manifeste à travers la « formalisation » progressive des pratiques de vente. En effet, sans nier la présence de contrefaçons médicamenteuses ni de modes de conservation plus que douteux dans certains cas, il apparaît que celles-ci se conforment sur certains aspects -et tout au moins en apparence- de plus en plus aux règles biomédicales et pharmaceutiques. Très probablement sous l'effet des campagnes de sensibilisation contre les médicaments « de la rue » dont sont abreuvées les populations de Cotonou et pour conserver leur clientèle, les vendeuses -dont certaines sont loin d'avoir un niveau d'études nul- prêtent de plus en plus attention au mode de conservation de leurs produits : vente à l'abri du soleil, maintien des médicaments dans des contenants hermétiquement fermés, à l'abri de la poussière, attention portée aux dates de péremption, vente des médicaments génériques en vrac reconditionnés dans les mêmes sachets que ceux qu'utilisent les centres de santé. Cette professionnalisation n'empêche pas le marché informel de rester extrêmement adapté aux réalités locales. Les médicaments y sont indéniablement moins chers qu'en pharmacie et ce marché s'est adapté à la vie urbaine et à ses exigences d'efficacité. Les médicaments y sont vendus rapidement et dans des lieux très facile d'accès, comme le soir à la sortie des « services » au carrefour des grandes voies de circulation. Cette vente informelle permet toujours aux populations de consommer des médicaments comme elles l'entendent, selon leurs perceptions de la santé et des maladies (en automédication, en prévention), même si celles-ci sont en décalage avec les recommandations de la biomédecine. Elle leur propose de plus des médicaments aux emballages attrayants, savamment mis au point par les firmes pharmaceutiques des pays émergents d'Asie, qui ne sont pas disponibles en pharmacie et auxquels elles se sont habituées. Ainsi, le marché informel du médicament se professionnalise tout en restant populaire. Cette professionnalisation, notion dont l'étymologie latine *professio* signifie « déclaration publique », apparaît comme une donnée importante à la fois dans la stabilisation de ce commerce informel, qui bien qu'il soit illicite se pratique au vu et su de tous, et dans sa connexion aux flux mondiaux.

CONCLUSION : MARCHE INFORMEL DU MEDICAMENT ET MONDIALISATION

Trois raisons expliquent, de notre point de vue, l'émergence, le développement et le maintien du marché informel du médicament au Bénin et plus globalement dans l'ensemble des pays francophones d'Afrique de l'Ouest : 1) la mauvaise adaptation du système formel de distribution des médicaments aux réalités locales que vivent les populations africaines, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, 2) les dysfonctionnements internes de ce même système de distribution formel qui ont perduré voire se sont amplifiés au cours des différentes réformes du système de santé, 3) et enfin la présence de pays anglophones voisins dont la gestion économique du médicament diffère et qui ont sur leur territoire des médicaments moins coûteux, soit qu'ils produisent, soit qui proviennent des pays émergents d'Asie.

Il semble bien qu'aujourd'hui le marché informel du médicament des pays francophones d'Afrique de l'Ouest soit une illustration de l'insertion, par l'informel, des économies africaines dans les flux de la mondialisation (Botte 2002). Il accélère la libéralisation économique encore balbutiante de cette marchandise dans le circuit formel des pays francophones d'Afrique de l'Ouest en raison peut-être d'héritages coloniaux mais aussi de contraintes linguistiques. En effet, même si les circuits de distribution formels semblent aujourd'hui s'ouvrir au marché international et qu'ils proposent davantage de médicaments génériques peu coûteux dont certains proviennent effectivement de laboratoires asiatiques, le marché informel, lui, met à disposition des

populations béninoises depuis déjà plus de 20 ans un nombre élevé de médicaments attractifs à des coûts modiques. A ce sujet, il convient de noter le glissement théorique, qui s'est opéré dans les sciences sociales depuis la fin des années 1990, du concept d'économie informelle à celui de mondialisation. Forts de constat de ce type, réalisé ici par des chercheurs travaillant sur la problématique du genre, « l'économie informelle, souterraine, est exclue des recherches sur la mondialisation et là se concentrent la majorité des travailleuses des pays du Sud » (Falquet 2006), des sociologues et anthropologues qui s'intéressent depuis une vingtaine d'année à l'économie informelle ont tendance aujourd'hui à analyser de façon critique ce phénomène sous le prisme de la mondialisation. Allant à contre courant des analyses dominantes, ils postulent par exemple que l'essor du marché du travail informel est particulièrement révélateur du mouvement de mondialisation qui propose une réorganisation néolibérale du travail. Tout comme « le travail est un vecteur d'analyse de la mondialisation 'par le bas' », nous postulons que la circulation transnationale des médicaments et les différentes formes qu'elle prend suivant les pays, met en évidence l'immixtion du processus actuel de mondialisation néolibérale dans le domaine spécifique de la santé. D'une certaine manière, on peut se demander si le développement international de l'industrie pharmaceutique n'impose pas de nouvelles formes au système pharmaceutique des pays, formes qui ne sont pas forcément en adéquation, et tout au moins à un instant précis de l'histoire, avec celles qu'impose l'Etat (informalité).

Ainsi, alors que l'industrie pharmaceutique constitue le secteur économique le plus rentable au monde (Desclaux 2003), les questions que pose aujourd'hui le marché informel du médicament à Cotonou sont celles qui sont aussi en débat dans les sociétés occidentales. Que penser de la libéralisation économique de cette marchandise résolument pas comme les autres (Moine-Dupuis 2007) ? Comment les intérêts de la santé publique peuvent-ils se positionner face aux intérêts économiques des producteurs (firmes pharmaceutiques du Nord comme du Sud), des consommateurs (dépenser moins ou peu pour la santé) et de l'Etat (continuer à ne pas s'investir ou faire des économies de soins de santé) ? Comment interpréter la promotion actuelle de l'automédication et des médicaments OTC (« over the counter », vendus sans la prescription préalable d'un médecin) par les firmes pharmaceutiques ainsi que leur encouragement par certains Etats ?⁴⁷ Que deviendra le monopole, garant de la qualité et de la dispensation adéquate du médicament, actuellement ébranlé de la profession de pharmacien en France et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest face au modèle libéral Anglo-Saxon ?

Néanmoins, provoquant la diversification des sources d'approvisionnement, la libéralisation économique du médicament a pour effet direct un abaissement du coût des produits. Ainsi, dans un contexte où l'Etat a du mal à assumer son rôle de régulateur économique et social, où la mise en place d'un système de protection sociale en matière de santé est loin d'être à l'ordre du jour et où les lobbys pharmaceutiques du Nord proposent toujours des médicaments coûteux à des populations insolubles, on en vient à se demander si cette mondialisation pharmaceutique, pourtant si critiquable du point de vue de la santé publique de par la perte de contrôle sanitaire qu'elle implique, n'a pas néanmoins et pragmatiquement quelques effets positifs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aballea F (1987), *Le besoin de santé, les déterminants sociaux de la consommation*, Paris, PUF.
- Baxerres C, Le Hesran J.Y (2004), « Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies », *Sciences Sociales et Santé*, Vol 22, n°4, p.5-23.
- Baxerres C, Le Hesran J.Y (2006), « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, Les atouts d'une offre de soins populaire », *Anthropologie et Sociétés*, vol 30, n°3, p.219-230.
- Bayart J.F, Ellis S, Hibou B (1997), *La criminalisation de l'Etat en Afrique*, Bruxelles, Editions Complexe.
- Blitman S (2006), « L'Afrique malade des médicaments », *Alternatives économiques*, n°243, 50-52.

⁴⁷ Voir à ce sujet les articles parus récemment dans la presse française et par exemple celui intitulé « *Les médicaments sans ordonnance devraient être en accès libre avant le 1^{er} juillet* », paru le 18 janvier 2008 dans le quotidien *Le Monde*.

- Botte R (2002), « Economies trafiquantes et mondialisation : la voie africaine vers le « développement » ? » *Politique Africaine*, n°88, p.131-150.
- Botte R (2004), « Introduction au thème Globalisation et illicite en Afrique : Vers un Etat illégal-légal ? », *Politique Africaine*, n°93, p.7-20.
- Brunet-Jailly J (1997), *Innover dans les systèmes de santé, Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Charmes J (1987), « Débat actuel sur le secteur informel », *Tiers-Monde*, tome 28, n°112, p.855-875.
- Commeyras C (2005), *Des soins pour les plus pauvres, le défi du désendettement : le médicament, moteur de la demande autant que carburant de l'offre dans les pays en développement, priorité à la formation dans une approche sous-régionale (exemple au Cameroun)*, Thèse de doctorat de Santé Publique et Sciences de l'information biomédicale, Université de Paris IV Pierre et Marie Curie, 206 p.
- Conte B (1994), « L'après dévaluation, hypothèses et hypothèques », *Politique Africaine*, n°54, p.32-46.
- Cornevin R (1981) [1962], *La République Populaire du Bénin. Des origines Dahoméennes à nos jours*, Paris, Maisonneuve et Larose.
- Desclaux A (2001), « L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? », in : *L'observance aux traitements contre le VIH/sida : mesures, déterminants, évolution*, Collection Sciences sociales et Sida, ANRS, p.57-66.
- Desclaux A (2003), « Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée », *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, n°2, p.41-58.
- Desclaux A, Lévy J.J (2003), « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, n°2, p.5-21.
- Dorio Rawei E (1987), *La vente illicite des produits pharmaceutiques au Bénin*, Mémoire de l'école nationale d'assistants sociaux, Cotonou, UNB-ENAS, 39 p.
- Dozon J.P (1985), « Quand les Pastorien traquaient la maladie du sommeil », *Sciences Sociales et Santé*, vol 3, n°3-4, p.27-56.
- Fainzang S (1985), « La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bissa du Burkina », *Sciences Sociales et Santé*, vol 3, n°3-4, p.106-128.
- Falquet J, Hirata H, Lautier B (2006), « Les nouveaux paradoxes de la mondialisation », *Cahiers du genre*, n°40, p.5-14.
- Fassin D (1987), « La santé, un enjeu politique », *Politique Africaine*, n°28, p.2-8.
- Fassin D (1996), *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, PUF.
- Gauvrit E (2001), « L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud », *Cahiers Français*, n°302, p.90-96.
- Gruénais M.E (2001), « Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique », in : *Hours B, Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, p. 67-85.
- Haxaire C (2003), « « Toupaille », kits MST et remèdes du « mal d'enfants » chez les Gouro de Zuénoula (Côte-d'Ivoire) », *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, n°2, p.77-95.
- Igue O.J, Soule B.G (1992), *L'Etat-entrepôt au Bénin. Commerce informel ou solution à la crise ?* Paris, Karthala.
- Jaffré Y, 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, APAD - Karthala.
- Jeunemaitre A (1988), « Où va le « générique » ? », *Prospective et santé*, n°47-48, p.191-196.
- Kpatchavi C.A (2000), *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin, le cas du paludisme : éléments empiriques pour une anthropologie de la santé*, Thèse de doctorat, département d'anthropologie appliquée, Université de Fribourg, Allemagne, 194 p + annexes.

- Lautier B (1994), *L'économie informelle dans le tiers monde*, Paris, La découverte, repères n°155.
- Lautier B, de Miras C, Morice A (1991), *L'Etat et l'informel*, Paris, L'Harmattan.
- Moine-Dupuis I (2007), *Le médicament et la personne, aspects de droits international*, Paris, LexisNexis Litec.
- Mongin C (1989), « Le médicament et l'Afrique : la citadelle ébranlée, des certitudes aux doutes », *Agora*, n°10-11, p.121-128.
- Montigny M, Ham L (2003), *Les opérateurs en produits pharmaceutiques au Nigeria, Guides répertoires des missions économiques, Mission économique de Lagos*.
- Pennaforte S (1999), *La contrefaçon des médicaments, Thèse de Pharmacie, Paris, Université Paris V, Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques*, 129 p.
- Polanyi K, Rotstein A, 1966, *Dahomey and the slave trade: an analysis of an archaic economy*, Seattle, University of Washington Press.
- Savina M.D, Boidin B, 1996, *Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'Etat : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin, Tiers Monde*, n°148, p.853-874.
- Shakoor O, Taylor RB, Behrens RH (1997), « Assessment of the incidence of substandard drugs in developing countries », *Tropical Medicine and International Health*, n°2(9), p.839-845.
- Van Der Geest S (1982), « The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration », *Medical Anthropology*, vol 6, n°4, p.197-219.
- Van Der Geest S, Reynolds Whyte S (2003), « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, n°2, p.97-117.
- Werner J.F (1996), « D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique », in : Benoist J, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Collection Médecines du monde, Paris, p.363-392.
- Whyte S.R (1992), « Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda », *Culture Medicine and Psychiatry*, n°16, p.163-186.
- Whyte S.R, Van Der Geest S, Hardon A (2002), « Health planners: making and contesting drug policy », in : *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, p.146-160.

6.6. LEGITIMITE DU SAVOIR MEDICAL SUR LA DREPANOCYTOSE AU BENIN

Doris Bonnet et Agnès Lainé

En janvier 2004, la communauté scientifique médicale spécialiste de la drépanocytose, maladie génétique à forte prévalence en Afrique, se rassemble à Cotonou (Bénin) à l'occasion du deuxième congrès international organisé par le Réseau francophone de lutte contre la drépanocytose (RFLD)¹. A côté de médecins de renom, des représentants d'associations de malades du Sud et du Nord, diverses professions de santé (personnel paramédical) et quelques rares spécialistes de sciences sociales viennent exposer leurs travaux.

Un événement viendra troubler le rythme conventionnel de ce type de manifestation. Le deuxième jour du congrès, un biochimiste béninois, Jérôme M.F.², vendeur d'un remède issu de la pharmacopée locale pour traiter la drépanocytose, non invité mais s'étant acquitté de ses droits d'inscription, profite de l'opportunité du débat qui suit une intervention sur la médecine traditionnelle, pour affirmer une légitimité que les instances locales et internationales lui refusent.

Située au confluent de divers registres de savoirs et de pratiques qui intègrent les discours de la biomédecine, et des procédés de fabrication et de commercialisation issus de la pharmacie (conditionnement en boîtes, gélules, comprimés accompagnés de posologies...), cette figure de thérapeute, en mal de légitimité, est représentative d'une nouvelle forme de médecine traditionnelle.

Ces "néo-guérisseurs" sont-ils assimilables à des naturopathes ou des phytothérapeutes, installés en ville, souvent issus de la classe moyenne, et contribuant, actuellement, à placer sur le marché de l'offre de soins de nouveaux produits, parfois avec l'assentiment des instances sanitaires locales ? Certains d'entre eux entrent en désaccord ou sont en porte-à-faux avec les médecins hospitaliers du Sud. Ils peuvent néanmoins se placer sur la scène scientifique, politique ou associative en jouant de positions établies à la fois dans le champ de la biomédecine et dans celui des médecines locales. Cette situation provoque une vive tension entre différents acteurs : « néo-thérapeutes », médecins hospitaliers, personnels des ministères nationaux de la Santé et des divisions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000a, 2002), avec, au centre de cette arène, de nouveaux acteurs en phase de professionnalisation appelés « médiateurs culturels ».

Il paraît pertinent pour l'ethnologue et l'historienne d'interroger ces conflits d'intérêt, qui mettent en exergue le statut du savoir médical en Afrique subsaharienne, d'autant que cette situation n'est pas propre à la drépanocytose ou au Bénin. Dans le contexte actuel d'une concurrence économique, le malade devient un objet de convoitise de la part de différents acteurs qui se disputent le champ thérapeutique, avec chacun son mode de légitimation. De leur côté, les malades ont leurs propres stratégies et modes de résistance à la captation de ces différents thérapeutes. Ils ont le souhait de se réapproprier le savoir médical et de s'insérer dans les structures associatives de santé, au besoin pour bénéficier de nouveaux soins ou, au contraire, pour s'en affranchir, dans une recherche d'autonomisation du rapport au soin.

Cette médecine dite néo-traditionnelle s'inscrit, sans doute, dans les pas d'un débat suscité dans les années 1970-1980 autour de la « revalorisation » de la médecine traditionnelle comme production identitaire politique (Dozon, 1987). Elle engage aujourd'hui un questionnement posé par de nouveaux acteurs sociaux dans le cadre de rapports de force consécutifs à l'internationalisation des enjeux sanitaires.

¹ Le RFLD est une association internationale de malades drépanocytaires créée par Edwige Ebakissé Badassou en 1999 pour fédérer les associations nationales de lutte contre la drépanocytose des pays francophones. Elle est devenue en 2005 l'Organisation internationale de lutte contre la drépanocytose (OILD) afin d'élargir le réseau à d'autres pays non francophones.

² Certains anthroponymes cités dans le texte ne correspondent pas aux noms des informateurs.

Déjà, dans un article fécond publié en 1988, Eric et Didier Fassin introduisaient la question de la mise en concurrence et de la légitimité des médecines « traditionnelle » et « scientifique » au Sénégal, montrant que l'étude de la légitimité devait « être analysée, ainsi qu'elle peut être vécue, non comme une donnée mais comme un enjeu social » (1988 : 212). Cette approche nous a particulièrement intéressées car elle propose un angle d'attaque associant les analyses de l'anthropologie et de l'histoire pour une compréhension plus profonde des contextes africains. Prenant appui sur leurs analyses, nous avons voulu réaliser une analyse des conflits de légitimité au Bénin dans le champ de la santé à partir de ce congrès scientifique.

Dès 1985, il avait été donné à l'historienne de constater l'émergence de ces nouveaux thérapeutes³. Un guérisseur ayant fait des « études de médecine »⁴, s'était forgé une réputation dans le domaine de la drépanocytose avec un traitement « traditionnel ». Il s'interrogeait sur la possibilité de conditionner son traitement sous forme de comprimés « comme ils le faisaient déjà au Nigeria ». Son efficacité thérapeutique faisait l'objet de questions dans le milieu hospitalier sans que cela suscite de véritables tensions, d'autant que la médecine scientifique, pour cette pathologie, ne peut, au Sud, que se limiter au diagnostic, à des conseils préventifs et à quelques traitements palliatifs. Les malades essayaient donc, comme c'est encore souvent le cas, les différents modes thérapeutiques l'un après l'autre ou concomitamment.

Depuis vingt ans, la situation a néanmoins profondément changé. La démocratisation du régime politique béninois, consécutive à la fin des liens avec l'ex-URSS, s'est accompagnée de la libéralisation de l'économie béninoise. Les fluctuations de l'aide internationale au développement sanitaire et la crise du système de santé ont eu pour corollaire les politiques de revalorisation de la médecine traditionnelle défendue tant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000b) que par les Etats et des associations transnationales. De nouvelles églises se sont multipliées dans un processus de globalisation et de patrimonialisation des cultures africaines-américaines⁵. Ces transformations ont déterminé une politique de défense des ressources thérapeutiques locales par des systèmes de brevetage. Tout cela laisse supposer un accroissement des enjeux de concurrence économique pour les acteurs oeuvrant dans le champ de la santé au Bénin.

METHODOLOGIE

La méthode de travail adoptée à l'occasion de ce congrès sortait des champs d'investigation habituels de l'anthropologie et de l'histoire. Le congrès représentait un contexte de communication permettant d'identifier les acteurs qui revendiquent un savoir scientifique sur la drépanocytose. La position de l'ethnologue comme celle de l'historienne n'était ni clandestine ni déguisée, mais le statut événementiel de l'enquête se confondait à l'objet de l'enquête : l'observation et l'analyse des tensions entre les différents acteurs concernés par la prise en charge de la drépanocytose. Il s'agissait aussi d'observer *in situ* un débat public où certains acteurs voulaient en exclure d'autres (le néo-guérisseur considéré comme un « charlatan »), puisqu'un congrès est fondé sur un principe de reconnaissance.

Notre volonté de mener, parallèlement et ultérieurement au congrès, des entretiens avec ce biochimiste béninois a suscité de la part de médecins et surtout de représentants d'associations de malades, le besoin d'identifier « de quel bord » nous étions (Céfaï, 2003 : 614). Cette situation révélait que le chercheur ne pouvait pas être neutre et devait obligatoirement être « complice » d'un des protagonistes du débat (*ibid.* :

³ Enquêtes réalisées dans le cadre d'une recherche doctorale (Paris I).

⁴ Lors de notre enquête en 2004, des thérapeutes installés en ville nous ont souvent dit qu'ils avaient fait « des études de médecine », ce qui peut recouvrir diverses formations dans le domaine de la biologie ou de la santé.

⁵ Ainsi l'association PROMETRA, dont le siège est à Dakar, possède des antennes dans de nombreux pays d'Afrique et aux Etats-Unis. Elle promeut un afrocentrisme essentialiste tourné vers le retour à la terre d'origine des membres de la « diaspora ». Elle a inauguré avec l'Etat béninois la Voie du Souvenir sur la route des esclaves depuis Abomey jusqu'à la plage où se dresse la « Porte du non-retour ». Elle organise des échanges entre Caraïbes, Etats-Unis et Afrique (cf. Simon, 2003). Dans ce contexte, on observe chez certains malades drépanocytaires des Caraïbes et des Etats-Unis une utilisation de la maladie dans une perspective de recherche des origines génétiques comme en témoigne l'article de Keclard *et al.* (2004). Par ailleurs on observe depuis quelques années un tourisme spirituel-médical de cette diaspora qui se tourne vers ces figures emblématiques du patrimoine culturel vodun-orisha (voir aussi Bastian *et al.*, 2001 ; Tall, 2003, 2005).

608). Le fait de se sentir dans le domaine du « connaître » et non de l'« agir » ne nous rendait pas, pour autant, aux yeux des autres hors, du débat public. Notre propre légitimité scientifique devait passer par la « dénonciation » du charlatanisme de ce guérisseur.

EMERGENCE, HISTORICITE, PARCOURS DE LEGITIMATION DANS LE SUD DU BENIN

LE RETOUR DE LA TRADITION AU PERIL DE L'HISTOIRE

Les termes de praticiens traditionnels et de tradi-thérapeutes entérinés par l'usage, ont été souvent commentés par les sciences sociales dans le contexte d'une remise en cause de l'opposition tradition/modernité, considérant que la modernité se construit constamment à partir d'éléments de la tradition recomposés par l'histoire contemporaine. Trois critiques s'appliquent à la notion de médecine traditionnelle. La première est de masquer la diversité des situations sociales, des pratiques, des savoirs et des légitimités existant au sein de cette catégorie. La deuxième est de créer l'illusion d'une catégorie professionnelle située en dehors de l'histoire – celle des échanges économiques et culturels mais aussi des dynamiques internes – jusqu'à son surgissement dans le temps colonial par différence (et par opposition) à une médecine allogène qualifiée de moderne⁶. La troisième critique est de réduire les médecines « traditionnelles » au seul champ du médical (Bonnet, 1988). Or, ainsi que le rappelle Dozon (1987), en Afrique, l'univers thérapeutique « traditionnel » traitant du malheur, de ce qui est de son ordre (normes, représentations) et de ce qui vient le troubler (tensions, transgressions, malheurs collectifs), est coextensif au champ social, religieux, politique. Le pouvoir politique ne s'y trompe pas, qui, au Bénin, les a mis sous surveillance dans les années 1975-1979 au cœur de la période marxiste-léniniste. La réduction du rôle des guérisseurs à la manipulation des plantes médicinales n'est pas sans signification si l'on considère que d'autres réductions ont eu lieu sous d'autres régimes politiques : quand des colonisateurs les qualifiaient de « sorciers » ou de prêtres-guérisseurs, les renvoyant ainsi du côté des pratiques magico-religieuses. Circonscrits aux temples et aux bois sacrés à l'époque coloniale, puis contraints à la discrétion dans les années de la République populaire du Bénin, les thérapeutes traditionnels et les chefs de culte des *vodun* bénéficient à présent d'un regain de considération qu'on pourrait analyser superficiellement comme le retour du refoulé si celui-ci ne révélait des dynamiques et des enjeux absolument contemporains, que l'on commence ici et là à analyser⁷. Dans le champ médico-religieux, les figures actuelles du prêtre *vodun* et du guérisseur (qui entretiennent des relations complexes sans se confondre) incarnent, entre autres, l'idée de résistance à la domination européenne symbolisée notamment, dans le domaine de la santé, par l'hégémonie des laboratoires pharmaceutiques du Nord. Après les années marxistes, la démocratisation du régime conjuguée à son incapacité à réduire la crise du système de santé, a élargi les interstices par lesquelles certains guérisseurs lettrés et urbains ont tenté d'investir le champ médical en jouant à la fois de leurs valeurs propres et de normes relevant de la médecine scientifique. Ces « nouveaux » guérisseurs étaient issus de familles qui détenaient déjà en leur sein de nombreux thérapeutes, ce qui résulte de logiques de transmission de savoirs et de pouvoirs ancestraux.

Au cours du XX^e siècle, l'imposition d'une autre médecine par le pouvoir colonial, et l'autorité associée à celle-ci, a conduit certaines de ces familles à intégrer de nouveaux savoirs. Ainsi, les thérapeutes urbains rencontrés dans notre enquête ont non seulement fait des études « médicales » mais sont souvent des fils de guérisseurs et ont quelquefois des enfants poursuivant des études de médecine. On peut faire l'hypothèse que cette orientation compte dans la constitution d'une catégorie de « nouveaux guérisseurs ».

Aussi, le « surgissement » apparent, dans l'espace social africain, de ces figures de thérapeutes pose davantage la question des dynamiques sociales d'accumulation de savoirs que celle du classement et de la

⁶ Divers travaux d'historiens de l'Afrique mentionnent des relations culturelles dans le domaine de la santé antérieurement au XX^e siècle. Ainsi Maier (date) rapporte la présence de médecins musulmans à la cour des rois ashantis ; de son côté, Degbello (1992) mentionne des relations entre médecins arabes et médecins européens au royaume d'Abomè. Pour une historiographie de la santé dans l'histoire de l'Afrique, on consultera la très bonne synthèse de Delaunay (2005).

⁷ Pour les cultes *vodun* au Bénin, voir Tall (2003 et 2005). Ces analyses peuvent être aussi resituées dans le cadre plus général du Bénin contemporain et de la reviviscence des autorités traditionnelles en Afrique. Voir à ce sujet l'ouvrage collectif sous la direction de Perrot et Fauvelle (2003), qui contient cinq articles consacrés aux actuelles chefferies et royaumes du Bénin.

catégorisation des thérapeutes. La terminologie employée pour les désigner (guérisseurs, thérapeutes, tradipraticiens, néo-guérisseurs, néo-thérapeutes, ethnomédecins) reflète plutôt la posture de légitimité adoptée par le locuteur. Cette construction de la légitimité s'inscrit dans un processus historique, tout comme le langage savant. Le préfixe « néo », lui-même, émerge dans le vocabulaire de la sociologie des religions dès les années 1960, comme une sorte de versant symétrique aux messianismes ou aux nouvelles églises (Lanternari, 1965 ; Dozon, 1974). Dans le champ thérapeutique, Gruénais (2002) applique le terme « tradipraticien » aux thérapeutes collaborant au système officiel de santé dans l'esprit d'Alma Ata (années 1970-1980)⁸ et celui de « néo-tradipraticien » aux thérapeutes des générations suivantes, moins animés d'un souci de reconnaissance identitaire que de leur installation en ville dans un contexte concurrentiel, ceci sans préjuger de la nature de leurs pratiques. Celles-ci sont d'ailleurs très diversifiées et intègrent toutes sortes de techniques importées. Cet auteur ne fait du reste pas porter la classification sur des types de pratiques et de savoirs, mais sur des modes de professionnalisation.

Plus couramment, le terme de « néo-thérapeute » peut désigner une catégorie de soignants situés entre divers registres de savoirs et de pratiques (intégrant des notions de biomédecine) et finalement entre diverses légitimités, disposant souvent d'une instruction permettant au thérapeute de maîtriser des notions de médecine scientifique, traitant avec la phytothérapie, parfois avec des procédés de fabrication et de commercialisation issus de la pharmacie scientifique. Ces thérapeutes ont aussi en commun d'être l'objet de critiques : les défenseurs d'une certaine idée d'« authenticité » de la médecine traditionnelle les accusent de la dévoyer en vendant trop cher des médicaments issus de savoirs dont ils ne sont que les dépositaires. Du côté de la médecine scientifique, le sentiment est celui d'une usurpation de légitimité (la fabrication sous forme modernisée du médicament, le discours « pseudo-savant ») et d'une concurrence déloyale car, contrairement aux praticiens biomédicaux, ils exercent sans contrôle institutionnel, sans être tenus de prouver l'efficacité et l'innocuité de leurs traitements par des essais cliniques. L'accusation de charlatanerie est fréquente. Pourtant, ces nouveaux thérapeutes jouent déjà un rôle significatif en raison même de leur connaissance de plusieurs cultures médicales. En effet, leur visibilité actuelle dans l'espace social résulte moins d'une génération *ex nihilo* que de possibilités offertes par la mise en place du système de santé officiel dans le courant de décennies de relations entre les savoirs et les pouvoirs européens et africains⁹. La transformation de leurs savoirs et de leurs pratiques est appuyée entre autres par les recommandations de l'OMS visant à la formation des praticiens traditionnels (au diagnostic, aux soins de santé primaires...) et à « l'amélioration » scientifique des médicaments¹⁰ (innocuité, reproductibilité, dosages...), ce qui suppose une collaboration entre les praticiens des diverses médecines sous le contrôle de l'Etat¹¹. C'est dans ce contexte, par ailleurs de plus en plus globalisé que se recomposent des stratégies individuelles et collectives. Les aborder sous l'angle des conflits de légitimité paraît de nature à éclairer ces transformations.

ORIGINE ET ANALYSE DES TENSIONS

LE MARCHÉ DES PROJETS DE DEVELOPPEMENT

⁸ D. Fassin et E. Fassin (1988) écrivent à juste titre que c'est l'absence de légitimité qui fait le charlatan, mais on observe dans les sources écrites européennes de l'époque coloniale que le mot de charlatan est toujours associé à l'existence d'une rémunération. C'est l'enrichissement qui est stigmatisé, davantage que l'inefficacité supposée des pratiques, révélant par la même que l'accusation s'inscrit dans une concurrence économique des médecines (Juhé-Beaulaton et Lainé, 2005).

⁹ Ces dynamiques ont notamment été étudiées par Barthélémy (2004) et Gruénais (2002).

¹⁰ Communément appelés « remèdes améliorés » par l'OMS (2002).

¹¹ Il semble que le néologisme « tradipraticien » soit issu des circonstances d'Alma Ata dont la déclaration utilise la formule « praticien traditionnel » (traditional practitioners en anglais), quoique d'après Simon citant le juriste Salifou, la paternité du terme reviendrait à l'OUA (et non à l'OMS), souhaitant ne pas adopter le terme de « médecin traditionnel » en raison d'un risque économique dans le cas de demande de rémunération par la fonction publique (Simon, 2004). Il devrait donc ne s'appliquer qu'aux thérapeutes collaborant à cette politique d'Etat (ainsi que le fait Gruénais dans son article de 1988) mais le mot a tendu à remplacer celui de guérisseur entaché d'esprit colonial et suranné. Dans le domaine de la santé, les mots ont tendance à s'empiler. On assiste ainsi à une floraison de vocables mal définis surtout quand ils passent du vocabulaire savant, ou juridique, au langage courant.

LES THERAPEUTES URBAINS

Partout en Afrique, essentiellement en milieu urbain, on rencontre des soignants dont le parcours témoigne de formations diverses, de savoirs puisés à des références à la fois endogènes et exogènes et de pratiques syncrétiques. Tous cependant n'entrent pas dans les mêmes conflits de légitimité.

Ainsi, Benjamin B., fils de guérisseur, raconte qu'il a fait des études de médecine, à la suite desquelles il a exercé en Côte d'Ivoire comme médecin libéral. C'est dans ce pays qu'il a été initié aux savoirs de certains guérisseurs. Commence alors pour lui un parcours initiatique au Togo puis au Niger qui le ramène plus tard au Bénin, où il est né. C'est en revenant à Ouidah qu'il a redécouvert sa propre culture : « Ouidah est une capitale spirituelle, c'est là qu'il y a les plus grands pouvoirs ». Benjamin B. installe à Cotonou sa propre clinique comprenant deux chambres pour hospitaliser ses malades. Sur la table de la salle d'attente on peut lire la « *Lettre de Dolisos* », diffusée par les laboratoires homéopathiques du même nom ; dans son cabinet de consultation où s'affiche une image de la Vierge Marie, on peut voir des boîtes de médicaments préparés par ses soins. En effet, Benjamin B. possède également son laboratoire de préparations phytothérapeutiques qu'il prescrit et vend sous la forme de poudres conditionnées à la manière des produits de pharmacie : les étiquettes comportent la posologie et l'indication médicale, seule la composition ne figure pas sur le conditionnement.

Benjamin B. dispose des carnets de son grand-père, lui-même tradipraticien avant son père et déclare s'y référer pour connaître et améliorer les traitements de son ancêtre. Son langage emprunte beaucoup à celui des médecines qu'il qualifie lui-même de « douces, naturelles, non violentes », notamment l'homéopathie. Ainsi, il affirme « qu'un SS peut revenir à AS¹² » grâce aux plantes qui « aménagent le terrain d'une certaine façon » : le malade drépanocytaire fait moins de crises, a moins de douleurs. Benjamin B. collabore avec certains médecins hospitaliers et avec d'autres tradipraticiens réunis dans une association à Ouidah. Opérant sur le marché local, il ne se situe pas dans une logique de confrontation avec la biomédecine mais plutôt de coopération. Il considère pallier les carences de la biomédecine avec une médecine alternative, moins onéreuse, dit-il, que les produits pharmaceutiques venus du Nord.

Bien différent est le cas de Jérôme M.F., dont le père était aussi guérisseur, issu d'une famille de Ouidah dont il est à présent l'héritier et le chef de lignage. Il a fait des études de médecine à l'issue desquelles il a passé dans les années 1960 un concours de l'OMS pour un poste d'enseignant en biochimie. Il enseigne quelque temps à la Faculté de Médecine et s'intéresse aux plantes médicinales. Son travail « *retient l'attention du Président Kérékou* » dont la ligne politique est de promouvoir les ressources propres du pays¹³. Il met au point un produit phytothérapeutique qu'il prescrit dans le cas de la drépanocytose ; il en commence la fabrication sous forme de gélules, et il traite à son domicile des malades. Ses relations avec les médecins hospitaliers sont alors dépourvues de tension : les différents traitements cohabitent sur le terrain béninois, d'autant qu'aucun médicament de la biomédecine n'est alors curatif dans le domaine de la drépanocytose.

Les relations entre ce phytothérapeute et la communauté médicale, tant béninoise qu'européenne, se sont envenimées à partir de la fin des années 1980 à propos de la validation scientifique de son produit. A partir de 1989, un Professeur de médecine marseillais s'intéresse au produit. Jérôme M.F. se rend lui-même à un congrès à Nice en novembre 1991 où il tente d'attirer l'attention de divers médecins spécialistes. Le médecin marseillais procède à quelques essais *in vitro* dont les résultats lui semblent nécessiter de plus amples recherches. La même année, Jérôme M.F. est présenté au Ministère français de la coopération à Paris afin que la France soutienne le projet d'étude de ce produit. Mais la même année des médecins hospitaliers béninois (un pédiatre et un hématologue) déposent à la Mission française de coopération de Cotonou un projet de dépistage prénatal et néonatal de la drépanocytose pour le Bénin. Le ministère français, s'avisant

¹² La drépanocytose est une maladie des homozygotes pour le gène S, c'est-à-dire d'individus ayant hérité d'un gène S de chacun de ses deux parents. L'hétérozygote AS, porteur d'un seul gène, est généralement considéré comme asymptomatique par les médecins en Occident.

¹³ La promotion des ressources internes du Bénin ne concernait initialement que les plantes agricoles ; les plantes médicinales furent inscrites au Programme d'orientation national du Parti de la Révolution en 1977. La référence à la pharmacopée locale date du discours programme de 1972 : « *Associer médecine moderne et médecine traditionnelle pour le bien-être de nos masses et pour le progrès de la pratique médicale au Bénin en reconnaissant l'importance de la pharmacopée* ».

que deux programmes sur la drépanocytose concernaient le même pays, demande à leurs promoteurs respectifs de fusionner leurs projets (dépistage et soutien à la pharmacopée locale) et d'en désigner le responsable, sans s'interroger sur les divergences épistémologiques des deux études. Jérôme M.F. redoute de faire gérer le financement du programme au Bénin qui, à cette époque, est secoué par divers scandales financiers dans le domaine de la santé. De leur côté, les médecins béninois refusent d'adhérer au projet de Jérôme M.F. qui risquerait de décrédibiliser leur propre recherche même si, dans un premier temps, le ministère béninois de la Santé soutient l'idée de cette collaboration. Les médecins demandent à Jérôme M.F. de soumettre son médicament à une évaluation scientifique en laboratoire¹⁴, ce qu'il accepte. A l'issue de l'expérience, les protagonistes sont en désaccord violent sur l'interprétation des résultats. Désabusé, Jérôme M.F. se tourne vers les banques privées du Bénin et parvient à commercialiser son produit dans les pharmacies béninoises. A cette occasion, Jérôme M.F. reçoit un prix spécial décerné par le Président de la République. Dès la commercialisation de son produit, Jérôme M.F. déclare qu'une campagne de presse et de communication (télévision, association de malades) se dresse contre lui. A l'appui des vertus de son médicament, il énumère ses succès thérapeutiques et déclare: « Sur 4000 malades, je n'ai jamais eu de décès ».

Jérôme M.F. est ensuite contacté par Afrique-Initiatives¹⁵, une société qui « prospecte des cas de réussite » et qui considère que « les Africains doivent imaginer leur développement par eux-mêmes ». Dans ce cadre, il dépose un brevet en 2001, dont le titre de propriété devrait être détenu de façon conjointe par Jérôme M.F., ArKo-Pharma, une société niçoise de produits phytothérapeutiques, et par la CFAO¹⁶. Il obtient, la même année, une autorisation temporaire du Ministère de la santé béninois pour commercialiser son produit au Bénin dans le cadre exclusif de sa clinique. Il met en place un réseau de distribution *via* ses patients, déclare « vendre à l'étranger malgré les caballes contre lui dans la presse » et « avoir tant de succès qu'il ne peut fournir la demande ».

Jérôme M.F. se réclame d'une formation de médecin et supporte mal d'être appelé « tradipraticien » par les médecins, alors qu'il aurait donné des cours de biochimie à certains d'entre eux. « Je préfère qu'on m'appelle Docteur Feuille, c'est un surnom affectueux donné par les patients ». Il ajoute : « je porte le nom d'une famille fon que tout le monde respecte. On est ce que l'on naît et on ne s'improvise pas dignitaire. (...) Je suis le chef de tous les *vodun*. Je ne peux maudire personne. (...) J'ai vu des guérisons spectaculaires dans les couvents. J'ai vu des jeunes se faire soigner. S'il n'y avait pas eu la colonisation, les cultes ne seraient pas fermés. (...) La France est fière de ses découvertes, de Pasteur, de la vaccination, mais avant Pasteur le dieu de la variole existait. Les autres avaient fait le pacte de la maladie. Ce savoir, on l'a transmis ».

L'entretien mené auprès de Jérôme M.F. fait valoir la pluralité des référents de ce thérapeute. Il revendique son identité professionnelle passée (la médecine et la biochimie) et actuelle (la phytothérapie), comme son identité sociale (appartenance à une famille de *vodun*). Il rejette l'hégémonie politique et économique de la médecine européenne à laquelle il répond par une autre légitimité, d'une part politique (l'appui du Président Kérékou¹⁷), d'autre part économique (le recours à des sociétés pharmaceutiques ouvertes aux médecines du Sud). Contrairement à d'autres thérapeutes qui contestent les protocoles d'évaluation imposés par la médecine scientifique, d'après eux inappropriés aux traitements « traditionnels » ou « parallèles »¹⁸, il affirme vouloir s'y soumettre mais n'en avoir ni le temps ni l'argent alors que ses propositions ont été rejetées par ceux qui en auraient eu les moyens.

¹⁴ Il s'agit de vérifier, *in vitro*, la réversion de la falciformation des hématies sous l'action du produit.

¹⁵ Cette société a son siège à Bruxelles et possède comme actionnaires des entreprises multinationales comme AGF, Vivendi, Bioaccess mais aussi la Compagnie française d'Afrique occidentale (CFAO). Elle a pour objet d'acquérir et de gérer des participations dans les PME du marché africain.

¹⁶ La Compagnie française d'Afrique occidentale est un groupe de distribution, leader en Afrique et dans les DOM-TOM, notamment en ce qui concerne les produits pharmaceutiques.

¹⁷ Cet appui a été maintenu par le président Yayi Boni depuis son élection en mars 2006 (Simon, com. pers).

¹⁸ Les mêmes débats sur les protocoles d'évaluation opposent, au Nord, la médecine hospitalière et les médecines parallèles comme l'homéopathie.

LEGITIMITES LOCALES DANS UN MONDE GLOBALISE

Au-delà des querelles de personnes ou de préséance¹⁹ entre Jérôme M.F. et les représentants de la médecine biomédicale, la position de chacune des parties révèle une rivalité pour la reconnaissance autant que pour la recherche de financements. Initialement, le souhait de Jérôme M.F. était d'obtenir une validation scientifique en s'adressant aux spécialistes français de la maladie et aux bailleurs de fond Nord-Sud. Jusque là, son médicament, ainsi que d'autres traitements traditionnels de la drépanocytose, cohabitaient au Bénin avec les traitements hospitaliers, sans reconnaissance réciproque mais sans antagonisme. Les tensions ont surgi lorsque la Coopération a souhaité associer deux projets fondamentalement différents dans leurs assises institutionnelles, elles-mêmes sous-tendues par des légitimités différentes. Mis à l'écart, Jérôme M.F. revendique des légitimités qui lui permettent de maintenir sa position de thérapeute auprès des malades, de l'Etat, et plus tard de ses partenaires commerciaux : son succès auprès des malades, sa reconnaissance sociale au plus haut niveau de l'Etat. Parmi ces modes de légitimation, certains sont ancrés dans la culture locale, tel que la position sociale et religieuse de sa famille. Le plébiscite populaire, autre forme de légitimation souvent rencontrée chez les tradithérapeutes sur le mode déclaratif, s'entend aussi dans le discours de Jérôme M.F. : « personne n'est mort chez moi (...) les gens viennent de loin pour me consulter (...) les gens se pressent devant ma porte... ». Le mode de légitimation de Jérôme M.F. est, ici, exprimé dans un langage d'homme d'affaires contemporain: « je vends à l'étranger (...) je ne peux même pas fournir la demande (...) les pharmacies sont en rupture de stock... ». Jérôme M.F. s'appuie aussi sur la caution du pouvoir politique, bien que le soutien présidentiel n'apparaisse dans ce cas que comme une émanation supérieure de la *vox populi*. De fait, la légitimité de Jérôme M.F. prend appui sur une ligne politique de développement du pays à partir de ses ressources patrimoniales, dans une tentative d'émancipation de l'Afrique face aux Puissances occidentales. Comparant le coût de son médicament à celui de l'Hydréa®²⁰, onéreux également, il s'estime victime de préjugés, posant implicitement la question de son droit à s'enrichir, lui, un Africain, tout en mettant en avant à plusieurs reprises son désintéressement.

L'enquête auprès des protagonistes révèle d'autres tensions locales : une dissension entre le chef de l'Etat et le ministère de la santé de l'époque, et une rivalité entre les médecins hospitaliers locaux (pédiatre et hématologue) : la gestion des financements de la Coopération, au début des années 90, a également induit un désaccord suivi d'une séparation professionnelle entre les deux médecins hospitaliers associés dans le projet scientifique de dépistage²¹. Par la suite, le pédiatre a repris à son compte le projet de dépistage de femmes enceintes drépanocytaires, a recueilli des financements qui lui ont permis de construire un centre spécialisé sur la drépanocytose situé au Centre national hospitalier universitaire (CNHU). Ce faisant, il est devenu le principal interlocuteur des médecins du Nord sur cette pathologie, et a été chargé de l'organisation du congrès par le Réseau Francophone de Lutte contre la Drépanocytose à Cotonou. L'hématologue, quant à lui, pressenti pour y présenter une communication scientifique, ne s'y est pas rendu. En revanche Jérôme M.F., qui n'a pas renoncé à une reconnaissance scientifique, s'y est « infiltré », selon lui grâce à une intervention du Président de la République du Bénin. Dans une session consacrée à la médecine traditionnelle, il mit en cause l'attitude fermée des médecins face à l'existence de la médecine locale et proclama l'efficacité de son produit dans les soins aux drépanocytaires. Cette intervention donna lieu par la suite à des commentaires virulents en marge du congrès et Jérôme M.F. fut même accusé de vénalité et d'escroquerie. Néanmoins, son médicament a attiré une nouvelle attention d'un Professeur d'hématologie français et a fait l'objet d'une proposition d'essais scientifiques²².

¹⁹ L'un des médecins hospitaliers était Professeur à la faculté de médecine de Cotonou.

²⁰ Marque commerciale du médicament utilisé, principalement dans les pays occidentaux, dans les cas sévères de drépanocytose. La molécule de l'hydroxyurée permet la diminution du taux d'hémoglobine S dans le sang afin d'éviter la survenue de crises douloureuses. D'après Jérôme M.F., son médicament agit d'une manière comparable.

²¹ Le conflit est intervenu entre les deux médecins au moment de la reconduction du financement du projet de dépistage des femmes enceintes. Chargé de la rédaction du projet, le pédiatre n'a pas respecté, selon son confrère, les normes de préséance en vigueur dans le système hospitalier (relations hiérarchiques entre Professeur agrégé chef de service, d'une part, et clinicien d'autre part). Cette relation se doublait ici d'un rapport de subordination local, notamment entre aîné et cadet.

²² Lors du Congrès Jérôme M.F. a obtenu d'un professeur d'hématologie français la possibilité de faire tester à nouveau son produit *in vitro* sur des cellules falciformées. Selon les informations que nous avons obtenues 18 mois plus tard, les tests *in vitro* se sont révélés négatifs et Jérôme M.F. n'a pas donné suite à la proposition qui lui a été faite de tester également les effets du médicament sur des

LES INTERMEDIAIRES CULTURELS : DE NOUVELLES STRATEGIES OU DE NOUVEAUX ACTEURS ?

LES AUXILIAIRES DES MEDECINS

Une session « officielle » du Congrès portait sur « pharmacopée et drépanocytose ». Cette session présentait l'étude de ressources locales susceptibles de s'intégrer aux savoirs scientifiques, aux protocoles de recherche et de soins élaborés par la biomédecine. Leur légitimité n'était donc pas contestée.

Deux communications concernaient des produits de la pharmacopée africaine, présentées par des ethnopharmacologues. Une troisième communication rédigée par un Professeur de la Faculté de pharmacie de l'Université de Marseille décrivait le protocole d'étude pour la recherche de principes actifs des plantes. Une quatrième, présentée par un nutritionniste pharmacologue de l'Institut médical de recherche en nutrition (IMRN) de Marseille, portait sur la manière d'identifier dans l'alimentation locale les nutriments recommandés dans le cas des traitements préventifs des complications de la drépanocytose. Ces quatre intervenants étaient donc intégrés à la recherche médicale académique.

Une cinquième communication fut proposée par un « tradipraticien », Moussa M., originaire d'un petit village du pays dendi, au nord du pays, qui exposa les modalités de sa collaboration avec un hôpital parisien où il occupe la fonction d'intermédiaire culturel. « Comme un anthropologue ou un psychologue, mon rôle est celui d'un auxiliaire du médecin. Je sers d'interprète culturel et favorise la soumission et l'observance du patient. Je donne corps et sens au diagnostic et au traitement prescrit (...) Le médecin est toujours présent quand j'interviens, c'est fondamental... je favorise leur dialogue et leur compréhension mutuelles mais le patient appartient au médecin avant tout... je n'interviens absolument pas dans la prescription ou le conseil. Il ne faut pas rigoler, l'essentiel dans ce que nous faisons, c'est le traitement médical ».

Moussa M. est le fondateur d'une association, l'U.R.A.C.A (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines), dont certains membres africains exercent en milieu hospitalier en France en qualité de « médiateurs culturels ». Un autre aspect de leur action, explique-t-il, est de former dans les villages africains leurs « confrères » tradithérapeutes à des connaissances médicales modernes.

Petit-fils de guérisseur et fils de marabout, Moussa M. explique que c'est pour résoudre le conflit entre l'Islam et la religion dendi dans sa propre famille, qu'il a été envoyé à « l'école des Blancs ». Il précise également que son grand-père « lui a appris beaucoup de choses, mais qui ne font pas de lui un guérisseur authentique ». Il a ensuite fait des études de médecine à Dakar, sans toutefois obtenir les diplômes qui lui permettraient d'exercer comme médecin²³. Il se situe donc à l'interface de divers savoirs, qui font de lui un intermédiaire entre des médecins européens et des malades africains, d'une part, entre des savoirs scientifiques et des pratiques locales, d'autre part. Néanmoins son adhésion va à la médecine européenne, dont il met la légitimité en avant, dans le sillage de la politique de l'OMS qui recommande aux Etats du Sud de s'appuyer sur les tradithérapeutes pour le développement des soins de santé primaires. Aujourd'hui, Moussa M. et l'U.R.A.C.A collaborent à une action associative internationale de promotion de la santé en France et en Afrique. Le financement est assuré en totalité par des ONG françaises engagées dans la lutte contre le sida et des organismes publics français (Assistance Publique, collectivités territoriales...). Il s'agit donc d'une instance Nord-Sud dont les initiatives viennent souvent du Sud mais sont financées par le Nord. Le statut de Moussa M. est ainsi légitimé par les médecins et associations du Nord et du Sud durant le congrès de Cotonou et s'apparente à un modèle de médiation interculturelle de plus en plus pratiquée en France dans les consultations médicales où se rendent les populations migrantes.

souris rendues drépanocytaires par manipulation génétique. Il s'agissait de lignées de souris obtenues en laboratoire à l'Université de Berkeley (Pf. Tchernia, com. Pers.). Début juin 2007, la Presse tant africaine que française annonce que Jérôme M.F. a obtenu un brevet de l'Institut national de la Propriété intellectuelle français et salue la découverte d'un médicament africain dans le traitement de la drépanocytose (cf. article d'Henriette Harraseca publié sur le site Internet de RFI). Le Pr. Tchernia rend alors publiques les suites données et avortées des expérimentations proposées, et met en garde les malades contre un traitement jusqu'à ce jour sans validation scientifique.

²³ Les précisions sur son parcours personnel ont été données par l'informateur lors d'un colloque organisé à Paris lors du 20^{ème} anniversaire de l'U.R.A.C.A., le 5 décembre 2005.

LES AUXILIAIRES DE L'ÉTAT : ARTICULATION ENTRE LE CHAMP POLITIQUE ET LE CHAMP MEDICAL

En contrepoint à ce type de légitimité, d'autres acteurs sociaux tentent d'asseoir une position sociale à l'aide du ministère de la Santé, s'appuyant sur le programme national de promotion de la médecine traditionnelle (PPMT) dont nous allons maintenant analyser les modes de légitimation.

La crise du système de santé, qui s'appréhende par des indicateurs statistiques sanitaires (taux de morbidité et de mortalité, couverture sanitaire, etc.), a conduit l'Organisation mondiale de la santé à adopter de nouvelles stratégies depuis 25 ans. En 1978, la conférence d'Alma Ata a permis de définir deux volets pour cette stratégie : le développement des soins de santé primaires et une intégration de la médecine traditionnelle au système de santé des Etats. Cette stratégie se fondait sur la participation des guérisseurs en tant que relais pour l'information des populations et pour la pratique des soins de santé primaires. Selon le rapport OMS de 2002, l'usage répandu de la médecine traditionnelle au Sud serait dû à plusieurs facteurs. Premièrement, son accessibilité : les guérisseurs sont beaucoup plus nombreux que les médecins et couvrent tout le territoire ; deuxièmement, son caractère financier abordable : leurs produits sont moins chers²⁴ et payables en nature ; troisièmement, sa forte intégration à des systèmes de croyances plus globaux.

A. LES POLITIQUES DE SANTE SOLLICITENT DE NOUVELLES COMPETENCES

Ces trois points sont au fondement de l'argumentation de Savinien K., technicien supérieur au Laboratoire national du Ministère de la Santé Publique. Il fait valoir la nécessité d'un tel programme (PPMT) à partir du constat que « plus de 80% de la population recourt à la thérapie traditionnelle », pour des raisons de pauvreté et d'absence de sécurité sociale. Il pointe aussi l'inégalité des échanges entre le Nord et le Sud et les effets de la mondialisation qui, dit-il, « ne se fait que dans un seul sens ».

D'après la description que Savinien K. fait du dispositif béninois, l'application du programme se fait pas à pas, lors de réunions régulières entre personnes-ressources, à l'échelon communal, régional, national. Cette application est dans une phase de sensibilisation et de recrutement des tradipraticiens, intégrés au programme sur la base du volontariat. L'évaluation des traitements est perçue comme une question centrale. Monsieur Savinien K. poursuit ainsi : « chaque thérapeute prend 2 ou 3 patients dans sa région. Ces patients sont diagnostiqués par le CNHU car il est essentiel de s'entendre sur la définition de la maladie. C'est pourquoi cette phase comporte une formation des tradipraticiens à la symptomatologie officielle ». Le programme est encadré par des médecins qui suivent l'évolution des patients, contrôlés par des examens cliniques et biologiques réguliers. Les traitements efficaces devront être identifiés, affirme Savinien K., mais il n'est pas question, dans un premier temps, de rechercher les principes actifs des plantes qui sont testées « telles quelles » sur les patients. Il déclare : « Nous n'avons pas les moyens de le faire. Cela reviendrait à nous placer dans la même dépendance économique et technologique du Nord comme pour l'achat des médicaments ». Les tradipraticiens bénéficieront d'une reconnaissance d'efficacité, poursuit-il. A l'étape suivante, il est prévu que la commercialisation et l'exploitation des produits se fassent sous le contrôle et la protection de l'Etat.

B. CES NOUVELLES COMPETENCES CONSTRUISENT DE NOUVELLES LEGITIMITES

Prenons un autre exemple. Il s'agit d'une personne, elle aussi, intégrée au Programme (PPMT) sous l'intitulé de « personne-ressource ». Ferdinand R.D., technicien de laboratoire lui aussi, est responsable du PPMT dans le département de l'Ouémé. Il demeure à Wando, près de Porto-Novo. Fon, originaire d'Abomey, Ferdinand R.D. est aussi un tradipraticien, propriétaire de plusieurs *vodun*, qui reçoit des consultants à domicile. Il explique ainsi son parcours : « Mon père était guérisseur depuis 77 ans. J'étais en brousse. Là-

²⁴ L'idée d'une médecine traditionnelle « bon marché » peut être relativisée si on raisonne sur une trajectoire de soins aux multiples recours et non exclusivement à partir d'un acte de soin ponctuel chez un unique guérisseur. Par ailleurs, le fait de promouvoir des « remèdes améliorés », selon la terminologie de l'OMS, risque d'augmenter le coût de ces produits. Le VK500 en est un exemple.

bas mon père m'apprenait les feuilles, puis mon oncle m'a envoyé à l'école (...). Mon père était adepte de *Sakpata*, roi de la terre. Moi, j'ai élargi mon champ d'action. J'ai adopté d'autres esprits. Ici j'ai beaucoup d'esprits. J'ai *Gambada*, que je suis allé chercher au Ghana (...). Il y a aussi *Ya*, un *vodun* fon qui combat la sorcellerie. Et puis j'ai les jumeaux *Hoho* et le métal *Gun*. Celui-là, il est très fort... ». Il poursuit : « Dans l'Ouémé, les travaux des tradipraticiens ont deux objectifs : d'une part, la mise en place de jardins botaniques animés par des guérisseurs afin de créer des stocks de plantes médicinales ; d'autre part, la création d'un institut de formation pour les principales maladies ciblées par le programme ». Ferdinand R.D. passe du registre de prêtre *vodun* et de guérisseur par les plantes à celui de chef de projet d'un programme sanitaire national sans y voir d'incompatibilité, ce qui témoigne d'une nouvelle vision holistique et économique de la santé partagée par l'ensemble de ces nouveaux thérapeutes. Il donne des indices de changements intervenus, et à escompter, dans la situation des tradipraticiens qui ne seraient plus hostiles au fait de livrer la composition de leurs médicaments, parce que, dit-il, « quand ça marche, de toute façon les gens viennent ». Et puis, ajoute-t-il, « nous serons toujours moins cher. Il faut toujours être moins cher, c'est ce que je leur ai dit... ». Il révèle ainsi l'existence d'une stratégie commerciale de ces différents acteurs, fondée sur le caractère réputé bon marché de la médecine traditionnelle.

A propos des conflits entre Jérôme M.F. et les médecins locaux, A remarque que Jérôme M.F. « ne fait pas de couvent [*vodun*], c'est un phytothérapeute... le produit qu'il vend, c'est cher... cela calme mais ne soigne pas... nous on supporte le Docteur M.F., mais ce sont ses pairs qui ne le supportent pas... ». Cette réponse, par le jeu du « nous » du « lui » et du « eux » éclaire la position de chacun des protagonistes dans sa légitimité locale. Ferdinand R.D. se conforme à la politique de l'Etat mais se perçoit comme un tradipraticien, associant l'exercice de la médecine traditionnelle à celui d'une pratique religieuse. Par ailleurs, il situe le biochimiste Jérôme M.F. du côté des médecins, mais paradoxalement comme phytothérapeute.

La position de promoteur de la politique sanitaire de l'Etat en matière de médecine traditionnelle met Ferdinand R.D. en situation de diffuser des savoirs scientifiques. En effet, les conseils préventifs de la drépanocytose que Ferdinand R.D. énonce comme émanant de la « tradithérapie » sont à peu près identiques à ceux du CNHU, ce qui n'était pas le cas en 1985. A cette époque, les thérapeutes traditionnels n'avaient pas de connaissance médicale relative à cette pathologie et ne se référaient qu'à des nosologies locales²⁵. Cette figure de thérapeute représente manifestement un canal important de circulation des savoirs depuis vingt ans.

Au-delà des savoirs thérapeutiques, le rôle des médiateurs comme Ferdinand R.D. est de porter les attentes du gouvernement au plan local, d'amener des partenaires non initiés à la culture des institutions à une coopération avec le projet politique du Bénin. Ils tiennent aussi un rôle de consultant-expert, construisant dans un langage institutionnel les propositions des tradipraticiens et les conseillant sur la meilleure façon de défendre leurs intérêts. Dans ces fonctions, ils sont également partie prenante des diverses cultures thérapeutiques. La multiplication des ordres de légitimité leur confère une reconnaissance sociale qu'ils n'auraient eue ni du côté de la médecine scientifique ni du côté de la médecine traditionnelle, s'ils n'avaient pas acquis ce rôle d'intermédiaire.

Notre analyse rejoint ainsi celle de D. et E. Fassin dans l'article déjà cité (1988), qui avaient énoncé le principe selon lequel « pour les tradithérapeutes, plus faible est la légitimité traditionnelle, plus fort est le besoin de reconnaissance officielle ». Cependant, des analyses plus approfondies effectuées actuellement par Simon (com. pers., 2004) relativisent cette position, arguant du fait que des thérapeutes à forte légitimité traditionnelle sont également impliqués dans des associations et des programmes de promotion des thérapeutiques traditionnelles, cherchant à continuer d'exister dans un monde aux contraintes et aux valeurs nouvelles. Mais E. et D. Fassin n'avaient pas eu la possibilité d'observer à Dakar, à la fin des années 80, cette catégorie de « néotradithérapeutes »²⁶, intermédiaires culturels qui oeuvrent, aujourd'hui, dans le champ de la santé en Afrique, avec leurs propres modes de légitimation à l'interface du local et du global, du thérapeutique et du politique.

²⁵ A. Lainé : enquête auprès des tradipraticiens de Porto Novo, le 11 avril 1985.

²⁶ Il faut attendre 1992 pour que des chercheurs fassent référence à ces nouvelles figures de thérapeutes (Fassin, 1992).

CONCLUSION

L'étude entreprise à l'occasion de ce congrès met en lumière les interférences entre le médical et les champs politique et institutionnel dans les processus de légitimation du soin. Dans ce contexte, la présentation des différents acteurs fait valoir des limites entre des logiques de compromis et des logiques de concurrence. La suite de nos investigations montre finalement que toutes les personnes rencontrées sont soumises à ces mêmes logiques. La particularité de notre enquête se trouve dans le fait qu'elle se soit déroulée à un moment de crise. On peut imaginer que les intérêts des uns et des autres pourraient se déplacer en fonction d'éléments politiques ou même biographiques qui les conduiraient à s'engager dans d'autres stratégies.

Cette étude montre que ce déploiement de stratégies pose, également, la question des définitions statutaires des acteurs de la santé (ethno-psychologues, « personnes-ressources », intermédiaires culturels, guérisseurs, néothérapeutes etc.) qui répondent aux besoins contemporains de la société. Ces acteurs s'expriment dans une ambivalence de discours qui empruntent souvent les habits de la patrimonialisation des cultures (valorisation des ressources locales, décolonisation des cultures africaines, revendication d'autorités ancestrales, etc.)

Ceci ne va sans conflits d'intérêts ainsi qu'on l'a vu à travers le débat sur le traitement médicamenteux de la drépanocytose. La situation de ces personnes interroge indirectement le statut et les modes de production du savoir ainsi que les légitimités de ces acteurs à intervenir dans le domaine de la santé d'une manière locale et internationale.

Dans une perspective globale, le but recherché par les médecins hospitaliers autant du Nord que du Sud, en dehors de la préoccupation de soulager la souffrance des malades, est d'être intégré à la communauté internationale des spécialistes de la drépanocytose afin de confronter expériences et avancées thérapeutiques, et d'accéder aux financements internationaux. Les intermédiaires culturels et auxiliaires de l'Etat s'investissent, quant à eux, dans des ONG et participent à une politique nationale assise sur les recommandations de l'OMS. Enfin, Jérôme M.F., éconduit par les instances scientifiques internationales, se tourne vers l'entrepreneuriat multinational.

Tous sont conduits à s'inscrire dans des réseaux internationaux afin de légitimer leur statut social. Tous revendiquent de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et aux médicaments. Tous considèrent qu'ils sont légitimes à œuvrer pour le bien-être des malades.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUDIBERT M., MATHONNAT J., ROODENBEKE E. (2003), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faibles revenus*, Paris, Karthala, 504 pages.

BARTHELEMY, P. (2004). « Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960. Une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial. » in Anne Hugon (dir) *Histoire des femmes en situation coloniale, Afrique et Asie, XXe siècle*, Paris : Karthala, 119-144.

BASTIAN J.P, CHAMPION F., ROUSSELET K. (2001), *La globalisation du religieux*, Paris, L'Harmattan.

BONNET D. (1988), « L'homogénéité des discours social et médical », in *Santé et Médecine. L'état des connaissances et des recherches*, sous la dir. de Cl. Brisset et J. Soufflet, Paris, La Découverte/INSERM/ORSTOM, Paris : 296-297.

CEFAÏ D. (2003), *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 624 pages.

DEGBELO A. (1992) *Traitement de la maladie dans le royaume du Danxomè aux XVIIIe et au XIXe siècles*. Thèse de doctorat d'histoire, Université Paris I, 779 pages.

DELAUNAY K. (2005) « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique. Essai d'historiographie ». Introduction au Dossier « La Santé et ses pratiques en Afrique », *Outre-mers, revue d'histoire*, 1er semestre, t.93, n°346-347, 7-46.

- DOZON J.-P. (1974), « Les mouvements politico-religieux. Synchrétismes, messianismes, néotraditionalismes », in Marc Augé (ed.). *La construction du monde, Religion, représentations, idéologie*, Paris, Maspéro : 75-111 (« Dossiers africains »).
- DOZON J.-P. (1987), « Ce que revaloriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 28 : 9-20.
- FASSIN E., FASSIN D. (1988) « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. », *Cahiers d'études africaines*, 110, XXVIII, -2 : 207-231.
- FASSIN D. (1992) *Pouvoir et maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, Les champs de la santé, 359 pages.
- GRUENAI S M.E. et MAYALA D. (1988), « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ? », *Politique africaine*, 31 : 51-61.
- GRUENAI S M.-E. (2002), « La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale ». In *Santé publique et sciences sociales*, Dar el Gharg ed., 8-9 : 217-239.
- JUHE-BEAULATON D., LAINE A. (2005) « Processus d'acquisition et de transmission des ressources thérapeutiques africaines dans les sources européennes du XVIIe au XIXe siècle », *Outre-Mers. Revue d'histoire*. 1er semestre, t.93, 346-347 : 47-78.
- KECLARD L, ROMANA M., SAINT-MARTIN C. (2004), « Epidémiologie des gènes globines dans le bassin caribéen », in A. Lainé (ed.) : *La drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, Karthala : 75-91.
- LAINE A (ed.), 2004 *La drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*. Paris, Karthala, 331 pages.
- LANTERNARI V. (1965), « Synchrétismes, messianismes, néo-traditionalismes », *Archives de sociologie des religions*, 19 : 99-116.
- MAIER D. (1979) « Nineteenth Century Asante Medical Practices ». *Comparative Studies in Society and History*, vol.21, n°1 : 63-81.
- OMS (2000a) *Promoting the role of Traditional Medicine in Health Systems : a strategy for the African Region 2002-2010.*, Harare, OMS doc ref. AFR/RC50/Doc.9/R).
- OMS (2000b), *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998-1999)*, Harare, Bureau régional de l'Afrique.
- OMS (2002), *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*.
- PERROT C.H., FAUVELLE F.X. (2003), *Le retour des rois. Les autorités traditionnelles et l'Etat en Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 568 pages.
- SIMON E. (2003), *Une exportation du New Age en Afrique ?*, *Cahiers d'études africaines*, 172, <http://etudesafricaines.revues.org/document1469.html>.
- SIMON E. (2004), *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin : nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, Doctorat en ethnologie à l'université Paul-Valéry, Montpellier III, mars 2004, 533 pages.
- TALL E.K. (2003), « Les nouveaux entrepreneurs en religion : la génération montante des chefs de cultes de possession à Cotonou (Bénin) et Salvador (Brésil) », *Autrepart, Variations*, n°27 : 75-90.
- TALL E.K. (2005), « Stratégies locales et relations internationales des chef de culte au Sud-Bénin » in L. Fourchard, A. Mary et R. Otayek (eds) *Entreprises religieuses transnationales en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala : 267-284.

7. ANALYSES TRANSVERSALES. PRODUITS

7.1. INTRODUCTION

Alice Desclaux

L'un des objectifs initiaux de l'étude consistait à identifier le plus précisément possible les produits « émergents » destinés à traiter l'infection à VIH et, dans le cadre d'études spécifiques, le paludisme, la drépanocytose et la santé sexuelle. Peu d'informations sont disponibles concernant ces produits, et leur statut complexe ou le caractère orienté de l'information existante en rendent la compréhension difficile. Aussi nous avons comme propos de « retracer la biographie du médicament » par une description la plus complète possible des étapes de la conception / création, la production, la promotion, la diffusion, la prescription et l'utilisation de chaque produit. Ceci supposait d'utiliser plusieurs méthodes de recueil de données et de croiser ou recouper les informations issues d'entretiens menés avec des interlocuteurs divers.

Le premier chapitre rapporte les données issues d'un premier niveau de traitement de l'information, présentées sous deux formes : des « fiches-produits » et des inventaires. Un exemple de fiche est présenté, qui concerne API-sida, le produit phare de l'ONG API-Bénin, dont le président, promoteur des produits, a été présenté comme « néo-thérapeute » dans la partie précédente concernant les Acteurs. Cette fiche est significative sur le plan méthodologique, car elle montre le volume des informations disponibles et leur qualité dans le cas d'un produit pour lequel le recueil d'information n'a pas rencontré d'obstacle majeur, le produit étant toujours en usage au moment de l'étude, fabriqué sur place et distribué dans le cadre de la légalité, et l'auteur de la fiche ayant établi des relations de confiance avec son promoteur. Cet exemple atteste néanmoins du fait que même bien renseignée, une fiche contient rarement des réponses exhaustives à l'intégralité des questions posées, du fait du caractère secret de certaines informations, et plus souvent de leur caractère labile car non écrites et « éparpillées » entre plusieurs acteurs auprès desquels il est parfois difficile d'investiguer, notamment quand ils résident dans des pays éloignés. Les inventaires concernent les traitements du sida dans les trois pays. Là aussi, leur présentation atteste de la difficulté à collecter une information exhaustive, qui n'a pu être rassemblée que là où une méthode ethnographique et une présence de longue durée ont été effectives.

Une sélection de quatre « médicaments émergents » est ensuite présentée. L'Immuboo Plus, du thérapeute burkinabè Siaka Sy, phytothérapeute ayant acquis sa renommée avec d'autres traitements du sida qu'il avait développés avant l'utilisation des antirétroviraux, illustre la déterritorialisation de la « thérapeutique traditionnelle ». Si ce guérisseur utilisait jusqu'alors des plantes médicinales locales, avec ce produit il recourt à des champignons asiatiques utilisés dans la « Médecine Traditionnelle Chinoise », et conditionnés aux USA, à son initiative. Ces produits, auxquels l'imaginaire de la « tradition orientale » est associé, sont commercialisés comme immuno-stimulants et anti-oxydants, sous la forme de compléments nutritionnels ; c'est dans les media, que ce thérapeute en fait la promotion pour le VIH. Le second produit présenté, le VK 500, implique une firme française de phytothérapie. Son promoteur béninois déclare avoir déposé un brevet auprès de l'INPI concernant le pouvoir de renforcement immunitaire du VK500, qui permettrait de traiter la drépanocytose et le sida, un « dérivé » étant en cours de mise au point selon lui spécifiquement pour cette seconde indication. S'affichant comme appartenant au monde médical, dont il utilise les codes et les notions selon un bricolage aisément déjoué par ses critiques, il présente son produit comme en instance de reconnaissance par la médecine dont le caractère hégémonique et trop européen-centré expliquerait qu'il n'ait pas encore été reconnu. L'absence de validation de l'efficacité du produit aux

cours des études pharmacologiques et cliniques qu'il rapporte n'empêche pas le promoteur de ce médicament de le présenter comme un véritable « produit pharmaceutique », dont la promotion en tant que « médicament naturel » a été assurée par les médias béninois et français. Le Viralgic fait également partie des produits circulant entre la France et l'Afrique : c'est après que la commercialisation de cette préparation de plantes médicinales venues d'Amérique latine ait été interdite en France que son promoteur, un pharmacien français, en a réorienté les indications et la diffusion vers les pays africains. Là encore, le produit a toutes les apparences d'un médicament industriel, et fait référence à des essais cliniques réalisés en Afrique après que la firme ait été critiquée par Act-Up ; ces essais ne répondent cependant pas aux exigences scientifiques. Mais comme le précédent, ce produit est situé par son promoteur dans le champ de la biomédecine et présenté comme validé par celle-ci, sa réfutation par l'AFSSAPS ne serait due qu'à une réglementation trop restrictive. Le Metrafaids est le « traitement du sida » pour lequel l'ONG Prometra (Promotion de la Médecine Traditionnelle) a déposé un brevet concernant une composition de cinq plantes et annoncé son efficacité contre le VIH au cours de conférences de presse et d'évènements en parallèle aux conférences internationales sur le sida. Il n'a pas été possible de recueillir ce produit pourtant très médiatisé. La légitimation du produit joue sur la combinaison entre Tradition et Science, selon les allégations de Prometra. De fait l'apport de la tradition semble réduit à l'usage de plantes, ici encore, et la « science » évoquée recouvre essentiellement un discours pseudo-scientifique susceptible de faire illusion pour un public non averti.

Marc Egrot présente ensuite les 30 produits identifiés comme les médicaments utilisés dans le traitement du sida au Burkina Faso. La présentation exhaustive de ces produits, accompagnée d'une iconographie, permet de visualiser l'aspect industriel de certains d'entre eux. Une dizaine de produits proviennent d'autres pays, alors que la production burkinabè est le fait principalement de deux entreprises créées par des individus « charismatiques » : Phytosalus, entreprise d'herboristerie fondée à partir de 1981 par un religieux d'origine espagnole, le Père César Fernandez de la Pradilla, botaniste érudit et ancien enseignant au séminaire de Pabré, qui se présente comme naturopathe et radiesthésiste et vend 120 « phytomédicaments » dans un réseau de succursales présentes dans sept villes burkinabè ; Siaka Sy, ancien entrepreneur et naturopathe, fondateur de NHi2T Naturalia, qui a particulièrement ciblé ses produits thérapeutiques sur l'immunodéficience et propose depuis 2001 des traitements combinant des produits issus d'une pharmacopée « mondialisée ». Tous deux ont élargi leur répertoire à partir de la pharmacopée locale pour inclure des thérapeutiques considérées en Europe comme « alternatives ». A côté de ces produits de diffusion nationale ou internationale, d'autres sont l'œuvre plus « locale » d'inventeurs (« le douanier », « le catéchiste »). Ce panorama des produits permet aussi de repérer la co-existence, sous des formes d'apparence et d'inscription sociale différentes, d'espèces (telles que l'Aloe vera et l'Arthrospira ou spiruline) qui font l'objet de productions d'une part comme traitements locaux (évoqueurs de remèdes) et d'autre part comme produits industriels.

A partir d'une enquête réalisée auprès des guérisseurs de Dakar, Bernard Taverne et ses collaborateurs extraient quelques caractéristiques communes des remèdes utilisés par ces thérapeutes. Les matières premières sont des plantes parées de la pureté du « naturel », mais les recettes ont pu être transmises par des entités surnaturelles. Le pouvoir thérapeutique du remède réside dans sa force et sa polyvalence, moins affirmée cependant par les thérapeutes proches de la culture biomédicale. L'étalement des enquêtes sur une durée de sept ans fait ressortir une évolution assez manifeste au profit de certaines de ces caractéristiques : les traitements à base d'eau lustrale recourant à la prière ont perdu de l'importance au profit des compositions à base de plantes. Les conditionnements sont de plus en plus souvent calqués sur ceux de l'industrie pharmaceutique. La plupart des remèdes sont perçus comme provoquant l'évacuation de l'agent pathogène ou de la maladie. Ils sont jugés plus efficaces que les antirétroviraux, et certains guérisseurs proposent d'utiliser leurs remèdes à la place des ARV. Ces traits communs aux remèdes illustrent le fait qu'on ne peut affirmer l'existence d'une différence radicale entre remèdes et médicaments des guérisseurs, pas plus qu'entre guérisseurs et « néo-thérapeutes », mais plutôt une contiguïté, voire un continuum. Le rapport à la biomédecine semble davantage relever d'une influence que d'emprunts culturels contribuant à une composition synchrétique.

Au Bénin, Emmanuelle Simon détaille les caractéristiques des médicaments phytothérapeutiques importés, qui figurent au côté des traitements locaux parmi les 70 produits non biomédicaux identifiés localement pour

le sida. La plupart de ces traitements ont été mis sur le marché d'abord dans des pays développés par des firmes multinationales telles que Forever Living Products, Mariandina, Bio-Citrus et Tianshi. Ces compagnies pratiquent la vente directe au travers de clients eux-mêmes distributeurs. La distribution de ces produits profite de l'absence de régulation (ou de l'existence de formalités minimales) pour les préparations à base de plantes. Leurs indications ne comprennent généralement pas le sida dans les documents diffusés dans leurs pays d'origine, où ils sont présentés comme des compléments alimentaires susceptibles de traiter notamment les cancers. Emmanuelle Simon montre comment les discours, s'appuyant sur quelques notions clé issues de la médecine, transfèrent dans le domaine du sida des traits antérieurement associés au cancer. Elle montre également comment cette offre, ajustée à la situation épidémiologique des pays africains, « rencontre la demande » notamment en s'ajustant à des notions de physiopathologie de plus en plus répandues dans les représentations populaires. Son analyse détaillée et permet de mettre en perspective les différences qui existent entre phytothérapie importée et traitements traditionnels améliorés.

La présentation du traitement d'un thérapeute béninois, Dssou Yovo, qui fait l'objet d'un chapitre spécifique, illustre de manière particulièrement significative deux points. Le premier est le rôle des media dans la construction de la légitimité des produits. Ne se limitant pas à diffuser auprès du public des informations relatives à la validation d'un traitement, les médias rendent publics des témoignages de personnes « guéries » qui non seulement diffusent un mode de validation basé sur la subjectivité et la sélection des cas « probants » comme si le niveau de la preuve était suffisant, mais de plus font elles-mêmes office de validation pour les promoteurs qui utilisent les articles de presse et les émissions de radio et de télévision comme un mode de légitimation supplémentaire. Le second point concerne l'association au traitement d'un discours sur « les origines du sida ». Le propos de ce thérapeute fait du sida une maladie créée par l'Homme qui, de ce fait, en détiendrait le traitement. Il se fait ainsi l'écho de deux principes fréquemment mobilisés en Afrique de l'ouest : toute maladie trouve son remède là où elle a émergé ; les pathologies connues au Bénin, y compris les maladies microbiennes, ont été créées « à dessein » dans une logique d'agression par des « ancêtres béninois » qui disposaient également des moyens de prévenir ou guérir le mal. En vertu de ces principes, considérant que le VIH a été créé par les Américains pour contrôler la population mondiale, ce thérapeute attribue aux plantes « américaines » la capacité de guérir. Il développe ainsi un discours composite, qui combine théorie sorcellaire et notions biomédicales, et donne à voir l'une des multiples interprétations possibles des techniques de la biomédecine à partir de modèles étiologiques africains. Si tous les produits investigués ne sont pas associés à des discours aussi caractérisés sur l'origine du virus ou son mode d'action, ce traitement illustre bien les jeux de combinaison de références et de modèles culturels en matière de traitements.

Ce chapitre conduit à préciser notre définition des « produits » abordés dans cette étude. Concernant le domaine du sida en particulier, le terme « médicament » considéré comme qualifiant un produit de préparation industrielle défini par son principe actif sur des bases pharmacologiques, ne rend pas compte de manière à la fois sensible et spécifique, et simultanément objective, de l'ensemble des produits recueillis. Pour certains d'entre eux, qui relèvent de la « médecine traditionnelle améliorée » ou de la « médecine verte », l'usage émique du terme est appliqué « par excès » par rapport à la définition étique, lorsque la production n'a pas de caractère industriel, la composition n'est pas dévoilée, même si la présentation évoque l'imitation des produits pharmaceutiques (par exemple par la mention d'une date de péremption sans fondement éclairé par des notions de pharmacologie), voire atteste d'une forme d'influence de la culture biomédicale. D'autres produits, bien que correspondant à la définition étique du médicament car issus d'une production industrielle et identifiés par leurs principes actifs et leur composition, sont diffusés sous l'appellation de « compléments nutritionnels », ce qui leur permet d'appartenir à une catégorie juridique régulée de manière moins stricte et ouvrant d'autres réseaux de distribution. Les produits phytothérapeutiques peuvent ressortir sous certaines conditions à la catégorie juridique de « médicaments », mais l'usage émique du terme semble variable les concernant, infléchi par les connotations que veulent leur attribuer leurs promoteurs. Ceux qui ont été décrits pour le traitement du paludisme sont tous considérés comme des médicaments d'un point de vue émique ou étique, et leurs statuts juridiques variés définissent un autre niveau de catégorisation (spécialités, génériques, contrefaçons). Ces « produits », qu'ils soient qualifiés de médicaments d'un point de vue émique ou étique, ne peuvent pas être distingués des « remèdes » sur la base d'une différence de substance : plusieurs caractères qui fondent la définition du médicament sont interprétables relativement à des contextes, et, toutes caractéristiques considérées, les

produits pourraient être situés sur un continuum allant du remède au médicament. Les médicaments que nous avons décrits sont cependant très loin d'être réductibles à des marchandises « anonymes » : la plupart d'entre eux sont indissociables de significations relatives à des personnes (telles que leurs promoteurs) ou des rapports sociaux (définissant le contexte de création ou de production du médicament).

7.2. CARACTERISATION DES PRODUITS ET INVENTAIRES

Emmanuelle Simon, Mathilde Couderc, Alice Desclaux

Les multiples enquêtes réalisées ont permis d'obtenir deux types de données de « second niveau », issues de l'agrégation de résultats d'entretiens, observations, recueils, réalisés par plusieurs personnes et sur plusieurs sites : les « fiches produits » et les inventaires.

EXEMPLE DE FICHE PRODUIT

Les fiches produits comportent des données brutes ayant subi un travail de classement et d'anonymisation. Elles servent de base aux analyses présentées dans les autres chapitres. La fiche présentée ici (sélectionnée parmi celles de longueur moyenne et concernant un produit dont le promoteur a été présenté dans la partie précédente) offre un aperçu du niveau des informations obtenues.

PRODUIT API-SIDA DE L'ONG API-BENIN

Descriptif du produit

Api-Sida est un sirop de couleur noire contenu dans une bouteille en plastic transparente avec un bouchon bleu scellé. L'étiquette n'est pas apposée sur la bouteille, elle est donnée avec le produit à la différence des autres produits vendus par Api-Bénin. Selon Agon Valentin, Directeur d'Api-Bénin, cela permet de respecter la volonté de discrétion des personnes séropositives.

En dehors du miel, l'un des composants du produit pour lequel Agon Valentin et le laborantin d'Api-Bénin ont déposé un brevet est la plante africaine *Dichrostachys glomerata* (ou Mimosa clochette). Selon le brevet seule « la partie aérienne de la plante (le houppier ou le feuillage) sauf les branches de diamètres supérieur à deux centimètres » entre dans la composition du produit.

La bouteille d'un demi litre est vendue 5000 FCFA (7,5 euros) et celle d'un litre le double. Selon les témoignages collectés auprès d'anciens consommateurs, dans le passé, la bouteille d'un litre coûtait 45.000 FCFA (67,5 euros). Selon Agon Valentin, la baisse progressive des tarifs s'explique par l'investissement de départ (mise au point et fabrication du produit) maintenant amorti par la vente des produits.

Api-Sida a pour indication thérapeutique : le sida mais aussi « la rougeole, l'ulcère gastro-intestinale, les affections gynécologiques (kystes d'ovaires) » (Cf. Brevet). Aussi, le même produit est aussi vendu sous l'étiquette « Api-viral » où sont annoncées l'ensemble de ces autres indications à l'exception du VIH/sida. Selon les explications de Agon Valentin, il s'agit là d'une précaution commerciale toujours liée à la stigmatisation de la maladie du VIH/sida. Le produit coûte 7000 FCFA (10 euros). Concernant l'indication du VIH/sida, le produit est présenté par Agon Valentin comme un inhibiteur de la réplication virale : la charge virale diminue jusqu'à devenir indétectable en moins d'un mois et les CD4 augmentent du fait de la diminution de la charge virale (Cf. divers entretiens avec Agon Valentin et le brevet).

Pour le VIH/sida la posologie est de 30 grammes de produit répartie en trois prises journalières après les repas. Un traitement dit « d'attaque » consiste en une augmentation à 45 grammes dans une journée. Il s'agit « d'arrêter immédiatement les diarrhées persistances liées aux multiples infections ou surtout pour réduire le maximum de virus en peu de jours » (Cf. Brevet).

En plus, du produit, le malade peut suivre un remède complémentaire : 10 à 15 piqûres d'abeilles par jour. Ceci n'est pratiqué qu'à Bohicon (Plateau) où se trouvent les ruches (PDBEWBES060830). Les piqûres d'abeilles permettraient de faire monter les CD4 : « en tout cas tous les problèmes du sang, pour les sidéens, le venin d'abeille stimule à lui seul le Thymus, pour la production de T4, oui, pour la production de

T4, pour renforcer la défense des sidéens, il suffit de la mettre sous venin d'abeille, et vous allez voir son CD4 évoluer, le sida est là, il ne cesse de détruire, mais ça se renouvelle avec une grande vitesse. » (PDBEWBES060310).

Histoire de son arrivée dans le système de soins

Deux événements ont déclenché chez Agon Valentin et son laborantin l'envie de s'investir dans la recherche d'un traitement du VIH/sida : la mort d'un beau-frère, la mort d'un des collègues durant les études, un camerounais que Agon Valentin qualifie « d'un peu frivole ».

Le début des recherches remonte à 1999. Après avoir mis au point le produit, Agon Valentin a recherché un malade (prise de contact avec le Pr U et le Père C de l'hôpital Saint-Camille à Abomey).

En 2000, le Pr U lui envoie 4 malades. Il envoie 2 malades pour des analyses (CD4 et charge virale alors indisponible au Bénin) en Côte d'Ivoire.

Selon Agon Valentin, il a, entre temps, pris contact avec différents chercheurs français qui lui auraient formulé leur soutien :

- FG, chef service ANRS, « Recherches fondamentales et vaccinales sur le VIH ». Celle-ci a bien été contactée par Agon Valentin à propos d'essais sur son produit et ce dernier a été orienté vers Madame B.
- Dr B de l'Université de Strasbourg 1. » (l'Université Pasteur en réalité). Le Dr. B a bien été contacté par Agon Valentin et a confirmé avoir réalisé des essais in vitro sur le produit remis par Agon Valentin.
- Dr. T de l'Hôpital Necker, virologue (personne non retrouvée).

A la suite des résultats présentés comme très encourageants par Agon Valentin, celui-ci décide de breveter son produit. En 2001, il prend contact avec l'OMPI. Il obtient un brevet en 2004.

Aujourd'hui, Agon Valentin vend son produit dans les 62 points de vente implantés sur tout le territoire du Bénin ainsi que dans les différents points de vente au Burkina et au Togo. Selon Agon Valentin, c'est au Burkina que serait sa plus grosse clientèle. Il tenta de mettre en place un essai thérapeutique avorté à Ouadougou dans le passé et projette avec un professeur d'origine burkinabé, Pr. T, de mettre en place un nouvel essai au Centre Hospitalier Yalgado ainsi qu'au CHD Goho de Parakou (Bénin). Un essai sur le paludisme serait déjà en cours dans cette dernière localité (PDBEWBES060310). Le produit « testé » est nommé « Api-palu ».

Enfin, selon Agon Valentin, des recherches visant à mettre en évidence « des molécules » actives seraient actuellement menées par le Dr. T dont le laboratoire serait à Besançon (personne non trouvée) (p.51, Rapport DEDA et PDBEWBES060626, PDBEWBES060830). L'objectif de ces travaux étant à terme de pouvoir élaborer un produit pharmaceutique classique et non plus en phytothérapie (PDBEWBES060626).

Acteurs impliqués dans sa diffusion

Api-Bénin possède 62 points de vente sur l'ensemble du pays. L'ONG possède plusieurs points de vente au Burkina ainsi qu'au Togo. Un représentant des produits existe pour chaque pays. Les personnes qui vendent les produits dans les boutiques Api-Bénin sont toutes formées à des connaissances élémentaires en phytothérapie par Agon Valentin au siège pendant 1 semaine (PDBEWBES060830).

Articulation avec le système biomédical de santé

Agon Valentin affirme travailler régulièrement avec des médecins béninois mais ceux-ci ne voudraient pas être connus.

Comme en témoignent les différents courriers qu'il a fourni au chercheur, Agon Valentin a contacté diverses structures afin de « mettre son produit à disposition du plus grand nombre » (PDBEWBES060310) : Ministère de la Santé, Direction des Pharmacies, PPMT (au Bénin), Service de la Pharmacopée (Burkina), OMS, ANRS (en France).

Il a, par ailleurs, pris contact avec différentes structures sanitaires afin de recruter des malades au Bénin comme au Burkina. Enfin, aujourd'hui, il ambitionne de développer aux moins deux essais sur le VIH/sida.

Pour l'essai avorté au Burkina, il avait procédé par la publication de communiqués dans les associations de pvVIH. Une procédure identique pourrait encore être mise en place.

Autres produits

De nombreux autres produits sont vendus pour diverses indications : paludisme, problèmes cardiovasculaires, tension, diabète, sur poids, mais aussi « la chance », etc.

Agon Valentin connaît et apprécie aussi VK500 contre la drépanocytose de GN (voir plus bas).

Adhésion aux produits

Parmi les personnes interrogées ayant consommé dans le passé le produit « Api-sida », une majorité d'entre elles en avaient entendu par le bouche à oreille du fait qu'Api-Bénin fasse beaucoup de publicité à la radio. Soit le malade lui-même en avait entendu parlé, soit un ami ou un membre de la famille informé de la maladie dont il souffrait.

Nombreux sont ceux qui ont essayé pensant que cela allait les guérir (alors que le produit ne promet pas de guérison). Après 3 mois, la plupart d'entre eux avaient cessé soit que leur état ne s'améliorait pas, soit qu'ils pensaient qu'il s'améliorait mais que des analyses (taux de CD4) leurs montre le contraire.

Le simple fait qu'on parle du produit semble être un argument suffisant. Le fait que le produit ait fait l'objet d'une présentation particulière et que la posologie soit notée est un élément rassurant. Une personne a, par ailleurs, parlé du fait que le produit avait de nombreuses indications, ce qui lui a semblé important pour la maladie dont elle souffrait. Une jeune femme non interviewée (deux discussions informelles, dont une lors d'une visite à domicile accompagnée du thérapeute) a été orientée vers ce traitement alors que l'ensemble de sa famille la pensait mourante et que sa mère a entendu parlé du produit dans un taxi. Agon Valentin leur a donné gratuitement 3 mois de traitement. La famille avait une parfaite méconnaissance des traitements disponibles et la jeune femme ne voulait pas envisager d'aller vers le secteur biomédical par peur d'être hospitaliser (peur de mourir à l'hôpital, et peur du coût).

Processus de légitimation

Agon Valentin présente son activité comme une activité de chercheur. Aussi, la légitimité du produit se construit pour partie sur l'ensemble des démarches analytiques mises en place par Agon Valentin:

1. analyse du chémotype de la plante selon les lieux de prélèvement, c'est à dire de la concentration moléculaire : « pour Api-sida, nous avons pris la plante en différents lieux et ensuite à différentes altitudes, à Tangueita au sommet à 700 mètres d'altitude et on a toujours obtenu le même résultat. La même plante est hypotensive aussi mais par contre, avec l'altitude, elle n'a plus cette propriété. Donc on a fait tous ces tests pour déposer le brevet. » (PDBEWBES060215),
2. analyse in vitro du produit à Strasbourg et à Besançon,
3. analyse biologiques : CD4 et charge virale, sur l'étiquette même du produit les malades sont invités à faire ces examens avant de commencer le traitement et de les refaire quelques mois plus tard afin d'en mesurer l'efficacité. A noter qu'il s'agit là du seul argument à destination des malades (les essais, analyses in vitro, etc. ne sont pas connues des consommateurs du produit).
4. essai thérapeutique (bien que non mené à terme).

Les résultats de ces recherches sont sanctionnés par des dépôts de brevet OMPI pour le produit Api-Bénin, AOPI pour Api-palu et d'autres produits (inconnus du chercheur).

Au niveau thérapeutique, celui-ci s'inscrit dans le secteur de la phytothérapie et de la médecine naturelle. Pour cela il a suivi deux formations : en phytothérapie à Cuba à l'Université Charita Garcia, en médecines douces à Québec à l'UCAR. Il explique aussi que ces formations lui ont permis de maîtriser « le langage médical » dont on a besoin « dans ce milieu ». Un extrait de son rapport DEDA ; « *Une fois le cytoplasme du vih vidé dans celui de l'homme, une transcription inverse s'effectue à partir de l'ARN viral qui devient un ADN proviral et intégré au noyau de la T4, il se mélange au génome humain et à cette étape inoffensive il n'est aucunement possible de l'identifier pour le combattre sinon c'est combattre le patient, et à tout moment il peut surgir et se multiplier en virions.* » p. 59.

Interaction avec les PEC et ARV

Le caractère « naturel » de la thérapie employée est un argument majeur de la singularité de l'efficacité du produit : « Cette substance étant cent pour cent naturelle (non synthétisée au laboratoire) garde de façon permanente sa propriété thérapeutique contre le VIH. L'origine naturelle de sa composition chimique lui confère cette puissance, ce n'est pas une molécule qui est dirigée contre le virus, mais un ensemble de

molécules toutes antivirales 185 capables d'inhiber l'infection à VIH. Certes cette composition varie dans le temps et selon les saisons mais demeure efficace sur les germes sensibles. » (Cf. brevet).

Les effets secondaires sont, eux aussi, minimes et facilement maîtrisables : « Cette substance rend les selles dures pour certaines personnes 5-1-3-Conseils Au cas où il y a des selles dures, l'usage de tout laxatif est recommandé, l'acidité du sirop d'apivirine fait que certaines personnes 170 ont tendance à vomir juste après la prise, il suffit de diluer le sirop dans un demi verre d'eau pour éviter cet effet. » (Cf. Brevet).

Aussi, Agon Valentin avance que ce traitement agréable au goût serait beaucoup moins cher que les ARV et en plus ne développe pas de résistance. Il avance aussi que ce produit pourrait être utilisé pour les patients ayant déjà développé des résistances, un « traitement de la dernière intention » (PDBEWBES060215).

Investigations menées

Les entretiens suivants ont été menés à propos de ce produit : 4 entretiens avec Agon Valentin (PDBEWBES0602150 PDBEWBES060310 PDBEWBES060626 PDBEWBES060830), 6 entretiens avec des personnes ayant consommé dans le passé Api-Sida (PVBEDES060413 PVBESHES060622 PVBEFES060803 PVBEKPES060901 PVBEAES060803 PVBEYAES060803).

Documents

- Agon V. « Spécialiste en médecine verte, pendant que l'Europe retourne aux plantes, l'Afrique s'éloigne des plantes », *L'Opinion*, 23 Juin 2006.
- Agon V., Kinnoudo C. brevet OMPI, WO/B/2004/052384, *Propriétés antirivales, anti-infectieuses et cicatrisantes des extraits de dichrostachys glomerata*, 2004.
- Agon V., *Le développement en Afrique : mon analyse et ma vision dans le cadre de mes études doctorales au Canada*, document multigraphié, 5p.
- Agon V., *Analyse des enjeux de la formation DEDA sur mon expérience professionnelle de Directeur de l'ONG Api-Bénin*, Mémoire de fin d'étude, licence, Sept. 2005.
- Api-Bénin, *Courrier à l'OMS*, 14 février 2003, 3p (copie).
- Api-Bénin, *Courrier au Directeur des Pharmacies par Api-Bénin*, 12 juillet 2004 (copie).
- Api-Bénin, *Demande internationale de brevet*, (copie).
- Ministre de la Santé Publique, Yvettes Seignon Kandissounon, *Courrier à Api-Bénin*, 26 janvier 2004 (copie).
- OMS, *Courrier à Api-Bénin*, 31 mars 2003 (copie)
- The American Apitherapy Society, *La médecine par les abeilles, Traités d'Api-thérapie*, Api-Ar International, ISBN 2-9600270-0-0 Apimondi, Brussels (CD-ROM).

INVENTAIRES

L'INVENTAIRE ET SES LIMITES

Plusieurs méthodes ont été utilisées pour réaliser l'inventaire des produits en circulation auprès de diverses populations : personnes vivant avec le VIH et thérapeutes au Sénégal, personnes et associations, thérapeutes et distributeurs de traitements ainsi qu'inventaire sur Internet au Bénin et au Burkina Faso.

Les limites de l'inventaire sont de natures diverses :

- les inventaires réalisés ne peuvent prétendre à une exhaustivité absolue (pour des motifs de définition des populations concernées et de nature des réseaux de diffusion, discutés par ailleurs).
- la confrontation de divers inventaires réalisés par entretiens auprès de sous-groupes ou dans des circonstances variées met en évidence une étendue limitée des produits recensés par comparaison à la liste générale ; il ne nous a pas été possible de retourner vers chaque sous-groupe investigué, une fois la liste générale réalisée, pour vérifier la présence de tel ou tel produit qui n'avait pas été signalé initialement.

INVENTAIRES SPECIFIQUES

Inventaire des traitements du sida

Nous présentons dans ce chapitre un inventaire général des produits recensés au cours d'entretiens comme utilisés pour le traitement des personnes vivant avec le VIH ou du sida (les produits utilisés pour la sexualité, le paludisme et la drépanocytose sont présentés dans les chapitres spécifiques) et pour lesquels une fiche d'identification a été renseignée. Tous ces produits n'ont pas pu être collectés.

Nom du produit	Promoteur	Site		
		Bénin	Sénégal	BF
Aloe Vera (FLP)	Forever Living Product (USA) société implantée dans les trois pays			
Aloe Vera indigène	Au Burkina : « Le catéchiste » (Burkina)			
Antibioseptique	ANASAD ONG, Cotonou (Bénin)			
Antilaleka	Bamby (Côte-d'Ivoire) Distribué par Boutique Nature au Bénin et CEMENA au Burkina			
Api-Sida	ONG Api-Bénin, 60 implantations sur le territoire béninois Expérimentation mentionnée à Ouagadougou			
CMA, OMTc, SS, Staviral	? Expérimentation à St Camille, Ouagadougou			
Complex B	Phytosalus (Burkina)			
CP 12200 Anti-sida	Phytosalus (Burkina)			
Energy Diet, EnergyPure, Anti-Oxydant, Omega3	Au Burkina: NL International/Europe (France)			
G7	Pharmacie Dakuyo (Burkina Faso)			
Glutathion Extrême performance	Siaka Sy (Burkina Faso)			
Habbatou Sawda Miracle	Huilerie Mecqua (Algérie) diffusé au Sénégal par Malick Diaw			
Hangbidi / Likpeyo / Solojakpin	Tradipraticien EZ (Bénin)			
Hepar 8	Phytosalus (Burkina)			
Herbpower	Lifelong (USA), société présente au Bénin et au Burkina			
HMD +	Gabriel Messou Ehounold (Côte-d'Ivoire)			
Immuboost et Immuboost Plus	Siaka Sy (Burkina Faso)			
Immunicomplex	Pr Yoboué (Côte-d'Ivoire)			
Immunol	Phytosalus (Burkina)			
Immunopower	Siaka Sy (Burkina)			
Invir	Phytosalus (Burkina)			
Invir C	Phytosalus (Burkina)			
Mariandina	Mariandina Nutritional Health Products, Professeur Ssali (Grande-Bretagne, Ouganda) diffuse par Tedpharma (Bénin) pour l'Afrique de l'ouest			
Medicamentum TM Dalo/CRASOUK	Tradipraticien ME (Bénin)			
Medoleme	Tradipraticien Y (bénino-togolais)			
Metrafaids	ONG Prometra (Sénégal) implantée dans les trois pays.			

Moringa	ONG Jeunesse Sans Frontière (Bénin)			
Naja	Tradipraticien IX (Bénin)			
Noni	Boutique nature (Bénin)			
Pierre Noire	Diffusé largement, pour d'autres usages. Mentionné pour le VIH au Burkina			
Reintox	Phytosalus (Burkina)			
S-Complex	Phytosalus (Burkina)			
Sidaklin	Art-elegance (Bénin)			
Spiruline	Dubogan : CREDESA (Bénin) Réginal (Burkina) Essai clinique (Sénégal)			
Spiruline et autres produits Tianshi	Tianshi (USA), implantée au Bénin et au Burkina			
Stimul	Phytosalus (Burkina)			
Sutherlandia	Boutique nature (Bénin)			
Symtramina	Siaka Sy (Burkina)			
Tobacoak's	Coco Toudji Bandje (Togo)			
Viralgic	Pharma-Concept (Hutt River), distribué par Copharbiotec (Bénin) et officines privées (Burkina)			
Virusinest, 1,2,3	Nesto-pharma (Bénin)			
Viusid	Catalysis (Espagne)			
VKX et VK500	Tradipraticien GN, Quartier PK5, Cotonou			
Zonavir	Phytosalus (Burkina)			

Produits anonymes identifiés au Bénin

X1 Plante en projet d'essai à Camp guezo	Camp Guézo (hôpital militaire), Quartier Résidentiel Cotonou
X2 lait de coco + matière animale	Tradipraticien NF, Malanhoui (Ouémé)
X3 huile de moteur et de frein + coco	Christianiste Céleste, Porto Novo
X4 argile + massages+ régime + urinothérapie	Thérapeute à Lomé
X5 lait peak + ananas+ prières	Pasteur évangéliste Cotonou
X6 plantes + prières	Abbé AU Kilibo (Plateau) et Kétou (Ouémé Plateau)
X7 huile d'olive+ sel+ prières	Curé exorciste Eglise St Jean Cotonou
X8 spiruline + ?	Père CN, Centre de santé Saint Camille Davougon (Plateau)
X9 produit inconnu	Guérisseur Pobé (Ouémé)
X10	Groupe de guérisseurs, Porto Novo
X11 produit inconnu	
X12 cocktail de vitamines	
X13 écorce de Kaké, viscères de moutons	
X14 poudre de racines inconnues	Tradipraticien à Ouagadougou

7.3. UNE SELECTION DE MEDICAMENTS EMERGENTS DANS LE CHAMP DU SIDA : IMMUBOOST +, VK 500 ET VK X, VIRALGIC, METRAFAIDS

B. Taverne, M. Egrot, E. Simon

IMMUBOOST PLUS

Marc Egrot

PRESENTATION DU PRODUIT

Immubooost Plus, diffusé au Burkina Faso, fait partie des produits proposés par le thérapeute burkinabé Siaka Sy.

Indications du produit

IMMUBOOST PLUS est indiqué dans le traitement du VIH/sida dans le cadre de l'immunothérapie. Son promoteur, Siaka SY, précise que « IMMUBOOST PLUS est un excellent immunostimulant, anti-oxydant particulièrement indiqué pour les maladies immunosuppressives ou les maladies dues aux effets néfastes des radicaux libres dans l'organisme. »

Dans un document intitulé « L'importance et l'intérêt de l'introduction de la supplémentation nutritionnelle dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou malades du SIDA au Burkina Faso », Siaka SY précise l'indication d'IMMUBOOST PLUS :

« Indication : La synergie d'action des propriétés du Maitake, du Reishi et du Shiitake font d'IMMUBOOST PLUS un excellent complément nutritionnel pour les traitements asymptomatiques et symptomatiques des maladies immunosuppressives ou dues aux radicaux libres (maladies cardiovasculaires, allergies, cancers, tumeurs, hépatite B, hypertension, hypotension, diabète, fatigue chronique, arthrose, asthme, ulcères d'estomac, stress physique et mental, adjuvant contre les effets secondaires de la chimiothérapie, radiothérapie, ARV, ... etc.). »

Informations sur les modes d'action du produit

Son promoteur décrit à IMMUBOOST PLUS « des propriétés immunostimulantes, anti-oxydantes, antivirales et antimicrobiennes ». Dans un document intitulé « L'importance et l'intérêt de l'introduction de la supplémentation nutritionnelle dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ou malades du SIDA au Burkina Faso », Siaka SY précise le « mécanisme d'action » :

« IMMUBOOST PLUS contient des polysaccharides spécifiques qui stimulent la production de l'interféron et de l'interleukine-2 qui sont deux cytokines essentielles pour la stimulation et l'activation du système immunitaire contre les virus et autres germes pathogènes. Les propriétés anti-oxydantes permettent de lutter contre la prolifération des radicaux libres et surtout de leurs effets néfastes sur l'organisme. Des études scientifiques avancent que plus de 80 maladies connues de l'homme du rhume à certains cancers sont en partie dues aux radicaux libres. Les propriétés anti-oxydantes aident particulièrement à lutter contre les effets du stress oxydatif dans le cas des maladies immunosuppressives (cancers, VIH, ... etc.) en améliorant la qualité de vie des malades. Associé aux ARV, IMMUBOOST PLUS aide à contrôler la glycémie, le taux de cholestérol, des triglycérides, de la créatinine et les transaminases, ... etc. »

Informations sur la composition du produit

Selon son promoteur, « IMMUBOOST PLUS est un complément nutritionnel à base d'extraits de trois champignons les plus connus et les plus prisés dans la Médecine Traditionnelle Chinoise que sont le Shiitake, le Reishi et le Maitake ». De fait, les deux derniers termes sont des termes japonais. Les noms botaniques de ces trois champignons sont *Lentinus edodes*, *Ganoderma lucidum*, et *Grifola frondosa*.

Description et formulation du produit

Pas d'informations à ce jour. Ni IMMUBOOST PLUS ni la boîte du produit n'ont pu être recueillis.

Prix du produit

Selon Siaka SY, « Les coûts moyens mensuels des thérapies alternatives (oligo-éléments vitamines, anti-oxydants et immunostimulants) seront de l'ordre de 3.000 à 20.000 FCFA selon les formulations et les quantités. »

Posologie recommandée

Pas d'informations à ce jour.

Effet annoncé du produit

Selon son promoteur, Immubooost est un « complément nutritionnel ». Il explique : « Nos compléments nutritionnels IMMUBOOST, IMMUBOOST PLUS, IMMUPOWER, SYMTRAMINA sont formulés à base d'extraits de champignons et autres plantes médicinales ayant des propriétés anti-oxydantes et immunostimulantes. »

REFERENCES

- à la tradition:
 - « (...) trois champignons les plus connus et les plus prisés dans la Médecine Traditionnelle Chinoise ».
 - « Le Reishi traditionnellement qualifié le "champignon de l'immortalité" »
 - « S'agissant du Maitake on l'appelait le "champignon dansant" parce que ceux qui en trouvaient dansaient de joie à cause de ses vertus médicinales. Seules les familles royales pouvaient se l'offrir. »
- à la nature
 - « L'Afrique peut agir dès maintenant contre la pandémie du VIH/SIDA grâce à la NATURE à travers les plantes médicinales »
 - « L'immunothérapie s'appuie sur les capacités naturelles de défenses de l'organisme contre plusieurs maladies. »
- à la science :
 - « Des études scientifiques avancent que plus de 80 maladies connues de l'homme du rhume à certains cancers sont en partie dues aux radicaux libres »
 - « Des extraits de certaines plantes ont fait l'objet d'études scientifiques qui ont démontré qu'elles stimulent la production de l'IL-2 qui renforce la réponse immunitaire, laquelle réponse immunitaire permettrait au moins de stabiliser l'infection au stade initial. »

LIEUX ET ACTEURS INVESTIGUES

Vente ou délivrance

1/ Siaka SY / NHI 2T / NATURALIA (cf. adresse de NHI 2 T)

2/ Différentes pharmacies de Ouagadougou et probablement d'autres associations. Selon SY, « Nous le commercialisons au centre ville et dans des points de vente ».

Production des produits

1/ La boîte mentionne « Fabriqué aux USA pour NHI 2 T », mais n'indique pas l'identité du fabricant. Mais SY précise dans l'interview accordée à Sidwaya : « Nous achetons les extraits de plantes scientifiquement validées pour leurs propriétés immunostimulantes. Nous faisons livrer ces extraits à une usine pharmaceutique qui procède à la fabrication, selon les normes de référence de qualité dans l'industrie pharmaceutique, GMP (Good manufacture practice) de l'industrie pharmaceutique comme complément nutritionnel. Nos produits viennent des Etats-Unis. (...) Nos partenaires nous communiquent quarante informations nous permettant la revalorisation de la maquette de l'étiquette. Nous mettons la maquette sur disquette que nous envoyons à l'usine pour impression et étiquetage.

Prescription

1/ Siaka SY/ NHI 2T / NATURALIA

Promotion

1/ Siaka SY/ NHI 2T / NATURALIA (cf. adresse de NHI 2 T)

HISTORIQUE DE SON APPARITION DANS LE SYSTEME MEDICAL

Les produits de Siaka SY sont apparus simultanément dans le système médical et dans le milieu associatif en 2001. Les premiers mailings de SY nous sont parvenus quelques semaines avant la XIIème CISMA, qui s'est tenue à Ouagadougou du 9 au 13 décembre 2001, et c'est au cours de cette même période que ses produits ont commencé à circuler auprès de quelques malades. Selon un article paru au Cameroun, Immubooost « a été présenté pour la première fois en public, le 13 décembre 2001 à Ouagadougou. » Plusieurs mailings ont ensuite été diffusés juste après la CISMA (un e-mail commence d'ailleurs par ces mots « Les rideaux sont baissés sur la 12e CISMA. »), mais de manière beaucoup moins régulière jusqu'en 2003. Par la suite, les contacts se sont renforcés entre SY et les associations (une sorte de contrat a par exemple été passé en 2003 avec l'association WQ, qui disposait alors d'une centaine de traitements), mais aussi avec des entreprises (exemple : programme Sida de la T... datant de la même année).

DOCUMENTATION, PRESSE, PUBLICATIONS SUR LE PRODUIT

Nous disposons de plusieurs documents produits par Siaka SY et largement diffusés sur Internet par ce dernier (de 2001 à 2003), à travers des mailing adressés à de très nombreux professionnels de la santé et responsables associatifs. Aucun document dédié spécifiquement à IMMUBOOOST PLUS, mais le produit est régulièrement cité dans les mailings.

VK 500 ET VK X

Emmanuelle Simon

PRESENTATION DU PRODUIT

VK 500 a été identifié au Bénin.

Le produit est connu pour son indication principale la drépanocytose. Le produit peut être utilisé en prophylaxie ou en traitement des crises. Selon le site web consacré au produit (www.vk500.com) la posologie est la suivante :

« Prophylaxie des crises :

Chez l'enfant de moins de 12 mois	1 à 2 gélules de 500mg par jour.
De 1 à 3 ans	2 à 3 gélules de 500mg par jour.
De 3 à 10 ans	3 à 6 gélules de 500mg par jour.
Au delà de 10 ans	6 à 12 gélules de 500mg par jour.

Traitement des crises :

Prise d'une dose prophylactique minimale toutes les 4 heures sauf chez l'adulte où la prise de 4 gélules toutes les 4 heures suffit. »

Le VK 500 se présente sous forme de gélules contenant une poudre. Selon le brevet, il s'agit d'un extrait de 8 plantes médicinales béninoises (Partanariat 58, p.5). La formule dite de « base » est :

- un extrait de l'écorce des racines de *Fagara xanthoxyloïdes* (RMQ : plante très connue dans la pharmacopée locale contre la drépanocytose)
- un extrait de l'écorce des racines de *Securidaca longepedunculata*,
- et/ou un extrait de l'écorce des racines d'*Uvaria chamae*

Sont aussi mentionnées : *Fla vomitoria* (racines), *Citrus Aurantifo* (racines), *Phyllanthus Niruri* (extrait total), *Flacourtia flavescens* (racines), *Adansonia digitata* (extrait de l'écorce de tronc).

Le produit fabriqué par la société Arkopharma (Cf. ci-dessous) et constitué de 45 gélules contenues dans un flacon en plastic blanc scellé. Une étiquette bleue et rouge avec des ronds rouges (évoquant peut-être les globules rouges ?) est collée sur le flacon. L'étiquette est rédigée en français et en anglais (pour la posologie). Il coûte 21.000 FCFA (31,5 euros). Mais Gêrome FM fabrique « un générique » (selon ses termes) qu'il vend 10.000 FCFA (15 euros). Le « générique » n'a pas été observé.

En discutant avec Gêrome FM, on apprend qu'il y a d'autres indications possibles à ce traitement : - contre le vieillissement, le sida. D'ailleurs, le brevet européen obtenu pour le produit s'intitule comme suit : « médicament notamment pour le traitement de la drépanocytose ou du sida ». Dans le brevet on peut lire :

« Selon une autre variante de réalisation de l'invention, l'invention couvre aussi l'utilisation d'un extrait de la plante *Phyllanthus niruri* pour la fabrication d'une composition pharmaceutique ou d'un médicament pour restaurer ou promouvoir l'immunité, en évitant ainsi l'apparition d'infection favorisée par la perte d'immunité et notamment la perte d'immunité résultant de la drépanocytose, ou du SIDA. » (Cf. brevet)

« L'invention couvre encore selon un autre aspect l'utilisation d'un extrait de la plante *Flacourtia flavescens* pour favoriser l'immunité, en permettant ainsi de diminuer l'apparition d'infection, notamment pour des patients atteints de drépanocytose ou du SIDA. » (Cf. brevet)

« L'invention couvre encore une combinaison de l'extrait de *Phyllanthus niruri* avec un extrait de *Flacourtia flavescens* afin de procurer un effet de synergie pour assurer une restauration quasi complète d'immunité éliminant avec une grande certitude le risque d'infection ainsi que l'apparition de fièvre, notamment dans la perte d'immunité résultant de la drépanocytose, ou du SIDA. » (Cf. brevet).

Le VK 500 permettrait donc de restaurer l'immunité du patient.

Aussi, Gêrome FM développe actuellement un produit à par entière pour le VIH/sida qui s'inspire du VK 500. Le produit appelé temporairement VK X est en cours d'élaboration.

Ce produit serait composé de 8 plantes antivirale (dont une partie des plantes composant le VK 500) et stimulant l'immunité. Le VK X n'est pas vendu, il est donné aux malades qui suivent ce traitement (une dizaine dont le plus ancien prenait le traitement depuis 5 ans en 2006 selon Gêrome FM).

Le VK X est présent par Gêrome FM comme étant un « Inhibiteur de la réplication virale » et un stimulant de l'immunité. Il affirme par ailleurs avoir « un projet de séronégativaton » :

« ça stoppe l'évolution. Jusque-là les malades continuent à avoir leur séropositivité, mais ils ne sont plus du tout malades, quand c'est des couples, la femme l'a, l'homme l'a, mais ils ne sont pas malades, ils ne sont même pas malade de rien du tout, ils vivent bien, ils n'ont pas de dialyse, ils ne sont accablés, pas par les maladies opportunistes, ils ne sont pas malades, du tout du tout, mais je pense que je vais réussir à négativer, j'ai ma petite idée, là je suis sérieux, c'est un virus non ? Tant que c'est un agent pathogène, on peut arriver à le tuer. » (PDBEGNES060413).

HISTOIRE DE SON EMERGENCE DANS LE SYSTEME DE SOINS

Gêrome FM explique s'intéresser aux plantes depuis la terminale. Il s'intéresse ensuite à la drépanocytose après le décès d'un ami d'enfance drépanocytaire durant ses premières années de Faculté en 1972. Il élabore le premier produit qui donnera le VK 500 en 1979 (PDBEGNES060406). Il recourt à un cabinet en conseil en propriété industrielle, le Cabinet beau de Loménie (www.cabinetbeaudeloménie.fr) et obtient un brevet pour la zone européenne le 19 août 2002, n°0200992 = pour la drépanocytose. Il demande ensuite une extension de brevet le 24 novembre 2004, n°0200992 (date de dépôt 28 janvier 2002) = pour le VIH.

Le brevet fait état de plusieurs essais de toxicité : toxicité des plantes sur 40 souris, essais toxicité chronique pour le mélange sur 20 lapins. Concernant la drépanocytose, plusieurs essais sont aussi décrits :

« essais cliniques de la phase 1 à 3 pour la drépanocytose : pas de « lots témoin ni comparaison avec médicament placebo » « 10 malades forme SS, phase 1, pas de toxicité sur l'homme, phase 2 réalisée concomitamment sur les mêmes malades. » (Cf. brevet), « essais clinique de phase 3 : échantillon de 170 malades âgés de 1 an à 30 ans de sexe différent ainsi que de nationalité différente. Cet échantillon a été comparé à un groupe témoin de 110 enfants ne souhaitant pas être soignés par cette méthode, préférant le traitement classique, par antalgique, transfusion et perfusion » (Cf. brevet)

Concernant le sida, il est fait état d'« Essais cliniques de phase 1 et de phase 2 de malades atteints du SIDA », « Un premier malade atteint du SIDA en phase terminale (une femme de 37 ans avec un rapport initial CD4/CD8 de 0,45) a reçu deux gélules de 500 mg de la composition obtenue à l'exemple 18 qui est enrichie avec un mélange d'extrait alcoolique de plante Fagara et de plante Securidaca ainsi que d'un extrait aqueux de la plante Fagara, trois fois par jour au milieu du repas depuis au moins six mois.

M= 4 : « le rapport CD4/CD8 a montré que celui-ci est passé de 0,45 initialement à 0,59, avec une prise de poids de 6 kg. Ce malade est considéré être sorti de la phase terminale du SIDA et être maintenant entré dans une phase de stade proche du SIDA. Le traitement est poursuivi normalement. »

Un deuxième malade constitué par l'enfant de cette femme, âgé de 2 ans a été soumis en même temps à un traitement similaire comprenant une gélule de 500 mg de la composition de l'exemple 18 par jour.

M = 4 « Le rapport CD4/CD8 n'a pas pu être mesuré initialement mais après 4 mois de traitement le taux de CD8 a retrouvé une valeur normale de l'ordre 1688 alors que les valeurs normales sont comprises entre 240 et 1000 en nombre par millimètre cube dans le sang. »

« Les CD4 sont également très proches des valeurs normales à 356, la valeur normale étant de l'ordre de 500 à 1200 en nombre par millimètre cube dans le sang. »

« A la suite de ces résultats très significatifs, un groupe de 16 personnes est actuellement soumis à des essais thérapeutiques de phase 2 à la dose adulte, à savoir de deux gélules à la dose de 500 mg par repas, trois fois par jour. » (Cf. brevet)

Avant ou pendant les essais ci-dessus cités, Gêrome FM a pris contact avec la société Arkopharma (<http://www.arkopharma.fr/>). Le Docteur D. qui avait suivi ce produit ne travaille malheureusement plus pour Arkopharma car la section « essai clinique » à laquelle il appartenait a été fermée courant 2007. Selon l'entretien téléphonique eu avec M. D., responsable du développement des galéniques chez Arkopharma, la

société a produit à partir de la préparation fournie par Gêrome FM un lot reproductible et industrialisable en vue d'un essai clinique (« ça collait partout, c'était impossible à mettre en gélule »). Ceci se serait inscrit dans un projet humanitaire dans lequel la société a remis gratuitement ce lot à Gêrome FM. Par la suite, une maquette de produit commercialisable a été réalisée. Toutefois selon le responsable du développement des galéniques, il conviendrait de prendre contact avec la Direction (contact non pris) – qui gère la commercialisation à l'international – afin de savoir si un second lot avait été produit pour une vente locale du produit (le produit collecté à Cotonou était-il un échantillon ou une partie de cet hypothétique lot ?). D'après lui, la société Arkopharma n'était pas vraiment désireuse de se lancer dans une telle production avec un commanditaire par forcément solvable. D'après Gêrome FM, Arkopharma auraient négocié d'être « façonnier à vie » de son traitement et qu'ainsi sa production « générique » contreviendrait à l'accord passé avec elle. Il justifie cela par le coût trop important du produit fabriqué par Arkopharma pour les populations locales.

En 2002, Gêrome FM obtient une AMM temporaire au Bénin dont il ne renouvellera pas la demande ensuite (entretien réalisé avec le Directeur des Pharmacies). Et selon les informations collectées le produit n'a jamais été vendu dans les pharmacies locales. Ainsi, qu'il y ait eu un lot supplémentaire fabriqué par Arkopharma, ou non, la vente du traitement, semble s'être toujours faite au cabinet de Gêrome FM. Comme le montrent D. Bonnet et A. Lainé dans leur chapitre, son traitement reste longtemps très critiqué, au Bénin comme au niveau international (www.afrik.com/article6399.htm).

Puis, en juin 2007, au retour d'un voyage en France, il est interviewé par un journaliste béninois. Le lendemain, la presse béninoise s'enflamme pour sa découverte. Gêrome FM est présenté comme rentrant de France où il viendrait d'obtenir un brevet de l'INPI (ce qui datait de plusieurs années). Après cet effet d'annonce, Gêrome FM reçoit le soutien du nouveau président béninois M. Yayi Boni. Les journaux étrangers et la presse électronique relaient la « nouvelle » (ex. <http://www.afrik.com/article11852.html> ; http://www.atout-guadeloupe.com/VK-500,-medicament-miracle-contre-la-drepanocytose_a809.html) et la controverse prend alors une dimension internationale. Différentes associations de malades expriment leur désapprobation (<http://asso.orpha.net/SOSGLOBI/cgi-bin/articles.php?lng=fr&pg=8542> ; <http://www.noir-et-blanc.org/content/view/100/lang,fr/>).

Interrogé sur ce non-événement du mois de juin, il explique ne pas rétablir la vérité considérant que c'est un juste retour des choses (la calomnie fait place à la publicité). S'il ne publie pas ses résultats, c'est que se ne sont pas « les honneurs » qu'il cherche, qu'il n'a « que faire de prouver au nord » ce qu'il fait et il ajoute que d'autres s'en chargeront à sa place :

« On ne peut pas être au four et au moulin, j'ai fait, maintenant, je suis vieux, il y a des dermatologues qui vont travailler sur la peau des drépanocytaires, la peau des non-drépanocytaires, je veux qu'on vérifie ce qu'il y a dans la littérature et ensuite ils vont faire des publications pour convaincre les gens du Nord et là on pourra multiplier les produits et vendre pour avoir des fonds pour faire ce qu'il faut en bas »

Il explique, par ailleurs, que l'Etat Béninois lui aurait donné un terrain pour cultiver les plantes en quantité suffisante pour produire à grande échelle. La presse fait d'ailleurs mention d'une société française qui aurait accepté de produire le traitement mais nous n'avons pas pu obtenir d'information à ce sujet.

L'enquête s'est arrêtée en 2007, mais les médias internationaux ont continué à parler de lui en 2008. Il avait déclaré avoir obtenu une AMM en Angola. Il semblerait qu'en juin 2008 à Luanda, Gêrome FM en collaboration avec l'association angolaise d'appui aux malades de l'Anémie Falciforme aurait mené une « vaste opération de solidarité » en faveur des malades de la drépanocytose en distribuant des traitements gratuits (le VK 500 ?) (<http://fr.allafrica.com/stories/200806111039.html>). Puis, en septembre 2008, Gêrome FM est invité pour parler de la drépanocytose à l'émission française de divertissement « vivement dimanche » (http://www.dailymotion.com/video/x6ovlr_dr-medegan-fagla-gerome-vivement-di_news).

À la différence du VK 500, très médiatisé, le VK X est très confidentiel. Le thérapeute avait demandé au début de notre relation d'enquête que cela soit tenu secret. Son épouse occupe une place clé au CNLS au Bénin et il semble que Gêrome FM préférerait rester discret quant à ces activités dans le secteur du sida. Le fait qu'il travaille sur le sida était en effet peu connu au moins jusqu'à la diffusion du film de François-Xavier

Demanche et Thierry de Lestrade : *Le syndrome du guérisseur*, France 5 /Arturo Mio, 2006. Gêrome FM avait été interviewé pour la réalisation de ce film courant 2006.

Lors de notre enquête, Gêrome FM déclarait avoir une petite dizaine de patients. La majorité d'entre eux ayant commencé le traitement en 2001. Gêrome FM vend son produit à son cabinet à Cotonou. Les patients recrutés l'ont été par le biais de son réseau dans le milieu de la santé.

Comme dans le cas de la drépanocytose, Gêrome FM explique qu'il a commencé ses recherches sur le VIH à la suite de la maladie du fils d'une amie :

« En fait, il y a des parallèles à faire entre la drépanocytose et le VIH /sida, c'est déjà cette question de l'immunité, mais il y a encore beaucoup d'autres points, en tout cas voilà comment je suis passé de mes recherches sur la drépanocytose à celles concernant le VIH/sida. Comment je suis venu au sida, j'avais une amie, une française qui m'a toujours soutenu en France, elle m'a beaucoup soutenu, elle avait un fils, je dirais que c'était le plus beau, il était vraiment très beau, il est allé faire son service (? je crois) en Côte d'Ivoire et quand il est rentré il était séropositif. À l'époque, c'était l'AZT, le traitement, bon ça n'allait pas, alors j'ai dit que j'allais le prendre avec moi et nous avons fait le tour des tradipraticiens ici, on leur a demandé, des recettes, mais il faut croire qu'ils avaient oublié ce qu'ils faisaient pour cette maladie, et la peur et l'angoisse ne sont pas bonnes conseillères, j'étais tellement pris par l'angoisse que je n'ai pas su voir le parallèle entre le VIH et la drépanocytose. Je m'en veux encore quand je vois maintenant ce qu'on peut faire, ce qu'on arrive à faire, vous allez voir les malades. » (Cf. PDBEGNES060217).

Il a rapidement établi un parallèle entre le VIH/sida et la drépanocytose : « Ce qui tue les enfants c'est les infections, vous prenez n'importe quel enfant drépanocytaires alors que tout le monde se focalise sur les douleurs, ils font une crise et tout et tout, la crise elle est facilement arrangeable, vous donnez un VK, vous donnez une plante, vous donnez un fégarate, et la crise passe, mais ce qui est permanent, et ne passe pas, lorsque vous avez des globules blancs, à 20.000 ou 25.000, alors qu'il faudrait 5000, ou tous simplement parce que ce corps-là ne sait plus se défendre, alors il y a prolifération de globules non spécialisés et l'immunité est n'importe quoi. Tout simplement parce que une bonne partie de l'immunité se fait au niveau de la rate. Si vous vous souvenez de votre cours de terminale. » (PDBEGNES060406)

Il explique par ailleurs que selon lui c'est au niveau de la membrane cellulaire que se joue la clé du traitement :

« Au niveau de la membrane, c'est à ce niveau-là qu'on peut faire le lien avec le VIH, le virus devient nocif lorsqu'il pénètre à l'intérieur des cellules, qu'il rentre dans le noyau, avant il peut être là mais il n'y a rien. C'est à partir de là que les cellules meurent. Pour la drépanocytose, je pense que ça ne se situe pas au niveau de la polymérisation des globules, mais que c'est au niveau des membranes que ça se joue. » « Donc pour le VIH, il s'agit de réfléchir à comment cela fonctionne au niveau de la membrane et d'empêcher la pénétration du virus dans les cellules » « ce qui manque c'est que ses malades remontent lentement leur immunité, donc il y a une molécule qui devrait permettre de stimuler l'immunité, les globules blancs seraient moins nombreux, les cellules à mémoire commenceraient à développer des anticorps, il y a deux sortes d'anticorps, des directement offensifs et ceux qui défendent. Et ainsi, les cellules cesseraient de mourir et les anticorps se développeront ». « En somme votre médicament, n'est pas virucide, mais il s'agirait d'empêcher le virus d'entrer dans les cellules et de stimuler l'immunité ? » « Oui » (PDBEGNES060810).

Articulation avec le système biomédical de santé

Cf. plus haut (essais, brevet, acteurs impliqués dans sa diffusion). Gêrome FM explique aussi que sa formation ne lui permet pas de faire toujours le meilleur suivi clinique des malades et ainsi il affirme se référer parfois à des « collègues médecins ».

Autres produits

Gêrome FM explique avoir inventé d'autres produits qu'il n'a pas pour autant développé sous la forme d'un produit néo-traditionnel (il peut préparer à la demande) : pilule du lendemain, traitement de l'ulcère et de la prostate.

Gêrome FM connaît d'autres traitements du VIH/sida. Il connaît Dossou Yovo qui est un parent, mais il décrit ses activités comme peu crédible, d'après Gêrome FM comme de nombreux tradipraticiens Dossou Yovo déclare que les patients sont guéris lorsqu'ils ne les voient pas revenir se plaindre du traitement.

Avant de faire lui-même des recherches, il avait prescrit à une patiente le Tobaccoaks qu'il allait lui-même chercher au Togo. Il dit de ce produit qu'il s'agissait d'une énorme imposture dont les milieux scientifiques étaient complices.

Il connaît aussi l'ONG Prometra et son Directeur. Il pense que le Directeur de la Prometra, médecin de formation a « *une démarche scientifique* » similaire à la sienne. Il connaît aussi la plante « Sutherlandia » dont il a entendu parler dans une conférence internationale sur le VIH/sida.

Enfin, à propos du remède du Président Gambien, il déclarait ceci :

« il est un peu fou, mais je ne jugerais pas, j'ai connu des fous qui pourtant disaient des choses intéressantes et tout n'est pas non plus dans les analyses, il y a des gens qui ont des choses, qui ne relèvent pas de cela, tant que je n'ai pas vu moi-même comment il soigne les gens, ce qui se passe, je n'irais pas balayer ça d'un revers de main ».

ADHESION ET LEGITIMATION

Processus d'adhésion aux produits

Le patient interrogé avait eu un frère décédé du VIH/sida. Il avait bénéficié alors d'un traitement à l'AZT. Le patient apprenant sa séropositivité avait alors immédiatement refusé tout recours au secteur biomédical qu'il jugeait incapable de prendre en charge sa maladie. Un ami à lui, lui avait parlé de quelqu'un qu'il connaissait et que « *faisait du bon travail* » aussi il s'est directement orienté vers Gêrome FM.

Le fait que Gêrome FM soit biochimiste est important pour le patient. Les résultats des analyses biologiques ont aussi confirmé au patient qu'il avait fait le bon choix. L'expérience qu'il a de son propre corps l'a aussi conforté dans son choix (disparition des symptômes après début des traitements).

Processus de légitimation

L'ensemble du discours de Gêrome FM se réfère la pharmacologie (« *chromatographie des plantes* », recherche des « *principes actifs* », « *j'ai une bibliothèque de substances naturelles* ») et la biochimie (parle de « *molécules* » de « *protéines* » de « *cycle de Krebs* »). Il explique qu'il se tient au courant de l'actualité scientifique et que sa démarche est en marge des connaissances admises actuellement. Il montre d'ailleurs un certain intérêt pour la recherche au « Sud » : africaine (Cf. son équipe de chercheurs à Luanda) mais aussi indienne. En 2006, avec le soutien de la Fondation Gandeepam (<http://www.gandeepam.org/index.htm>), M. Badet, responsable du service de Promotion des Pharmacopées et Médecines Traditionnelles du Ministère de la Santé, accompagnée d'une délégation à laquelle appartenait Gêrome FM devait faire un voyage « d'étude » en Inde. Gêrome FM déclarait alors attendre beaucoup de ce voyage auprès des chercheurs indiens en médecine traditionnelle. Selon lui ces derniers auraient déjà obtenu de très bons résultats auprès de leurs malades séropositifs. Ce voyage n'a finalement pas eu lieu.

Gêrome FM dit aussi son attachement au savoir traditionnel local : le Vodun. Il est membre d'un couvent pour Sakpata (Dieu de la terre). Il se présente comme un « *docteur feuille* » et explique qu'une partie de son activité trouve ses racines et « *sa force* » dans la tradition vodun.

Un extrait d'entretien rend compte de la position de Gêrome FM :

« je n'ai pas l'impression (silence) que je fasse quelque chose de remarquable, je pense que moi je ne fais que retrouver la mémoire de notre médecine, retrouver ce qui a été oublié dans notre médecine, pour chaque maladie.

ler : même pour le Sida, qui est une nouvelle maladie ? (silence) faut m'excuser par la naïveté des questions parfois ! (rire)

lé : non, non, je te comprends, je te comprends tout à fait, avec le sida, j'ai le sentiment plus fort, que c'est moi qui l'ai fait, en totalité. Mais toujours en héritage (mot inaudible) en matière de connaissance sur les plantes, comment elles agissent, par rapport à ce qui a déjà été étudié et fait par notre société, par, (mot inaudible) parce que quand je vais chez les yoruba, ils ont une autre explication des plantes, ils ont d'autres plantes aussi » (PDBEGNES060413)

Enfin, dans le cas de la drépanocytose surtout, les médias et le plébiscite populaire jouent un rôle central dans la construction de la légitimité de ce thérapeute.

INTERACTION AVEC LES ARV

Selon Gêrome FM, ses patients ont le plus souvent arrêté leur traitement sous ARV (dans le cas où ils en suivaient un) et cela malgré ses protestations. Il explique par contre que « les patients n'ont pas avec son produit tous les stigmates que provoquent les ARV. Comme la dysmorphie, la présence de graisse là où on ne devrait pas en avoir. » (PDBEGNES060512).

Investigations menées

De nombreux entretiens répétés ont été menés avec Gêrome FM avec qui une véritable relation de confiance a été établie (PDBEGNUS060217, PDBEGNES060406, PDBEGNES060502, PDBEGN0603 ?, PDBEGNESP60413, PDBEGNES060512, PDBEGNES060622, PDBEGNES060810).

GN a aussi invité le chercheur à participer à un séminaire financé par la Coopération française et organisé par Pharmaction sur le thème « La médecine traditionnelle dans les hôpitaux ». Le séminaire a été enregistré. Gêrome FM est intervenu à plusieurs reprises dans le cadre du séminaire. À l'issue du séminaire, il était élu membre du comité de suivi des recommandations émises lors du séminaire.

DOCUMENTS

Brevet européen n°0200992 « médicament notamment pour le traitement de la drépanocytose ou du sida » « Mission conjointe OMS/CDE », *Partenariat* 58, Janv/fév : 5, 2002.

« Drépanocytaire : un traitement à base de plantes au Bénin », *Jeune Afrique l'intelligent*, 23 août, 2003.

Medegan (2005), « Importance de la biodiversité dans la pharmacopée Africaine : menaces sur les plantes médicinales Bénin », *Salon national de la biodiversité*, 2 avril.

<http://www.vk500.com/>

<http://www.afrik.com/article11852.html>

http://www.atout-guadeloupe.com/VK-500,-medicament-miracle-contre-la-drepanocytose_a809.html

<http://asso.orpha.net/SOSGLOBI/cgi-bin/articles.php?lng=fr&pg=8542>

<http://www.noir-et-blanc.org/content/view/100/lang,fr/>

<http://fr.allafrica.com/stories/200806111039.html>

http://www.dailymotion.com/video/x6ovlr_dr-medegan-fagla-jerome-vivement-di_news

VIRALGIC

Marc Egrot

PRESENTATION DU PRODUIT

Le Viralgic a été identifié au Burkina Faso et au Bénin.

Sur l'étiquette du produit :

Dr JP Raveneau. Distributeur : Transgalaxy SA, Genève CH, Pharma@Transgalaxy.biz

Sur internet :

Grande herboristerie médicale de la place Clichy (officine ouverte au public), 87, rue d'Amsterdam, 75008 Paris, France. Métro : ligne 2 ou 13, station Place de Clichy

Société PHARMA CONCEPT S.A.S., Dr Jean-Pierre Raveneau, pharmacien

Conseils personnalisés Du Mardi au Vendredi : 10h à 13h – 14h à 19h, Tel. : +33 (0)1 48 74 83 32

Télécopie : +33 (0)1 45 26 98 57 Courriel : pharmaconcept@club-internet.fr

En août 2005, la société Pharma Concept ouvre un nouveau siège à Nian, capitale de la principauté du Hutt River (Australie occidentale) : PHARMA-CONCEPT HRP Ltd Pty.

La « principauté de Hutt River » a été instaurée le 21 avril 1970 par un fermier, Leonard Casley à la suite d'un différend l'opposant à l'Etat Australien à propos de la réglementation de sa production agricole. Il s'intronise alors « prince » ce qui lui évite une contestation selon la réglementation du Commonwealth, et déclare les personnels de son exploitation agricole et sa famille « citoyens de la principauté ». Les sources divergent concernant l'effectif de sa population : 60 (estimation de 2004 selon un site web consacré aux micro-états autoproclamés¹ ; 20 000 selon le site web de la principauté qui précise que ce nombre inclut la diaspora²). Elles convergent sur sa superficie (75km²) et sur les activités économiques de cette « nation » : vente de souvenirs, de passeports, accueil de sociétés qui font l'objet d'une taxation, émission de timbres...

Ni l'Australie, ni le Commonwealth, ni les organismes internationaux n'ont reconnu cet Etat auto-proclamé. La principauté est cependant représentée par deux consuls au Bénin et en Côte d'Ivoire. Le Viralgic tient une place importante dans la rubrique « Diplomatie » du site web de la principauté³.

Lieu et circonstance de recueil du produit ou de l'emballage :

En juin 2006, la pharmacie de l'hôpital Yalgado Ouédraogo et la pharmacie de l'Indépendance le proposaient à 17215 FCFA.

INDICATIONS

Sur l'étiquette :

¹ <http://www.Worldstatesmen.net>

² <http://www.hutt-river.org/state.htm>

³ <http://www.hutt-river.org/index.htm>

« Indications : déficience immunitaire, pathologies virales ». Mais sous le nom du produit, on peut lire aussi : « Immunostimulant, bactériostatique, bactéricide et antiviral ». En bas de l'étiquette, on lit : « en cas de syndrome d'immunodéficience ».

Sur le site web du produit...

Présenté comme pouvant « soulager nombre de séropositifs dans les pays d'Afrique et d'Asie » . « le caractère principal du VIRALGIC® qui est : son pouvoir d'immuno-stimulation ». « Le cumul des essais permet aujourd'hui de constater que le champ d'utilisation de ce produit peut être étendu aux affections virales comme l'Herpes, le Zona, la Grippe chez des personnes saines ». (www.viralgic.org)

COMPOSITION

Sur l'étiquette, on peut lire : « mélange homogène de molécules aromatiques dérivées de triterpènes, d'alkaloïdes et d'hétérosides extraits de plantes médicinales »

Sur le site du Viralgic, il est présenté comme une : « préparation magistrale de phytothérapie composée d'extraits de plantes et inventée en l'an 2000 par Jean Pierre RAVENEAU, Biologiste, Docteur en pharmacie » (www.viralgic.org):

« Des plantes ci-dessous sont extraits les principes actifs notamment par solubilisation dans différents solvants, macération, distillation, etc..., selon un savoir-faire particulier de l'inventeur : nouvelle technologie en matière de Phytothérapie.

Les extraits de dix huit plantes composent le produit, dont les dix suivantes proviennent de la pharmacopée internationale : Aniba rosaeodora, Chrysantellum americanum, Cinnamomum verum, Helichrysum italicum, Tabebuia impetiginosa, Lavandula burnati, Lavandula stoechas, Ravensa anisata, Inula graveolens, Uncaria tomentosa .

VIRALGIC® contient plus de 600 molécules différentes qui agissent par synergie. »

Formulation

Solution buvable alcoolisée.

DESCRIPTION DU PRODUIT

Type de produit

Sur l'étiquette, le produit est présenté comme une « formule phytothérapeutique », « extraits de plantes médicinales ». Dans sa décision de 2005, l'AFFSAPS refuse de lui conférer le statut de « préparation » et le considère comme « médicament », donc nécessitant une AMM. Le site de principauté du Hutt River le présente comme un « alicament phytothérapie ». Dans son allocution au Togo, Sir E. Suchet parle de « nouveau traitement par phytothérapie ».

Description précise du produit :

Solution buvable alcoolisée de couleur thé, alcoolisée, volatile (une goutte sur le doigt sèche en moins d'une minute), grasse (laisse une tache de graisse sur du papier) ressemblant à un mélange d'huiles essentielles. Très forte odeur piquante avec une composante de parfum évoquant l'eucalyptus. Goût très fort (se prend en dilution), acre et légèrement amer...

Description de l'emballage :

Un seul niveau d'emballage. Bouteille en verre, translucide, de couleur marron foncé, de 60 ml environ, fermant grâce à un bouchon à vis en plastique de couleur blanche, avec des stries verticales en relief sur le pourtour du bouchon, une collerette en plastique blanc sous la pas de vis en verre permettant de garantir que le produit est resté scellé jusqu'à la première ouverture. L'embouchure de la bouteille est fermé par un obturateur à deux orifices (entrée d'air, sortie de liquide) en plastique transparent servant de compte-gouttes.

Autour de la bouteille, une étiquette imprimée collée au benjoin.

Prix du produit

D'après FP, 17500 Fcfa en 2001 au Burkina Faso. Aucune autre indication de prix sur le web. Acheté 17215 FCFA en juin 2006.

Posologie recommandée

Voir étiquette.

Effet annoncé

Immunostimulant, bactériostatique, bactéricide et antiviral.

Effets secondaires, contre-indications

Rien de précisé.

REFERENCES

Références à la science

Plusieurs références à des « essais » sur www.viralgic.org :

Evoque une première évaluation en 2001 au Burkina Faso. Cf. « rapport d'évaluation » établi par le Ministère de la Santé de ce pays sous le N° 2001/002/MS/SG/CMSC/UP : « Utilisation de la spécialité VIRALGIC® dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ».

http://www.viralgic.com/conclu_cirba.htm

http://www.viralgic.com/conclu_cirba1.htm

http://www.viralgic.com/conclu_cirba2.htm

http://www.viralgic.com/eval_burkina.htm

http://www.viralgic.com/eval_guinee.htm

« D'autres évaluations et essais ont suivi, ... » est-il affirmé sur le site web, mais sans autre précision.

Plus loin, est évoquée une « collaboration scientifique... nouée avec le CIRBA (Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan). Elle a permis de corroborer les résultats des diverses évaluations et de mettre en évidence le caractère principal du VIRALGIC® qui est : son pouvoir d'immuno-stimulation. Voie qui, aujourd'hui, commence à être explorée par les chercheurs ».

« Le cumul des essais permet aujourd'hui de constater que le champ d'utilisation de ce produit peut être étendu aux affections virales comme l'Herpes, le Zona, la Grippe chez des personnes saines ».

D'autres références à la science sur le site <http://www.hutt-river.org/actualites.htm>

« Le 17 juin 2005, lors d'une réunion au siège du PNLs de Kinshasa, (à laquelle aurait été présent Sir Edmond SUCHET, Vice Ministre des Affaires Etrangères de la principauté du Hutt River, le Directeur de la Pharmacie, le Docteur LEPIRA de l'Ecole de Santé, différents acteurs de la lutte contre le VIH SIDA en République Démocratique du Congo, le Docteur en pharmacie Jean Pierre RAVENEAU, le docteur Henri CHENAL directeur du CIRBA à Abidjan, et le Docteur en Pharmacie Serge Eric TREE maître assistant à l'Université de COCODY en Côte d'Ivoire), le Docteur Henri CHENAL, Directeur du CIRBA (Fondation MONTAGNIER à Abidjan) aurait « présenté les résultats au bout de 12 mois de l'essai du VIRALGIC® qu'il a dirigé ».

« En conclusion, les essais d'Abidjan sur le VIRALGIC® viennent corroborer les essais effectués dans les autres pays d'Afrique et confirmer son apport à la santé publique ».

CRITIQUE DES RAPPORTS D'ETUDES CONCERNANT LE VIRALGIC PAR S. LE GAC, TECHNICIEN D'ETUDES CLINIQUES, IMEA

ETUDE TOXICOLOGIQUE

Les études de toxicité aigue doivent être pratiquées au moins chez deux espèces de mammifères , par deux voies d'administration différentes : ce n'est pas le cas pour ce produit.

Doit être déterminées :

- la dose létale 50 (DL 50)(dose pour la quelle 50% des animaux sont tués)
- la dose létale 0 (DL 0) (dose maximale tolérée sans mort)
- la dose létale 100 (DL 100) (dose minimale pour laquelle tous les animaux meurent)

Cela n'apparaît pas dans le rapport

Toxicité subaiguë et chronique : ceci doit être fait sur deux espèces de mammifères dont l'un n'est pas un rongeur : pas fait ici (en tout cas pas dans le rapport).

Toxicité sur la reproduction, mutagenèse, cancérogenèse : ces aspects n'ont pas été étudiés.

ESSAI MENE AU BURKINA FASO

Tout d'abord il faudrait évidemment un groupe témoin pour pouvoir évaluer l'efficacité d'un traitement, si possible contre placebo. Le traitement doit être attribué par randomisation, en double aveugle, ce qui n'est pas le cas dans cette étude.

Les points suivants ne sont pas précisés :

- Essai de phase I,II,III, ?
- Accord d'un comité d'éthique ?
- L'objectif principal ?
- La méthodologie ?
- Le critère de jugement ?

Les résultats (en admettant que ces résultats puissent être discutés, compte tenu des insuffisances des points pré-cités) :

Il manque l'analyse statistique. L'auteur énumère le nombre de patients, parle « d'augmentation significative » sans présenter de chiffres, ce qui implique que nous devrions les croire sur paroles ! Seulement 7 patients voient baisser leurs CD4 « de façon significative » : ceci paraît suspect. Dommage que l'étude était de courte durée : les auteurs auraient aussi pu prétendre que le Viralgic aurait pu agir sur la CV jusqu'à la rendre indétectable ! Le choix des valeurs biologiques n'est pas précisé ni argumenté. Le rapport de toxicité (si on considère qu'il est valable, ce qui n'est aucunement acquis) ne fait pas mention de problèmes hépatiques ; pourquoi surveiller la créatinine ? l'hémoglobine ? plus que d'autres facteurs sanguins ? tout ceci devrait être précisé.

Le rapport prétend que l'essai confirme les résultats d'essais antérieurs, mais leurs références ne sont pas précisées.

ESSAI MENE EN GUINEE

Mêmes remarques pour un « essai » qui se déroule cinq ans plus tard, sur seulement 20 patients, ce qui ne permet pas d'analyses sérieuses. Il est intéressant de savoir qu'il y a eu des effets indésirables (brûlures gastriques chez des patients qui avaient des problèmes d'estomac !!!) mais une étude sérieuse l'aurait précisément documenté.

ESSAI MENE A ABIDJAN

Les mêmes observations conduisent aux mêmes remarques.

CONCLUSIONS :

Le rapport sur les études précliniques ne répond pas aux exigences minimales.

Pour tous les essais il aurait été nécessaire d'avoir : un groupe témoin, + randomisation + en double aveugle, indispensables pour isoler le facteur traitement dans les résultats

Les points suivants auraient dû être précisés :

- Essai de phase ?
- Accord d'un comité d'éthique ?
- L'objectif principal ?
- La méthodologie ?
- Le critère de jugement ?

Résultats : aucune valeur statistique reconnue par les experts scientifiques

Cela suffit à établir l'absence de valeur scientifique de ces essais.

Références à la tradition

Une référence à la tradition avec une formulation « intéressante » dans l'allocution de Sir Edmond Suchet à Lomé le 14 mai 2003. Dans le communiqué de presse, on peut lire : « En matière de nouveau traitement, dit 'traditionnel' en Afrique, notre apport ne se limitera pas... »

Références à la nature

Edmont Suchet parle d'un « alicament phytothérapie VIRALGIC » dans son rapport de la réunion avec Madame Clotilde OHOUCHE, Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Sécurité Sociale de la République de Côte d'Ivoire, le 23/02/2003.

Il parle de « traitement par phytothérapie » dans son allocution au Togo le 14 mai 2003. Il cite « la formule phytothérapie pour le HIV » dans le compte rendu de la décoration du Docteur Jean Pierre RAVENEAU (Pharmacien Biologiste inventeur du Viralgic) de l'ordre de chevalier commandeur de l'ordre Royal de la principauté du Hutt River... (21 avril 2004)

Dans le rapport de l'Afssaps sur les principaux faits marquants en vigilance des produits de santé en 2001, il est évoqué : « La société Pharma-Concept via un document promotionnel présente un produit à base de plantes en provenance d'Amérique latine comme une alternative de la trithérapie pour les patients infectés HIV ».

LIEUX ET ACTEURS INVESTIGUES

De la vente ou de la délivrance

Deux pharmacies de Ouagadougou

De la production

1/ Dr Raveneau, Herboristerie de la Place Clichy, Paris

2/ Société Pharma Concept SA (Paris) puis Pharma Concept HRP (Nian, Principauté du Hutt River)

De la prescription

1/ un médecin, CTA Ouaga

De la promotion

Identifié (non investigué) : Sir Edmond Suchet, vice ministre des affaires étrangères de la principauté du Hutt River...

HISTORIQUE DE SON APPARITION DANS LE SYSTEME MEDICAL

Au Burkina Faso : Selon FP, Viralgic aurait circulé fin 2002 et 2003, à « un moment où l'accès à la trithérapie n'était pas facile ». Viralgic aurait connu une « certaine notoriété parmi les personnes qui prennent les médicaments ». Selon FP cette notoriété aurait été liée aussi au prix qui à l'époque était bien inférieur aux ARV. Le promoteur du Viralgic aurait été un visiteur médical, superviseur régional d'une boîte de promotion de produits pharmaceutiques, toujours en activités et venant encore régulièrement faire de la promotion de médicaments pour différentes firmes.

Historique du Viralgic en France

Les recherches sur internet faites fin mai 2006 révèlent que la question du Viralgic a déjà fait du bruit en France notamment par la mobilisation dès 2001 de l'AFSSAPS et de Act-Up.

En 2001, l'AFSSAPS est saisie par une « association de patients séropositifs » (Act-Up probablement) à propos d'un document promotionnel diffusé par une entreprise française relative au Viralgic.

Dans un rapport publié en 2002, (Principaux faits marquants en vigilance des produits de santé en 2001), l'AFSSAPS explique en page 13 :

Viralgic

L'AFSSAPS a été saisie par une association de patients séropositifs.

La société Pharma Concept *via* un document promotionnel présente un produit à base de plantes en provenance d'Amérique latine comme une alternative de la trithérapie pour les patients infectés HIV. Ce produit se présente sous forme buvable. Il a été qualifié de médicament par présentation.

L'Agence a adressé le 10 octobre 2001 au responsable de la société une mise en demeure de cesser immédiatement cette promotion car les revendications annoncées de ce produit présentent un réel risque de perte de chance des patients infectés. D'après la réponse du responsable, ce document est interne à la société qui fait des recherches sur le produit et n'aurait jamais dû être entre les mains des patients et le produit n'est pas commercialisé.

(16.07.01 – Réunion n°24)

En 2002, Act-Up publie une alerte dans le n° 82 de sa revue *Action* (ActUp20020728.pdf) :

Viralgic = intox

Alerte aux profiteurs du sida : Viralgic, le faux antirétroviral
publié le 28 juillet 2002 dans Action 81

Pharma Concept (Paris) est un laboratoire qui commercialise des huiles essentielles censées renforcer le mécanisme immunitaire des porteurs du VIH. Sur le flacon est inscrit : « *anti-viral spécifique des virus VIH 1 et VIH 2* ». En 2001, l'AFSSaPS a assigné l'an dernier par lettre le laboratoire à arrêter de communiquer sur des propriétés non validées de son produit. Pharma Concept n'en a pas tenu compte, et s'est contenté de déplacer ses activités.

Aujourd'hui, le produit reste commercialisé, en Espagne cette fois-ci, avec sa publicité mensongère.
<http://www.actupparis.org/article652.html>

Il semble que le Conseil d'état est été saisi par le Dr Raveneau de cette décision de l'AFSSAPS (en considérant le Viralgic comme un médicament, l'AFSSAPS empêche toute commercialisation sans AMM)... Le Conseil d'état rend un avis en faveur de la décision de l'AFSSAPS en 2005 (cf Bulletin155bioethique054.pdf). Il semble que PharmaConcept ait invoqué la notion d'urgence pour demander

la suspension de l'exécution d'une décision administrative, en l'occurrence ici celle de l'Affsaps de retrait du marché et d'interdiction de production, de promotion, d'exportation du Viralgic.

Décision de retrait du marché de l'AFFAPS (AFFSAPS20060425.pdf)

Le 25 Avril 2005, l'AFFSAPS émet une « décision relative à la suspension de la fabrication, l'exploitation, l'exportation, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit, la publicité, l'utilisation, la prescription, la délivrance et l'administration du médicament dénommé VIRALGIC, commercialisé par la société Pharma Concept et distribué par la société Intermed ».

Après un échange de courrier entre l'AFFSAPS et Pharma Concept, l'AFFSAPS motive sa décision sur les arguments suivants :

- l'étiquette porte l'allégation « antiviral spécifique des virus HIV1 et HIV2 » et la mention d'une posologie chez l'adulte et chez l'enfant ;
- l'activité antivirale spécifique à l'encontre des virus HIV1 et HIV2 constitue une propriété curative ou préventive à l'encontre du SIDA ;
- en conséquence le produit répond à la définition du médicament par présentation énoncée à l'article L.5111-1 du code de la santé publique (CSP) ;
- médicament qui n'a pas fait l'objet d'une AMM ;
- absence d'évaluation de la qualité, de la sécurité d'emploi et de l'efficacité du VIRALGIC, son utilisation dans le traitement et/ou la prophylaxie du SIDA est susceptible de présenter un danger grave pour la santé humaine ;
- il y a lieu de ce fait de procéder au retrait de VIRALGIC du marché.

Cette décision est entérinée par voie législative par la publication au J.O n° 113 du 17 mai 2005 page 8531 texte n° 6 (cf. joe20050517Viralgic.rtf ou joe20050517Viralgic.pdf)

Il semble qu'un recours auprès du conseil d'état soit débouté (cf <http://www.hutt-river.org/actualites.htm>)

Le site web de pharma Concept fait alors paraître le communiqué suivant :

COMMUNIQUE DU 27 OCTOBRE 2005 SUR LE VIRALGIC®

Eu égard à la décision de l'AFSSAPS de classer le VIRALGIC®, produit de la phytothérapie, en médicament et à l'impossibilité d'obtenir une A.M.M. en France du fait, notamment, qu'il contient plus de 4 extraits de plantes dont 10 ne sont pas dans la pharmacopée française ou européenne, le Docteur en pharmacie et biologiste Jean Pierre RAVENEAU propriétaire de la marque et inventeur de la formule a décidé, en accord avec la société TRANSGALXY SA, représentante mondiale, de confier l'exploitation de son invention à la société PHARMA CONCEPT HRP ltd qui s'est vue délivrer son autorisation d'origine, en spécialité de phytothérapie, le 1er septembre 2005 par l'autorité de ce Pays ([Principauté de Hutt River](#)).

Le Viralgic® étant classé maintenant en médicament par l'AFSSAPS, par décision publiée au J.O. du 17 mai 2005, toute commercialisation en France est interdite en l'absence d'A.M.M. (A.M.M. : Autorisation de Mise sur le Marché - Article L 5121-8 du C.S.P.)

La plus grosse part de la promotion africaine du Viralgic avait été transférée au vice Ministre des affaires étrangères de la Principauté du Hutt River (cf <http://www.hutt-river.org/actualites.htm>) avant la décision de l'AFFSAPS. Extraits du site internet :

Une opération de promotion comprend dès le 23 février 2003 le lancement d'un programme de soins des malades du HIV/SIDA par un alicament phytothérapie « VIRALGIC » en Côte d'Ivoire en accord

de Madame Clotilde Ouhouchi, Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Sécurité Sociale de la République de Côte d'Ivoire. Le 28 avril 2003, le Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan (CIRBA⁴), Fondation Mondiale de Recherche et prévention SIDA dirigé par le Docteur Henri CHENAL, soumet quatre protocoles d'étude sur le VIRALGIC et l'EPALGIC à S.E.M. SUCHET qui obtient l'accord du laboratoire et en recherche son financement.

Le 14 mai 2003, le Président du Togo le général Gnassabé EYADEMA reçoit Edmond SUCHET qui évoque un nouveau traitement par phytothérapie, dénommé « VIRALGIC », destiné aux Togolais atteints par le virus du VIH-SIDA. En matière de nouveau traitement, dit traditionnel en Afrique, notre apport ne se limitera pas seulement au VIH-SIDA, puisque nous soutenons actuellement l'essai clinique d'un traitement pour l'Hépatite A-B-C ».

Le 21 Avril 2004, le Prince Leonard décore le Docteur Jean Pierre Raveneau (Pharmacien Biologiste inventeur notamment de la formule phytothérapie pour le HIV) du « Royal Order » au grade « Knight Commander » (KCRO, chevalier commandeur de l'Ordre Royal)

Le 29 Avril 2004, à l'occasion de son passage à Paris, le Ministre de la santé S.E. M Yagi SITOLO du Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC) a rencontré le Vice Ministre S.E. Sir Edmond SUCHET dans le cadre d'une action qu'ils vont mener en RDC pour les malades atteints du VIH SIDA. Du 17 au 20 Juillet 2004, le Vice Ministre de la Santé de la République Démocratique du Congo, S.E. Monsieur Aziz KUMBI, a montré tout son intérêt pour le projet de traitement précoce, des malades porteurs des virus VIH, par Viralgic. Ils promettent de se revoir dès que l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) sera délivrée.

Les 5 et 6 Août 2004, le Vice Ministre des Affaires Etrangères S.E. Sir Edmond SUCHET s'est rendu à COTONOU au BENIN pour une reprise de contact. Du 16 au 20 Septembre 2004, Edmond SUCHET reçoit un Visa Diplomatique de la République du BENIN. Il est reçu par le Ministre des Affaires Etrangères de la République du BENIN, S.E M. Rogatien BIAOU. Il l'informe des intentions caritatives de la Principauté tout en souhaitant, pour ce faire, la mise en place d'un Consul à COTONOU. En vue de l'action à mener pour les malades atteints des virus VIH, le Vice Ministre des Affaires Etrangères a été également reçu par S.E. Madame Yvette Céline SEIGNON-KANDISSOUNON, Ministre de la Santé.

Décembre 2004, délivrance de l'Autorisation de Mise sur le marché de la spécialité Viralgic en République Démocratique du Congo. Suchet peut faire le point sur les traitements par Viralgic des malades atteints par les virus HIV dispensés par le CIRBA à ABIDJAN.

Du 12 au 15 Février 2005, le Vice Ministre de la Santé S.E. Monsieur Aziz KUMBI, Ministre de la Santé de la République Démocratique du Congo, a rencontré Edmond SUCHET : le principe de l'organisation d'une table ronde d'experts et d'un meeting de Présentation du Viralgic, est retenu.

Du 18 au 24 Février 2005, le Vice Ministre des Affaires Etrangères S.E. Sir Edmond SUCHET a fait le point avec le Dr Henri CHENAL Directeur du CIRBA à ABIDJAN sur l'essai clinique du Viralgic pour les malades atteints par les virus HIV- SIDA.

Le 20 Mars 2005, Remise du Rapport sur l'essai clinique du VIRALGIC réalisé par le Docteur CHENAL Directeur du CIRBA à ABIDJAN⁵.

Du 13 au 16 Avril 2005, Visa Diplomatique de la République du Bénin et reçu par le Directeur de l'Administration du Ministère des Affaires Etrangères de la République du Bénin

Célébration du 35ème anniversaire de l'Indépendance de la Principauté s'est déroulée selon le programme prévu lors du week-end des 23 & 24 Avril lors duquel le Vice-Ministre des Affaires Etrangères, Sir Edmond SUCHET, a prononcé un discours.

⁴ Il existe un lien avec L. Montagnier : cf. <http://www.uniroma2.it/unesco/cirba/fr.html>

⁵ Ce rapport et cet essai ne sont cités nulle part ailleurs sur internet, en tout cas pas sur le site du CIRBA.

Extrait :

Ainsi, je remercie le docteur Sir Jean Pierre RAVENEAU, ici présent, avec lequel nous travaillons de concert pour l'introduction d'un nouveau traitement bon marché pour les personnes atteintes du HIV-SIDA. D'autres affections sont aussi concernées ».

Le 30 Avril 2005, accord du Ministère de Affaires Etrangères de la République du Bénin pour la nomination de Monsieur Yamoudé KEREKOU en qualité de Consul de Hutt River au Bénin.

Du 14 au 17 Mai 2005, le Vice Ministre des Affaires Etrangères Sir Edmond SUCHET, a rencontré les différents acteurs de la lutte contre le VIH SIDA en République Démocratique du Congo pour préparer la table ronde et le meeting reporté au 17 Juin à 13h30 au CINEPOLIS Bd du 30 Juin à KINSHASA. Le thème retenu est : « *Le Viralgic, nouvelle thérapie immunostimulante, espoir pour les séropositifs et le traitement des affections virales* ».

Le 27 mai 2005 La Direction Nationale de la Pharmacie et du Laboratoire (DNPL) de Guinée accorde l'autorisation d'importation et de distribution du Viralgic en Guinée.

Le 9 Juin 2005, Le Vice Ministre des Affaires Etrangères S.E. Sir Edmond SUCHET et S.E. Madame le Consul en République de Côte d'Ivoire Rose MORVAN ont reçu le renouvellement de leur Visa Diplomatique pour la République Démocratique du Congo. En vue de la table ronde organisée à Kinshasa avec les différents acteurs de la lutte contre le VIH SIDA en République Démocratique du Congo les intervenants les Docteurs Henri CHENAL et Serge Eric TREE ont également reçu à Abidjan des visas de courtoisie ainsi que le Docteur Jean Pierre RAVENEAU à Paris.

Le 17 Juin 2005 En la présence effective du Vice Ministre des Affaires Etrangères Sir Edmond SUCHET, le Directeur de la Pharmacie, le Docteur LEPIRA de l'Ecole de Santé, et les différents acteurs de la lutte contre le VIH SIDA en République Démocratique du Congo se sont réunis au siège de la Direction du PNL à Kinshasa avec l'Inventeur du Viralgic, le Docteur en pharmacie et biologiste Jean Pierre RAVENEAU, le docteur Henri CHENAL directeur du CIRBA, et le Docteur en Pharmacie Serge Eric TREE maître assistant à l'Université de COCODY en Côte d'Ivoire.

Le Docteur Henri CHENAL, Directeur du CIRBA (Fondation MONTAGNIER à Abidjan) a présenté les résultats au bout de 12 mois de l'essai du Viralgic qu'il a dirigés. En conclusion, les essais d'Abidjan sur le Viralgic viennent corroborer les essais effectués dans les autres pays d'Afrique et confirmer son apport à la santé publique.

Le 28 Août 2005, Enregistrement du premier Laboratoire Pharmaceutique dans la Principauté de Hutt River PHARMA- CONCET HRP Ltd Pty.

Le 1er Septembre 2005 La Principauté de Hutt River délivre l'autorisation de commercialisation d'origine du Viralgic.

Le 19 Septembre 2005 Le Vice Ministre des Affaires Etrangères de la Principauté de Hutt River S.E. Sir Edmond SUCHET en compagnie de notre Consul en Côte d'Ivoire Rose MORVAN a eu un déjeuner de travail avec Madame le Ministre de la Solidarité S.E ; Clotilde OHOUCI où il fut évoqué notamment la suspension de la fabrication du Viralgic en France.

Le 27 Octobre 2005, le Conseil d'Etat Français déboute le fabricant Français Pharma Concept SAS de sa demande de levée de suspension de fabrication du Viralgic au motif qu'il n'y a pas d'urgence.

Le 8 Novembre 2005, SEM Romano RAAD Ambassadeur de la Principauté de Hutt River est reçu par le Président de la République du Liban S.E.M. Emile LAHOUD.

Le 16 Novembre 2005, le Conseil des Ministres de la République du Bénin en sa séance du 16 Novembre 2005 approuve la nomination de M. Yamoudé KEREKOU en qualité de Consul Général (Honoraire) de la Principauté de Hutt River au Bénin.

Le 17 Novembre 2005, le Vice Ministre des Affaires Etrangères de la Principauté de Hutt River S.E. Sir Edmond SUCHET soutient l'inventeur du Viralgic le Docteur Jean Pierre RAVENEAU et l'assiste dans sa recherche de sous-traitants hors de France en relation avec le Laboratoire créé à Hutt River.

Le 10 Décembre 2005 S.E.M. Yamoudé KERKOU reçoit son exequatur de Consul Général Honoraire de la Principauté de Hutt River au Bénin signée le 29 Novembre 2005.

[A partir de 2006, le site de la principauté ne donne plus d'informations].

Suites judiciaires

En 2006, la société Pharma Concept attaque Act-Up en justice pour diffamation suite à la publication en 2002 de l'article cité plus haut (assortie d'injure et de dénigrement et référencement privilégié), et demande plusieurs dizaines de milliers d'euros pour réparation du préjudice subi. Elle est déboutée de ses demandes dans un jugement rendu le 12 septembre, et condamnée à payer les frais de justice. (<http://www.actupparis.org/article3031.html>). Act Up réaffirme la nécessité de faire respecter les procédures de validation scientifique des produits antés comme médicaments, alléguant de l'absence de validation du produit par des essais cliniques.

Travaux scientifiques ou expérimentation

En 2007, le site internet consacré au Viralgic fait référence à trois essais cliniques réalisés au CIRBA (Abidjan), au Burkina Faso et en Guinée.

DOCUMENTATIONS, PRESSE, PUBLICATIONS

Sites web et documents informatiques correspondants

http://www.pharma-concept-fr.biz/	PHARMACONCETSAS.pdf
http://www.viralgic.org/	Viralgic.pdf
http://www.hutt-river.org/actualites.htm	HuttRiverActualités2006.pdf
http://agmed.sante.gouv.fr/hm/10/dps/viralgic.pdf	AFFSAPS20050425.pdf
http://afssaps.sante.fr/hm/10/dps/viralgic.pdf	
http://agmed.sante.gouv.fr/hm/10/dps/dps.htm	AfssapsPoliceSanitaire05.pdf
http://www.essentialdrugs.org/emed/archive/200506/msg00101.php	Emed20050615.pdf
http://www.actupparis.org/article652.html	ActUp2002.pdf
http://association.samba.free.fr/breve.php?id_breve=4	ForumAssocSamba.pdf
http://www.destinationsante.com/article.cfm?ContentID=12362	DestinationSantéDépêche.pdf
http://www.eudip.com/recherche-annuaire.php	EudipViralgic.pdf
http://www.prescrire.org/sommaires/N263.php	Prescrire263003.pdf

METRAFAIDS

Bernard Taverne Emmanuelle Simon

PRESENTATION DU PRODUIT

Le produit n'a jamais été observé directement. Au Sénégal, il semble n'avoir été distribué qu'au Centre Expérimental en Médecine Traditionnelle (CEMETRA) de Fatick – ce centre appartient à l'ONG Prometra – entre 1999 et 2002. Au Burkina Faso, lors d'une interview diffusée en 2004 par la Télévision Nationale

Burkinabè, M. Angui Angate membre de Prometra avait annoncé la disponibilité prochaine du Metrafaids, cette annonce semble n'avoir jamais été réalisée. Au Bénin, en 2006-2007, le Métrafaids aurait été proposé à des membres d'associations de PVVIH.

Selon les informations mentionnées dans le document du dépôt de brevet, le Métrafaids est une « composition à partir d'extraits de cinq plantes » dont certaines parties sont réduites en poudre après séchage, « il se présente sous la forme d'une poudre verdâtre qu'on administre aux malades à jeun à raison de 3 cuillerées à café en une ou plusieurs prises en fonction de la phase de la maladie, de l'âge et du poids du sujet traité »⁶.

HISTOIRE DE SON ARRIVEE DANS LE SYSTEME DE SOINS

La place du Metrafaids dans le système de soins peut sembler paradoxale car ce remède n'y a jamais réellement circulé ; il a occupé une place symbolique, ce qui ne signifie par qu'elle soit accessoire, bien au contraire, car la médiatisation autour de ce produit a été très importante. C'est dans le registre politique qu'il faut donc considérer l'impact de ce remède en s'intéressant aux usages qui ont été faits autour de sa publicité par ses promoteurs.

Schématiquement, et en excluant des annonces de faible ampleur, on peut considérer que la première mention publique de l'existence du Metrafaids date de décembre 2001 ; elle a été réalisée lors de la 12^{ème} Conférence Internationale sur Sida et les Maladies sexuellement transmissible de Ouagadougou (CISMA), à l'occasion d'une communication orale présentée lors d'une session intitulée « Apport de la médecine traditionnelle dans la prise en charge du sida ». Cette annonce fut peu relayée.

En mai 2002, Prometra a réalisé une opération de médiatisation de plus grande ampleur, en organisant à Dakar une conférence de presse à laquelle étaient invités les journalistes nationaux et tous les correspondants de la presse internationale résidant au Sénégal. Lors de cette conférence furent présentés les résultats des recherches concernant le Metrafaid réalisées au CEMETRA, et le dépôt d'un brevet auprès de l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI). De plus il fut aussi annoncé que le secret de la composition de cette préparation serait révélé lors la prochaine conférence internationale sur le sida qui devait avoir lieu à Barcelone en juillet. Ces informations ont été reprises et largement diffusées par la presse nationale et ont eu quelques échos à l'étranger.

En juillet 2002, lors de la 14^{ème} conférence internationale sur le sida de Barcelone, l'ONG Prometra avait loué un stand dans le hall des industriels des médicaments, et a eu accès à une salle de presse – par des voies non officielles –, pour réaliser une conférence à l'occasion de laquelle fut de nouveau présenté le Metrafaids, de manière comparable à ce qui avait été dit à Dakar en mai 2002 et sans aucune référence à la composition de la préparation bien que cette composition ait été brevetée et ne constituait donc plus un « secret ». La salle de presse était comble et plusieurs télévisions présentes.

Par la suite, le Métrafaids a encore été présenté sur le stand de Prometra lors du Salon international des remèdes naturels (SIRENA) de Ouagadougou en 2006. En 2009, il a été plus discrètement évoqué par Mme Virginia Floyd qui présentait une communication orale sur Prometra lors de la conférence ICASA à Dakar.

Acteurs impliqués dans sa diffusion

Le Metrafaids n'a connu aucune réelle diffusion dans le système de soins car ses promoteurs souhaitent conserver un contrôle total de son usage. La forte médiatisation de ce remède ne s'accompagne pas d'un accès facile. A Dakar toutes les personnes qui se sont adressées directement au siège de l'ONG Prometra ou au cabinet de consultation de M. E. Gbodossou pour accéder à ce produit ont été orientées vers le Centre médical de l'ONG à Fatick (60 km) ; à Ouagadougou, les membres des associations de PVVIH ne sont jamais parvenus à obtenir de remède.

Articulation avec le système biomédical de santé

⁶ - document WO 02/062364 A1, 15.08.2002 ; téléchargeable sur le site de l'OMPI, au nom de Gbodossou Erick.

L'ONG Prometra affirme travailler à la valorisation de la médecine traditionnelle et soutient la revendication d'une reconnaissance légale de la médecine traditionnelle par les autorités sanitaires du Sénégal. Mais cette action se construit à travers une relation conflictuelle et ambiguë par rapport aux autorités sanitaires du pays : en effet, Prometra assure sa protection politique en s'appuyant sur le Ministère de la recherche, voire le Premier Ministre ou le Chef de l'Etat, et non pas sur le Ministère de la santé. De la sorte, Prometra se met à l'abri de toutes formes de contestation scientifique par rapport aux annonces de ses « découvertes », qui pourraient provenir de professionnels du Ministère de la santé.

Autres produits

De nombreux autres produits sont proposés par l'ONG Prometra. Entre 2002 et 2006, 14 brevets ont été déposés auprès de l'OAPI, sous le nom M. Gbodossou Erick, pour des préparations à base de plantes utilisées dans le traitement « des hémorroïdes, de dermatoses, l'hépatite B, du diabète et du sida »⁷ ; en 2002, 2 brevets ont été aussi déposés auprès de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI), toujours sous le nom de M. Gbodossou Erick, pour le traitement du diabète et du sida⁸.

ADHESION ET LEGITIMATION

L'adhésion au produit par les usagers ou les prescripteurs n'a pas été explorée.

Le processus de légitimation de ce remède se construit à partir de références à la médecine traditionnelle africaine et à l'expérimentation scientifique, mais ces références sont très inéquitement utilisées. En effet, la référence à la médecine traditionnelle est finalement très peu mise en avant. Il est répété que « le traitement se fait par les plantes traditionnelles » ou « plantes médicinales », mais les circonstances du choix de ces plantes et le rôle des guérisseurs dans l'élaboration de la recette ne sont décrits dans aucun document ou communication. Le seul fait qu'il s'agisse de plantes suffit à situer le remède dans le registre de la médecine traditionnelle.

L'essentiel du discours de légitimation est constitué par les références à la botanique, la chimie et la biologie. Les 6 pages de texte qui constituent le document d'enregistrement du brevet du Métrafaids à l'OAPI illustrent parfaitement la manière dont sont employés des termes scientifiques en association avec un vocabulaire courant non professionnel : « L'analyse chimique a donné des sesquiterpènes et des alcools sesquiterpéniques à faible odeur. (...) Elle permet d'extirper le virus VIH des différents tissus infectés (...) ». Mais le principal argument de légitimation est celui de l'expérimentation du remède par les patients : « ces études ont été réalisées dans le strict respect des normes scientifiques »⁹. L'on retrouve sur cet aspect un emprunt à la totalité des dispositifs de recherche clinique habituellement mis en oeuvre par la biomédecine, mais sans jamais en respecter réellement les principes. Ainsi, Prometra affirme avoir fait valider le protocole par un « Comité Ethique et Juridique International », avoir travaillé selon un protocole approuvé par le NIH des Etats-Unis, avoir fait réaliser les analyses biologiques par un laboratoire américain et par l'Institut Pasteur de Dakar, faire signer un consentement aux patients, etc. Certaines de ces informations ne peuvent être vérifiées, celles qui peuvent l'être révèlent les écarts par rapport aux pratiques scientifiques internationales : les analyses biologiques réalisées à l'Institut Pasteur de Dakar ont été conduites en dehors de tout protocole d'accord entre Prometra à l'Institut ; le formulaire que les patients ont été amenés à signer n'était pas un formulaire de consentement, mais un engagement à la confidentialité (dans lequel ils déclaraient s'engager à ne divulguer aucune information sur les modalités de leur prise en charge) ; etc. Le vocabulaire médical employé pour identifier les symptômes des patients est parfois impropre : « muguet buccal (levure de Candida) » ; « ver génital (condylome) » (p. 6) ; des assertions médicales sont fausses : « le sida est souvent accompagné de syndromes lymphadénopathiques (atteintes biliaires, lésions

⁷ http://v3.espacenet.com/searchResults?locale=fr_OA&IA=GBODOSSOU&compact=false&DB=EPODOC (lien vérifié le 4 mai 2009)

⁸ [http://www.wipo.int/pctdb/cgi/guest/illist5?LANG=FRE&DBSELECT=PCT&SERVER_TYPE=19&SORT=41270793-KEY&TYPE_FIELD=256&IDB=0&IDOC=-1&C=10&ELEMENT_SET=FILENAME,IMAGEROOT-FRE&RESULT=3&TOTAL=2&FORM=SEP-0/HITNUM.B-FRE.DP.MC.AN.PA.ABSUM-FRE&START=1&DISP=25&QUERY=\(IN%2fGbodossou+AND+IN%2fErick\)+](http://www.wipo.int/pctdb/cgi/guest/illist5?LANG=FRE&DBSELECT=PCT&SERVER_TYPE=19&SORT=41270793-KEY&TYPE_FIELD=256&IDB=0&IDOC=-1&C=10&ELEMENT_SET=FILENAME,IMAGEROOT-FRE&RESULT=3&TOTAL=2&FORM=SEP-0/HITNUM.B-FRE.DP.MC.AN.PA.ABSUM-FRE&START=1&DISP=25&QUERY=(IN%2fGbodossou+AND+IN%2fErick)+)

(lien vérifié le 4 mai 2009)

⁹ conférence de presse, mai 2002, publiée in Le Soleil, 31/05/2002

pancréatiques [...]» (p. 2 du brevet)¹⁰ ; des critères cliniques peu pertinents sont enregistrés tels « l'hypotension » ; etc.

Ces différents éléments ne sont pas seulement des coquilles ou des erreurs de rédaction mais témoignent d'un usage approximatif de concepts médicaux et du vocabulaire associé. L'usage approximatif des concepts se retrouve aussi dans la présentation des résultats à l'occasion de la communication lors de la Conférence de Ouagadougou, dans les documents de brevet, ou lors de la conférence de presse à la conférence de Barcelone : les résultats sont présentés uniquement sous la forme d'exemples individuels (courbe d'évolution de dosage des CD4 et de la charge virale), au plus, sous la forme de longs tableaux exposant les informations biologiques pour l'ensemble des patients, mais sans interprétation statistique des résultats. Enfin l'ensemble de la présentation « descriptive » du remède dans le document de brevet mêle des considérations non-scientifiques à des éléments de vocabulaires médicaux sur l'intérêt du remède ; les explications sur les mécanismes d'action du remède viennent encore renforcer l'impression d'avoir affaire à un discours pseudo-médical : « L'invention concerne de nouvelles compositions antivirales à base d'extraits de plantes médicinales permettant la fabrication de médicaments virolyse, virostatique et viroextirpant destinés à combattre la maladie du Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis (SIDA) et ses différentes variantes » (p.1 du brevet), les termes « virolyse et viroextirpant » ne sont jamais employés dans le vocabulaire médical habituel. « Il a constaté que la nouvelle composition permet l'extirpation de l'agent pathogène sous forme de muqueuses glairo sanguinolantes par les voies naturelles de l'organisme des patients (selles, urines) » ; cette affirmation place le discours totalement en dehors des théories biologiques actuelles. Pour le public non averti, et la majorité des responsables politiques, le vocabulaire pseudo-scientifique construit un discours de légitimité inscrit dans la science.

Le dépôt de brevet est également employé comme élément du processus de légitimation : « Ces brevets nous ont été finalement délivrés » déclare E. Gbodossou en montrant aux journalistes des exemplaires des documents lors de la conférence de presse de mai 2002 ; laissant entendre que ce processus est l'aboutissement d'une validation de l'efficacité de la préparation.

Enfin, le dernier argument de légitimation dépasse le Métrafaids et concerne Prometra dans son ensemble, il tient à l'affichage par l'ONG de ses partenariats : l'Université de Tulane et l'école de médecine de Morehouse au Etats-Unis, la Fondation Ford, l'Institut Pasteur...

INTERACTION AVEC LES PEC ET ARV

Le Métrafaids est décrit comme étant l'alternative aux médicaments ARV, il serait plus efficace que les ARV car il permettrait l'élimination du virus, et ne serait accompagné d'aucun effet secondaire. Lors d'un témoignage recueilli en 2004 une femme affirmait avoir arrêté tout autre médicament pour prendre le Métrafaids. La consigne actuelle par rapport à l'usage de ce remède vis-à-vis des ARV n'est pas connue.

INVESTIGATIONS MENEES

Collecte des documents de presse écrite au Sénégal, au Burkina Faso et au Bénin de 2000 à 2008 ; entretiens réalisés en 2001 par E. Simon auprès des principaux membres de Prometra au Bénin et au Sénégal ; observation des participations de Prometra à diverses conférences internationales (Burkina Faso en 2001, Espagne en 2002, Sénégal en 2008).

DOCUMENTS

- documents de brevet consultables sur les sites de l'OAPI et OMPI,
- site internet : www.prometra.org
- nombreux documents de promotion de l'ONG

¹⁰ les atteintes biliaires et les lésions pancréatiques ne sont en aucune manière spécifiques du sida

7.3. LES MEDICAMENTS EMERGENTS POUR LE TRAITEMENT DU SIDA AU BURKINA FASO

Marc Egrot

Plus de 30 produits à finalité thérapeutique pour le sida ont été identifiés au Burkina Faso. Pour chacun de ces produits, une fiche produit a été réalisée. Elle propose une description du produit, de son emballage, de son histoire dans le système de santé local. Elle précise également, lorsque cela est possible, une identification des acteurs de la fabrication, de la promotion, de la distribution et de la vente, éventuellement de la prescription et de la consommation. Enfin, elle recense les documents trouvés relatifs au produit en question.

Dans l'exercice d'inventaire proposé dans cette partie, les produits seront présentés par ordre alphabétique.

Aloe Vera® Gel

Aloe Vera® (gel) en « bidon jaune » de 1 litre de l'entreprise Forever Living Product (société américaine fabricant des produits à base d'aloé vera, vente pyramidale en réseau) : au Burkina Faso, l'existence de ce produit est évoquée dès 2001 lors de la CISMA de Ouagadougou.



La première manifestation promotionnelle de ce produit a lieu en 2004 (enregistrée et retranscrite), la seconde en 2006 (prise de notes). D'autres produits sont commercialisés par l'entreprise FLP mais seul l'Aloe Vera en « Bidon Jaune » est indiqué pour le sida. En fait, ce produit est présenté au Burkina Faso comme un remède universel généraliste capable de traiter un très large éventail de maladies, en particulier des pathologies graves comme le sida ou le cancer. La vente pyramidale en réseau fonctionne bien au Burkina Faso, mais pas spécifiquement dans les réseaux de traitement du sida. Lors des réunions de présentation du produit, les responsables de la promotion de FLP insistent beaucoup sur l'importance des termes utilisés pour parler du produit. Il est bien dit au vendeur de ne jamais prétendre que le produit soigne ou guérit le sida sous peine de pouvoir être accusé d'exercice illégal de la pharmacie ou de la médecine. Néanmoins, la prescription du produit, en étant limitée à trois mois, laisse penser que la personne pourrait être guérie au décours du traitement.

Aloe Vera (Elixir d'Aloes)

Il s'agit d'un traitement produit localement par un fonctionnaire retraité, par ailleurs animateur de prières charismatiques, résidant à Kamsonghin à Ouagadougou, dit le « cathéchiste ». Cet élixir est présenté par le fabricant lui-même comme une « recette miraculeuse » pour « le sida, le cancer, les fibromes et les kystes ». Le produit serait fabriqué à partir d'une dizaine de plantes en provenance de plusieurs pays d'Afrique et d'Europe. Il contient notamment des feuilles d'aloés écrasées et de l'Absinthe ou à défaut un alcool fort. Deux PvVIH dans des entretiens témoignent en avoir pris.

Antilaleka

Antilaleka est certainement l'un des premiers produits présentés comme traditionnels, qui ait circulé au Burkina Faso. B. Taverne et M. Egrot le rencontrent sur leurs terrains respectifs de 1994 à 1998. Il a été retrouvé en vente à Ouagadougou et à Bobo-Diouasso au cours du présent programme de recherche. Ce traitement est distribué au Burkina Faso par CEMENA (CEntre de MEDicaments Naturels)-FLORIA.



En dehors de magasins qui portent cette enseigne, il a été retrouvé auprès d'une vendeuse ambulante sur le marché à Bobo et dans un petit kiosque de quartier à Ouagadougou. Le nom exact sur l'étiquette est « *Panax Africanum Antilaléca originel* ». Il est vendu en bidons plastiques de couleur verte, non translucides, ternes, fermés par un bouchon blanc à vis avec collerette de scellement. L'orifice du flacon sous le bouchon est fermé par un obturateur en plastique transparent. La contenance du bidon est de un litre. Le bidon mesure 22 cm de hauteur sur 9 cm de diamètre. Sur le pourtour du bidon est collée une étiquette imprimée en quatre couleurs (vert, rouge, gris, noir) de 10 cm sur 20 cm.

Historiquement, il aurait été inventé par un guérisseur nommé Bamby en Côte d'Ivoire au début des années 1990 avant de commencer à circuler dans les pays voisins. Peu d'éléments sont disponibles quant à sa composition. Une bouteille de 1 litre est vendue entre 6000 et 7500 Fcfa au Burkina Faso. Il se présente également comme un « remède universel » puisqu'il traite, en dehors du sida, une liste très longue de maladies cancéreuses, respiratoires, cardiaques, digestives, rénales, hépatiques, gynécologiques, etc...

Api-sida de l'ONG Api-Bénin

Ce traitement est produit au Bénin et est présenté ailleurs. Ceci est d'autant plus important que très peu d'informations ont pu être collectées au Burkina Faso suite à un changement d'attitude très net des personnes impliquées localement, probablement en lien avec des incompréhensions sur les sites de recherche. Signalons cependant que l'Api-Bénin était cité sur le site web de l'ONG comme expérimenté au centre Saint-Camille de Ouagadougou, mais cette expérimentation n'a jamais été confirmée, ni au niveau du centre, ni au niveau des responsables du Ministère de la Santé. Aucun document écrit ne circule à notre connaissance sur une éventuelle expérimentation à Saint-Camille.

EnergyDiet®, EnergyPure®, Anti-oxydant®, Omega3



Ces quatre produits sont fabriqués et promus par l'entreprise française NL International / NL Europe, située à Strasbourg. En 2005, une journée de promotion de ces produits a été organisée à l'hôtel Indépendance de Ouagadougou. Les acteurs et les professionnels de la lutte contre le sida ont été invités et l'accent fut mis sur le pouvoir de renforcement des défenses immunitaires des produits vendus. La

présentation réalisée alors les présentait implicitement comme susceptibles de traiter les PvVIH. La distribution s'est faite par la mise en place d'une vente directe en réseau. Peu d'informations ont pu être recueillies sur cet unique événement en dehors de quelques témoignages de personnes présentes à la réunion, de deux distributrices et du médecin, ami du représentant de NL international venu faire la séance de promotion inaugurale (ce médecin travaille dans une structure qui prend en charge des PvVIH). La distribution a, selon nos informations, démarré très lentement (un stock réduit et quelques femmes assurant la promotion/distribution) et ces produits ne

semblent pas pour l'instant circuler dans les réseaux des PvVIH.

CMA, OMTc, SS, Staviral

Ces quatre produits ont été expérimentés au centre de recherche en phytothérapie de Saint-Camille au cours des dernières années. Hélas peu d'informations sont actuellement disponibles sur ces produits. Quelques entretiens avec des PvVIH qui ont été mis sous l'un de ces traitements ont été réalisés. Les acteurs de l'expérimentation, que ce soit à Saint-Camille ou au Ministère de la Santé, n'ont pas souhaité parler de manière détaillée de ces expérimentations au cours des quelques entretiens que nous avons réussi à faire avec eux.



Complex-B [Reintox ; Viral-4 ; Hepar 8 ; Stimul-3 ; Timol]

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Ce traitement est en fait une combinaison de plusieurs produits associés dans un protocole complexe et précis. Dans le catalogue de présentation des « phytomédicaments » de Phytosalus, il est écrit : « traitement complet standardisé, pouvant convenir aux malades immunodéficients qui n'ont pas la possibilité de se faire consulter par un thérapeute ». Le protocole prescrit indique : « avant de commencer la stimulation du système immunitaire proprement dit (Stimul-3), il convient de procéder à un drainage de tout l'organisme en traitant les reins (Reintox) et le foie (Viral-4). Puis, nous conseillons Hepar 8 (foie) et Tymol (thymus). Observation: Après avoir fini avec Complex-B, on peut continuer avec S-Complex ».

CP 12 2000 anti-sida

Ce produit est fabriqué, promu, vendu et prescrit par un ancien fonctionnaire dit « le douanier ». Le traitement se présente sous la forme de plusieurs produits complémentaires, à prendre selon un ordre précis : une poudre de couleur blanche ; des feuilles ; des granulés de viande ; des « boules » de couleurs vertes. La poudre, les feuilles et les boules sont des formes habituelles des traitements traditionnelles fabriqués par les guérisseurs au Burkina Faso. Selon le discours du douanier, ce traitement est sensé détruire le VIH jusqu'à la guérison totale du malade. Le produit ne semble pas être promu, prescrit ou vendu au sein du dispositif biomédical de soins, ni au sein du réseau associatif. La promotion du produit semble se faire uniquement par le « bouche à oreille » entre PvVIH.

G7

Traitement fabriqué, promu, vendu et prescrit par le Zéphirin Dakuyo, pharmacien à Bobo Dioulasso.

Glutathion Extreme Performance Plus

Ce produit est promu, diffusé et vendu par Siaka Sy. Il est présenté par Siaka Sy comme « un anti-oxydant et un antiviral ». Dans un document intitulé « l'importance et l'intérêt de l'introduction de la supplémentation nutritionnelle dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) ou malades du SIDA au Burkina Faso », Siaka Sy précise l'indication du Glutathion : « Une déficience en glutathion est associée à une baisse d'efficacité du Bactrim utilisé dans la prévention de la pneumocystose. Une supplémentation en

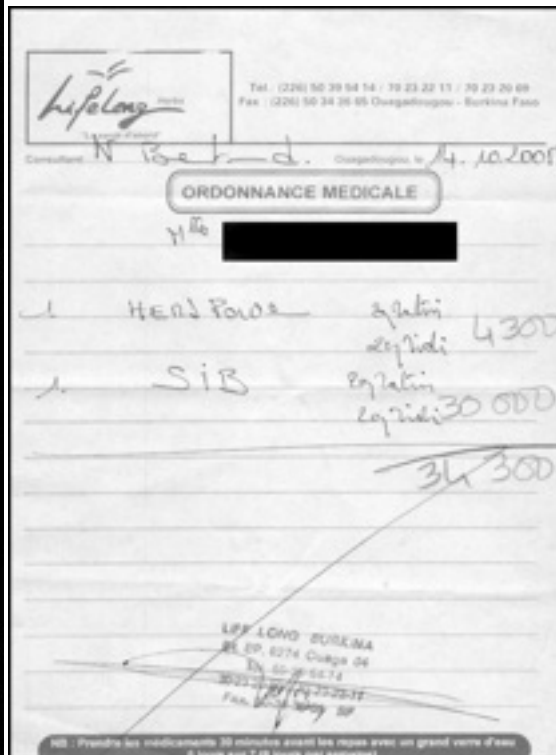
Glutathion est indispensable en général et particulièrement chez les PVVIH ». Ce produit n'a pas eu le même succès commercial que l'Immubooost et aucun témoignage d'usages ou de prescriptions n'a pu être recueilli au cours de 5 dernières années.

Hepar-8

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Entre dans la combinaison du Complex-B.

Herbpower®

Deux produits commercialisés par une entreprise nommée Lifelong. Lifelong International est un « cabinet américain de phytothérapie et de conseils diététiques ». Il propose des « produits à base de plantes 100% naturelles ». La succursale du Burkina Faso a été mise en place en 2000, dans « le but de contribuer à la santé de la population ».



Herbpower est un produit prescrit aux PvVIH « pour vivre longtemps ». Il est vendu comme « supplément nutritif naturel », comme un « antioxydant naturel ». Il est présent avec les mentions : « Nettoie le sang pollué. Nutrition quotidienne qui donne l'énergie au corps et au cerveau. Bon pour le stress, les allergies et la fatigue. Fortifie le système immunitaire. Bon oxygénateur. Régénère les cellules. Riches en vitamines, minéraux et acides aminés. ». Selon une ordonnance fournie par une PvVIH en 2006 au décours d'un entretien, Herbpower est prescrit en association avec un autre produit, le SIB®. Le coût de la prescription (1,5 à 2 mois) revenait à 34 300 Fcfa/

HMD-Plus

Ce produit a été identifié auprès d'un commerçant dans une petite boutique de quartier portant l'enseigne CEMINA-Floria et qui vend entre autre des produits thérapeutiques, notamment le HDM plus et l'Antilaleka.

Ce produit vient de Côte d'Ivoire. Le fabricant qui est mentionné sur l'étiquette du produit se nomme Gabriel Messou Ehounold. Il est présenté comme « naturothérapeute, chercheur, membre de l'ASSIMENA : Association Ivoirienne pour la Valorisation de la Médecine Naturelle et Traditionnelle à Abidjan.

PRENEZ LE HMD Plus EN DOSE CURATIVE
 Pour vous soigner EFFICACEMENT quand la maladie est déclarée. Le HMD Plus une formule dont l'efficacité est la plus avancée au niveau des traditions de la médecine moderne et de ceux qui l'ont utilisé et adopté.

MODE D'EMPLOI
 Bien agiter avant chaque emploi, la dose prescrite est forte, la mesure d'1 à 2 cuillères.
 Pour boire : boire froid ou tiède, simple ou avec 1 c à café de miel ou citre dans un demi verre d'eau à chaque prise.
 Pour se purger (faire la selle) : bien soulever et se purger lorsque le médicament est tiède, le soir ou le matin.
 Les personnes atteintes de diabète, hypertension, maladies rénales, boire 1 c à soupe dans 10 cl de jus de citron plus 1 c à soupe de miel par jour.
 Depuis l'aube des temps l'homme est allé chercher dans les plantes, les moyens de se guérir.

LE H.M.D - PLUS
VERITABLE TRESOR DE SANTE NATURELLE

Est né au point par **MESSEU EHOUNOLD GABRIEL** Naturothérapeute Chercheur Membre de l'ASSIMENA (Association Ivoirienne pour la Valorisation de la Médecine Naturelle et Traditionnelle)

LA MAISON DES PLANTES MEDICINALES DE HMD
 11 S.P. 312 Abidjan 11
 Tel. 21 26 31 03
 21 26 34 16
 153, rue Edouard Marroy
 à Plateau 22 et 47 19
 Koumassi 21 26 45 39
 ABIDJAN CÔTE D'IVOIRE

RENFORCÉ LE SYSTEME IMMUNITAIRE
REGULARISÉ LES SYSTEMES CIRCULATOIRES ET DIGESTIFS
PURIFIÉ LE SANG

HMD Plus est un traitement présenté comme « un véritable trésor de santé naturelle » qui « renforce le système immunitaire », « régularise les systèmes circulatoires et digestifs » et « purifie le sang ». Sur la brochure il est mentionné que, le HMD Plus permet de vaincre de façon générale toutes les maladies infectieuses et s'oppose à leur installation dans l'organisme (renforcement et stimulation du système immunitaire). Selon le vendeur, le HMD Plus est « plus puissant que l'Antilaléka ». Il est « conseillé aux personnes infectées qui ont déjà utilisé l'Antilaléka sans succès ». Aucun témoignage d'usages par des PvVIH ou de prescription par un soignant de ce produit n'a pu être recueilli depuis son identification par notre équipe en 2007. Le vendeur qui s'était engagé à nous mettre en contact avec au moins l'un de ses clients n'a jamais donné suite.

HMD-Plus
RÉSULTATS ET BÉNÉFICES DÉMONSTRÉS
 Les premières recherches sur le produit que j'appelle aujourd'hui HMD-PLUS ont été faites par moi-même sur mon grand père MESSOU KASSI. C'est moi-même qui, dès son enfance, lui ai administré un 1/2 à 1 g de 13 à 14 ans. Ma grande mère, ses frères, puis mes frères (quatre) furent ensuite les bénéficiaires de la formule de base que j'ai améliorée après dix ans de recherches et qui a donné naissance au produit HMD-PLUS.

Il n'y a RIEN de si simple que cette performance du HMD-PLUS est simplement due aux propriétés des plantes qui servent dans sa composition. Certaines propriétés sont de nos jours égarées de façon générale sur l'ensemble du monde.

A) En renforçant et en stimulant le système immunitaire. Ce qui va permettre au HMD-PLUS de vaincre de façon générale toutes les maladies infectieuses et de s'opposer à leur installation dans l'organisme.

B) En régularisant avec efficacité les systèmes circulatoires et digestifs. Ceci se traduit par la guérison de : Diabète, hypertension, constipation, hémorroïdes, maladies cardiaques, hypertension, problèmes des règles, affections gynécologiques.

C) En purifiant le liquide sanguin. Ce qui permet le contrôle du diabète, de l'hypertension, de la dyslipoprotéinémie, des cancers - des intolérances sanguines - des douleurs et des congestions. Lorsque ces trois aspects (renforcement du système immunitaire, régulation des systèmes digestifs et circulatoires, purification du sang) sont correctement complétés l'organisme est alors à un stade de fonctionnement optimal et pourra affronter victorieusement toute agression pathologique.

D) Le HMD-PLUS conduit en outre des actions particulièrement actives et efficaces qui permettent de guérir des affections graves, telles que : l'hépatite, le diabète, l'hypertension, les affections gynécologiques, les cancers et autres tumeurs, l'infarctus, la maladie de Parkinson, l'ictère, le psoriasis aigu ou chronique, la diphtérie, les crises d'asthme et disparaissent après une certaine durée de traitement.

E) Le HMD-PLUS possède enfin un MERVEILLEUX pouvoir dressant et réparant (il est remarquable dès le début des prises) et qui favorise sur sonnet profond comme un réparateur.

LE PLUS PUISSANT HMD-PLUS
 UNE NOUVELLE FAÇON DE GÉRER VOTRE SANTÉ
 C'est le HMD-PLUS en deux versions. Pour vous PREVENIR contre certains maux.

DESORMAIS VAINCUS PAR UN SEUL PRODUIT :

Le HMD Plus

- Hémorroïdes
- Constipation
- Fatigue générale
- Faiblesse sexuelle
- Hypertension
- Diabète
- Paludisme
- Ictère
- Hépatite
- Affections gynécologiques
- Affections pulmonaires
- Di pancréatose
- Frigidité
- Insomnie
- Corrige la vision
- Régularise les règles.

Immubooost et Immubooost-plus

L'Immubooost et l'Immubooost-plus sont deux produits commercialisés au Burkina Faso par la société NHi 2T-NATURALIA. Siaka Sy, ancien entrepreneur burkinabè, est le fondateur de cette société et le principal promoteur et vendeur des différents produits qu'elle distribue (une dizaine dont 4 pour le VIH). Les produits qu'il propose sont fabriqués, conditionnés et étiquetés aux USA sur sa demande et selon ses instructions, puis importés au Burkina Faso. Siaka Sy nous expliquera lors d'un entretien que l'un des avantages de classer ses produits comme « compléments alimentaires » est que cela permet d'être exonéré des taxes douanières (c'est le cas semble-t-il pour tout produit en lien avec l'alimentation dans plusieurs pays sahéliers où existe une malnutrition endémique). L'Immubooost se présente comme un remède universel qui traite toutes sortes de maladies (« diabète, hypertension, artériosclérose, maladies cardiovasculaires, allergies respiratoires, tumeurs, cancers, ulcères, hépatite B, infections virales, vieillissement, arthrose, asthme, etc. »), mais Siaka Sy en a surtout fait la promotion au Burkina Faso et dans les pays voisins pour le sida et principalement auprès des acteurs de santé et des associations impliqués dans le suivi et le traitement de PvVIH. Dans tous les documents qu'il diffuse sur ce produit, il insiste sur le fait qu'« IMMUBOOST est indiqué pour tous les problèmes de santé liés au dysfonctionnement du système immunitaire ». Composé de Reishi, de Shiitake et de vitamine C, il est présenté à la fois comme « complément nutritionnel, un anti-oxydant, un stimulant de la production des interleukines 1 et 2 et de l'interféron ». Ces propriétés en font selon son promoteur un « immunostimulant, un antiviral et un antimicrobien ».

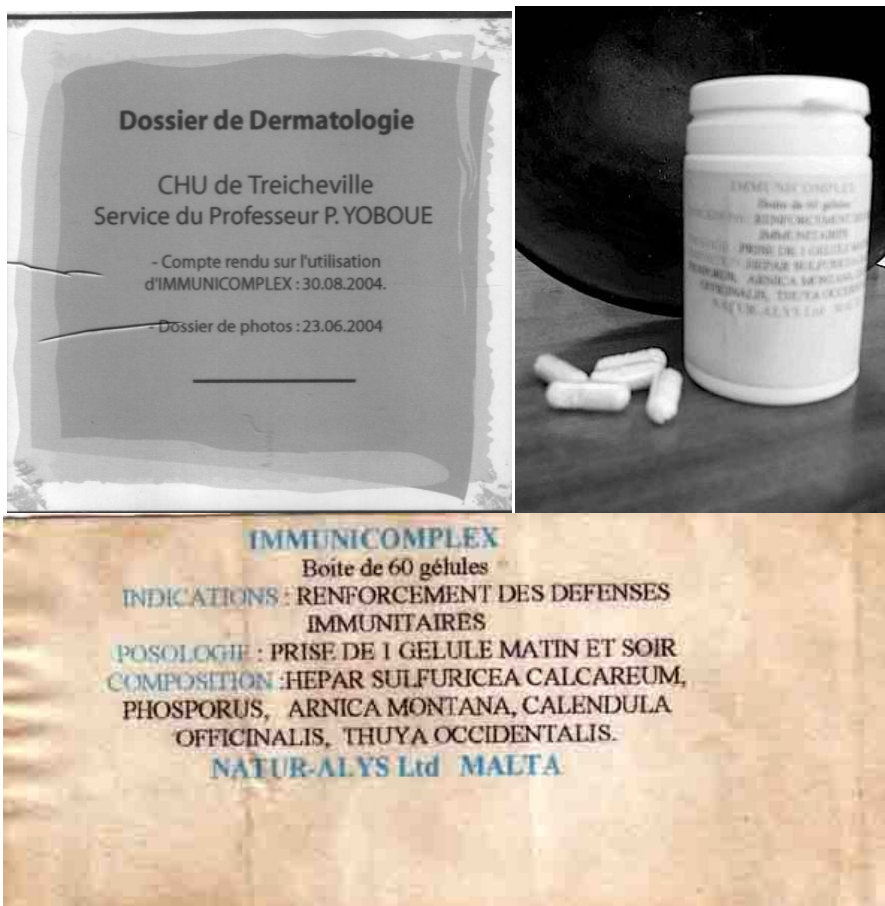


L'Immubooost est le produit le plus connu parmi ceux qui sont promus et vendus par Siaka Sy. Télévision, affiches dans les officines privés, radio, mailing, stand dans les conférences, démarche auprès des prescripteurs et des associations de PvVIH sont les méthodes de promotion largement utilisées. C'est de toute évidence l'un des produits néo-traditionnels du sida les plus consommés et prescrits au Burkina Faso dans l'espace thérapeutique du sida. Il est disponible dans la pharmacie de certaines associations, est prescrit par des médecins hospitaliers, notamment dans des CHR, ou des médecins associatifs, est disponible dans de nombreuses officines pharmaceutiques.

Des informations complémentaires sur l'Immubooost Plus sont disponibles dans un autre chapitre.

Immunicomplex

Ce produit a été promu par un délégué médical auprès de prescripteurs du Burkina Faso avec un CD présenté comme provenant de Côte d'Ivoire (CHU de Trecheville). L'identité du fabricant n'est jamais mentionnée sur le CD fourni aux soignants démarchés. Par contre une société nommée Natur-Alys Ltd apparaît sur l'étiquette avec une localisation à Malte. Une recherche sur le net ne permet pas de retrouver une telle société actuellement en activité.



Deux médecins ont apporté leur témoignage sur l'arrivée de ce produit dans l'espace thérapeutique du sida au Burkina Faso, l'un travaillant au CTA, l'autre au PAMAC. C'est en 2005 qu'un visiteur médical travaillant

pour un grossiste de Ouagadougou et qu'il connaissait déjà antérieurement, est passé faire la promotion d'immunicomplex.

Le produit se présente sous forme de gélules transparentes contenant des granules blancs similaires à des granules homéopathiques. L'étiquette du produit indique une composition : « Hepar Sulfurica Calcareaum, Phosphorus, Arnica Montana, Celandula officinalis, Thuya Occidentalis ». Le flacon comprend 60 gélules. La posologie est de 2 gélules par jours. Le prix d'un flacon oscille entre 14000 et 20000 Fcfa.

Immunol

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Il s'agit selon le catalogue Phytosalus d'un « calcinât végétal destiné à stimuler les défenses immunitaires de l'organisme face aux maladies infectieuses ou parasitaires. Ce produit aidera donc dans toutes sortes d'infections bactériennes, virales, parasitaires ou à champignons, mais il ne remplace pas toujours le traitement spécifique à chaque maladie ».

Immupower

Produit commercialisé au Burkina Faso par la société NHi 2T-NATURALIA et Siaka Sy, fondateur de cette société et principal promoteur et vendeur des différents produits qu'elle distribue. L'Immupower est également (comme l'Immuboot ou l'Immuboot plus) un remède universel qui traite une multitude hétérogène de maladies (« vieillissement, le stress, les tumeurs, cancer, les ulcères, diabète, les allergies diverses, l'asthme, les arthroses, candidoses, rhume, gripes, problèmes dermatologiques, problèmes pulmonaires, les maladies cardiovasculaires, fatigue chronique, inflammations chroniques, etc. »). Mais pour ce produit également, Siaka Sy en fait la promotion principalement pour le sida et auprès des acteurs de santé impliqués dans le suivi et le traitement de PVVIH. Dans tous les documents qu'il diffuse sur ce produit, il parle d'« immunothérapie ». Immupower est présenté comme « un excellent immunostimulant, antiviral, antimicrobien et anti-oxydant contre particulièrement la prolifération des radicaux libres. Immupower stimule la production de l'interféron et de l'interleukine-2 et d'autres cytokines essentielles ». Selon son promoteur, « Immupower est l'association du Beta Glucan et de l'Astragalus » ; « Le Beta Glucan est extrait de levure (*saccharomyces cerevica*), des champignons de la Médecine Traditionnelle Chinoise ». Selon Siaka Sy, cette association aboutit à « la synergie de deux SUBSTANCES NATURELLES immunostimulantes ». Immupower est bien moins connu et diffusé au Burkina Faso que l'Immuboot.

Invir

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Le catalogue des remèdes de Phytosalus le présente de la façon suivante : « INVIR est un grand remède qui provient des fruits de certaines plantes rares et qui peut être utile pour toutes les maladies provoquées par des virus. Son action inhibe la prolifération virale, arrêtant ainsi les symptômes propres aux diverses affections qu'il combat. Il peut être utilisé contre l'herpès simple, l'herpès génital, et l'herpès zoster, l'hépatite A, la rougeole, le lupus, la grippe, la rage, la rubéole, la poliomyélite, la dengue, certaines méningites, la varicelle, les oreillons, la fièvre jaune, les papillomes de la vessie, l'encéphalite, etc¹. Ce remède sera très utile aux malades qui n'ont pas accès aux médicaments pharmaceutiques... L'action latente d'un grand nombre de virus peut être à l'origine de certaines pathologies inexplicables. INVIR peut donc être administré, même lorsqu'on n'arrive pas à diagnostiquer le mal, sachant qu'il n'est nullement toxique aux doses indiquées ».

Invir-C

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Le catalogue des remèdes de Phytosalus le présente de la façon suivante : « INVIR est un grand produit qui provient des

¹ Le « etcetera » ici, combiné à la mention préalable « toutes les maladies provoquées par des virus » sous entend bien évidemment que d'autres maladies ne sont pas citées, en particulier le sida.

fruits de certaines plantes rares. Calcinât en capsule pour affections virales », avec les mêmes précisions que pour Invir.

Metrafaids

La découverte de ce traitement présenté comme permettant de guérir le sida est annoncée par la PROMETRA et son Président Eric Gbodossou depuis presque dix ans sans que jamais le produit ne soit matériellement visible. A notre connaissance, toutes les personnes qui ont souhaité s'en procurer, que ce soit au Sénégal ou au Burkina Faso, ont toujours été invitées à « patienter ». Au Burkina Faso, le Metrafaids a bénéficié d'une promotion importante et médiatisée à divers moments : lors de la CISMA à Ouagadougou en 2001, lors des SIRENA (Salon international des Remèdes Naturels Africains) en 2004 et 2006, lors de la venue du Pr Angui Angaté en 2004 à Ouagadougou (Journal télévisé sur la TNB). [cf chapitre spécifique sur ce produit dans le présent rapport]

Pierre Noire

L'usage de la célèbre pierre noire habituellement utilisée pour les morsures venimeuses (scorpions, serpent) a été signalé dans un entretien fait avec une PvVIH dans un usage anti-sida (aspiration du virus ?).

Réginal

Cf. spiruline.

Reintox

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus [Cf Complex-B]

S-Complex

Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Ce traitement est en fait une combinaison de plusieurs produits associés dans un protocole complexe et précis [Cf Complex-B]. Ce protocole est recommandé comme « traitement complet convenant habituellement aux immunodéficients qui commencent à sentir des anomalies dans le fonctionnement de leur organisme. Il est bon de signaler qu'une personne immunodéficitaire, même si elle ne ressent aucun symptôme, accuse une déficience du foie, de la rate, du thymus (les trois principaux organes en relation avec l'immunité), et souvent les reins ». Le protocole prescrit indique : « après le STIMUL-I, nous proposons HEPASON pour tonifier le foie, TYMOL pour le thymus et PRADIL pour la rate. En effet, dans l'action de désintoxication provoquée par STIMUL-I, le foie et les reins sont très sollicités ».

Spiruline

La spiruline existe sous diverses formes au Burkina Faso (poudre, gélules). Elle est fabriquée localement dans des « fermes spiruline » ou importée (notamment du Togo voisin). De nombreux acteurs sont impliqués dans sa production ou sa promotion. La plus importante production repose sur un projet mené conjointement par l'Ocades, le Ministère de la Santé et Codegaz (une Fondation associée à Gaz de France). Ce projet a permis la mise en place des « fermes spiruline » chargées de produire l'algue en grande quantité, mais aussi des expérimentations censées montrer l'intérêt de la spiruline dans la prise en charge des PvVIH. Une expérimentation est en cours à Bobo-Dioulasso, mené par le Mefatra du CNRST au sein de l'association REVS+. Signalons également que l'indication de la spiruline pour l'infection à VIH a été décrétée par le CNLS dès 2006 ce qui place localement la spiruline dans la catégorie des traitements conventionnels du sida.

QUELQUES COMPOSANTS INTERESSANTS DE LA SPIRULINE

Protéines végétales : environ 50%

QUELQUES OLIGONUTRIMENTS (mg/100g)

Vitamine A (B-carotène) environ	100
Vitamine B1 à B12	25
Vitamine E	10
Fer	60
Phosphore	800
Calcium	1 400
Magnésium	200
Chlorophylle	790
Acide γ-limoléique	1 000

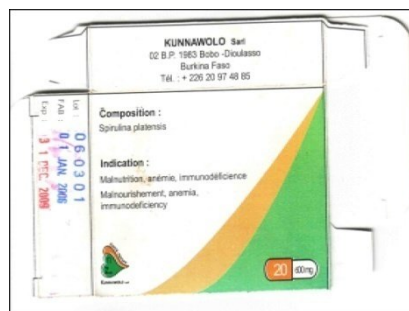
► Il en résulte que la spiruline stimule les défenses immunitaires, aide l'organisme à lutter contre les infections, l'anémie, le paludisme, les états immuno-dépressifs.

► Elle est aussi indiquée pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes qui ont de gros efforts à fournir : sportifs, étudiants.

Référence	Poids net	Parabon	Prix
	25 g	09-03	



Signalons aussi l'existence du Reginal, une spiruline en gélules, conditionnée et distribuée par un pharmacien de Bobo-Dioulasso, bien avant la mise en place des fermes spiruline.



Stimul

Traitements produits et commercialisés par Phytosalus, les centres de traitement du Père César.

- Stimul-1 : Présenté comme un « produit phytothérapeutique destiné à stimuler les défenses immunitaires ». Est prescrit seul ou dans le protocole Complex-B (cf.supra)
- Stimul-2 : Présenté comme un « produit phytothérapeutique plus puissant que Stimul-1 destiné à stimuler les défenses immunitaires ».
- Stimul-3 : Présenté comme un « produit phytothérapeutique destiné à stimuler les défenses immunitaires. Il est différent de Stimul-1 et Stimul-2 ».
- Stimul-4 : Présenté comme un « produit phytothérapeutique destiné à stimuler les défenses immunitaires. Il est semblable au Stimul-3 ».
- Stimul-P : Présenté comme un « produit phytothérapeutique destiné à stimuler les défenses immunitaires. Il est semblable au Stimul-1 ».

Symtramania

Le Symtramania est commercialisé au Burkina Faso par la société NHi 2T-NATURALIA. Ce produit est promu, diffusé et vendu par Siaka Sy. Il est présenté par Siaka Sy comme « complément nutritionnel spécialement formulé à partir de 15 plantes médicinales chinoises pour aider l'organisme à lutter dans les cas de déficiences immunitaires aiguës comme par exemple dans les cas du VIH/SIDA ». Contrairement aux autres produits de NHi 2T-NATURALIA traitant le sida qui sont des remèdes universels, le Symtramania n'a selon Siaka Sy que les « maladies immunosuppressives » comme indication. Le Symtramania se présente sous forme de comprimés. Siaka Sy décrit son produit comme associant : « Andrographis paniculata, Astragalus membranaceus, Bupleureum chinense, Ganoderma lucidum, Glycyrrhiza uralensis, Lonicera japonica, Oldenlandia diffusa, Panax ginseng, Panax notoginseng, Prunella vulgaris, Salvia miltiorrhiza, Schisandra chinensis, Scutellaria baicalensis, Trichosanthes kirilowii, Viola yedoensis ». Il explique que

« Cette formulation a une synergie d'action qui aide à renforcer les activités immunitaires, contrer la réplication virale, avec d'autres effets bénéfiques comme l'augmentation du potentiel antioxydant avec moins de pathologies dues aux radicaux libres, augmentation de l'énergie et la restauration de la vitalité ». Il précise également dans la rubrique : « Propriétés pharmacologiques » de cette formulation : « anti-cancer, anti-tumeur, antivirales, antioxydantes, antimicrobiennes, immunostimulantes, stimule la production de l'interféron et le l'Interleukine-2 ». Ce produit, bien que spécifique au sida, n'a cependant pas eu le même succès commercial que l'Immubooost selon nos informations.

Therastim

Produit en provenance de Côte-d'Ivoire évoqué à Bobo-Dioulasso lors d'un entretien avec un professionnel de la santé ayant travaillé à Abidjan mais pour l'instant non retrouvé au Burkina Faso.

Tobacoak's

Produit inventé, fabriqué, promu et diffusé par Coco Toudji Bandje (inventeur et promoteur togolais). Un entretien avec Toudji Bandje a été réalisé. Initialement aide-soignant puis infirmier, il a fini son parcours professionnel dans le service médical d'une entreprise étatique. Ses savoirs en médecine traditionnelle auraient parfois été utilisés dans le service médical où il travaillait. Il apparaît notamment comme co-auteur de publications ou de communications sur le sujet. Le Tobacoak's est l'un des premiers produits néo-traditionnels du sida connus en Afrique de l'Ouest. Dans le récit de Toudji Bandje, l'histoire commence dès les années 1980 par l'usage d'une préparation auprès des malades du service de santé dans lequel il travaille. Jusqu'en 1992, il semble ne s'agir que d'une histoire locale et banale d'un agent de santé qui par ailleurs, traite quelques patients de son service par les plantes. En 1992, Toudji Bandje dit s'être forgé la conviction de l'efficacité de son produit sur le sida à propos d'un malade initialement « dans un état très grave ». De 1992 à 1998, il existe une mobilisation croissante et importante du réseau social de l'inventeur puis d'un réseau universitaire et scientifique. Il sera à cette étape lié à un programme en ethnopharmacologie avec l'équipe canadienne du Pr Hudson qui étudiait *in vitro* les activités antifongiques, antibactériennes et antivirales de plantes médicinales togolaises. Dans cette période le produit est également baptisé par son inventeur : Tobacoak's. Le nom signifie **Toundji-Bandjé** **Coco** + **Akoko** + **Kangni** contre le **Sida** (Akoko et Kangni étant les parents de l'intéressé). Une violente polémique éclate à la fin des années 1990, notamment avec le directeur du PNLs au Togo, au décours de laquelle Toundji-Bandjé décide de partir au Burkina Faso avec son produit. Ce produit entre donc au Burkina Faso en 2000, accompagné d'une campagne de presse puis d'une polémique sur son usage qui l'ont rapidement rendu célèbre. Peu de temps après il fera l'objet un programme d'expérimentation sur 200 PvVIH au centre de phytothérapie de Saint-Camille (avec un agrément du Ministère de la Santé). Aucune publication n'a été faite sur cette expérimentation depuis cette date. En 2002, l'expérimentation est stoppée (une centaine de décès, une cinquantaine de perdus de vue, des désordres biologiques avec notamment une augmentation des transaminases) et la circulation du Tobacoak's s'arrête au Burkina Faso. Aujourd'hui encore, le Tobacoak's semble ne plus circuler dans le pays, mais continue d'être vendu et prescrit au Togo.

Le produit se présente sous forme liquide. Il s'agit d'une solution buvable hydro-alcoolique de plantes, conditionné dans des bouteilles en plastique de 1 l. Il est présenté sur l'étiquette comme un « anti-rétroviral à base de plantes médicinales ». Un litre est vendu 25 000 Fcfa depuis 2000 jusqu'à aujourd'hui. Il faut environ deux litres par mois pour le traitement.



Tianshi Group

Il s'agit d'une société chinoise de distribution de produits de santé installée depuis 2005 au Burkina Faso. Comme FLP, elle fonctionne par un système de vente directe en réseau. Certaines PvVIH ont témoigné de leur recours à cette société où des produits pour l'infection à VIH leur ont été vendus (cf plus d'infos sur le site Bénin).

Urinothérapie

Ce traitement, un classique de quelques vieux traités de médecine en Europe et plus tard de certaines « médecines alternatives », est repris au Burkina Faso. La recommandation de ce traitement pour traiter le sida a été relevée dans différents entretiens avec des PvVIH ou des soignants depuis 2003. Il semble souvent s'agir de recettes transmises de bouches à oreilles entre PvVIH, dans des groupes de paroles ou lors d'ateliers ou de séminaires associatifs.

Viralgic

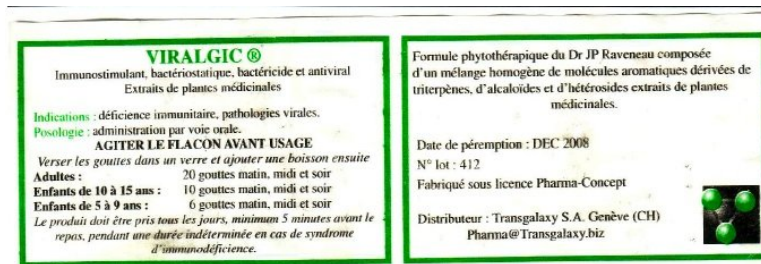
Produit fabriqué initialement en France par la société Pharma-Concept créée par un pharmacien herboriste de la Place Clichy à Paris: le Dr Jean-Pierre Raveneau. Il parle de « préparation magistrale de phytothérapie composée d'extraits de plantes ». Selon lui, 18 plantes en provenance d'Amérique latine entreraient dans la composition du produit. Il dit avoir inventé ce produit en 2000. Il en fait la promotion dès 2001 comme « traitement de l'infection à VIH1 et VIH2 » en France, en Europe et en Afrique. Dès 2001, les premières expérimentations humaines démarrent, notamment celle qui eut lieu au Centre de Phytothérapie de Saint-Camille à Ouagadougou. Grâce à une méthode impliquant selon lui une « nouvelle technologie en matière de phytothérapie » (solubilisation dans différents solvants, macération, distillation, etc), il obtiendrait des huiles essentielles en une « solution hydro-alcoolique » qui contiendrait « 600 à 900 principes actifs ».

En France, le Viralgic est rapidement l'objet d'une polémique juridique entre les associations de PvVIH (principalement Act-up), l'AFSSAPS et la société Pharma-Concept. Dès 2001, Act-up Paris effectue une saisine de l'AFSSAPS car l'étiquette sur le flacon indique à cette époque « anti-viral spécifique des virus VIH 1 et VIH 2 ». Le 10 Octobre 2001, une mise en demeure de l'AFSSAPS à la société Pharma Concept demande au Dr Raveneau de cesser immédiatement la promotion du Viralgic en raison d'un « réel risque de perte de chances des patients infectés ». En Juillet 2002, Act-Up Paris effectue une seconde saisine de l'AFSSAPS en raison de la persistance de publicité sur le Viralgic, notamment lors de la conférence internationale sur le sida à Barcelone en 2001. Le 25 avril 2005 l'AFSSAPS prend une décision de police sanitaire à l'encontre de Pharma Concept, cette fois « relative à la suspension de la fabrication, l'exploitation, l'exportation, la mise sur le marché, la détention en vue de la vente ou de la distribution, la publicité, l'utilisation, la prescription, la délivrance et l'administration ». Il y a alors désaccord entre l'AFSSAPS qui considère le Viralgic comme « un médicament par présentation » et Pharma-Concept qui considère le Viralgic comme « une spécialité en phytothérapie »



Avant même la publication de la décision de police sanitaire de l'AFSSAPS, le Dr Raveneau décide de délocaliser son entreprise, dans une principauté australienne, la Principauté du Hutt River (HRP), en créant PharmaConcept-HRP. Dès le 21 Avril 2004, le Prince Léonard décore Jean Pierre Raveneau du titre de chevalier commandeur de l'Ordre Royal de cette principauté. Le 28 Août 2005, le premier "Laboratoire Pharmaceutique" Pharma-Concept HRP Ltd Pt y est enregistré. Le 1er septembre 2005, la Principauté de Hutt River délivre l'autorisation de commercialisation d'origine du Viralgic. Depuis 2006, la production s'étend, notamment aux Baléares et en Tunisie, avec une quantité annoncée de 50000 flacons de Viralgic par mois.

Très rapidement le Viralgc fait l'objet d'une diffusion en Afrique en lien étroit avec l'ouverture de représentations consulaires. Le « ministre des Affaires étrangères de la Principauté du Hutt River », Sir Edmont Suchet, négocie en effet la nomination de consul honoraire en échange de « programme des traitements des malades du sida par le Viralgc ».



Au Burkina Faso, le Viralgc arrive en 2001 avec l'expérimentation humaine développée au niveau du centre de phytothérapie de Saint Camille. En 2002, le produit est promu par un visiteur médical (Mr T. I.) auprès des prescripteurs et distribué dans les officines privées (17215 Fcfa à la pharmacie de l'indépendance en 2006). L'expérimentation du Viralgc au Burkina Faso est suspendue par le Ministère de la Santé et aucun résultat ne sera jamais publié sur cette étude.

Cf. compléments d'informations dans un autre chapitre.

Viusid

Traitement commercialisé par une entreprise espagnole (Catalys) pour le traitement du sida. Si le produit n'a pu être recueilli, une brochure nous a été fournie en février 2006 par une PvVIH vivant à Ouagadougou, elle-même ex-consommatrice de VIUSID. Selon la brochure, il s'agit d'un produit prescrit aux PvVIH et qui « stimule votre immunité ». Mais le site web de CATALYSIS indique en titre : « VIUSID, HEPATITIS and AIDS Antiviral. Improves your immunological defenses ».

Le site apporte également des précisions supplémentaires : VIUSID est « une préparation alimentaire particulièrement conçue pour l'augmentation des défenses immunologiques de tous ces processus qui causent l'immunodéficit ». Outre le sida, plusieurs autres indications sont mentionnées : le cancer, les hépatites, l'anorexie, les pneumonies, la dépression, la tuberculose et la cirrhose. A propos de l'hépatite : « According to clinical studies made in different countries Viusid is really effective against Hepatitis (A, B, C, BC and BD). This is very important because the patients could die on account of Hepatitis ». Il est présenté comme un complément nutritionnel et un antioxydant.

Zonavir

Zonavir (liquide): Traitement produit et commercialisé par Phytosalus, les centres de traitement du Père César. Présenté comme « un produit composé de feuilles et de tiges, destiné à traiter le zona » et Zonavir-2 (poudre)

7.4. QUELQUES CARACTERISTIQUES DES REMEDES TRADITIONNELS ET NEO-TRADITIONNELS DU SIDA AU SENEGAL

B. Taverne, M. Egrot
avec la collaboration de M. Couderc, A. Epelboin, E. Simon, B. Taverne et K. Viollet

INTRODUCTION

Nous présentons ci-dessous une synthèse des principales caractéristiques des remèdes néo-traditionnels du sida proposés par les guérisseurs dans la région de Dakar, à partir des informations collectées entre 2000 et 2007, à l'occasion de plusieurs enquêtes ethnographiques réalisées par M. Couderc, M. Egrot, A. Epelboin, E. Simon, B. Taverne et K. Viollet (la méthode générale est décrite au chapitre 6.4, guide d'entretien en annexe). Lors des entretiens avec les guérisseurs, l'un des objectifs consistait à recueillir la description de leur remède, la manière ou les circonstances qui les ont amenés à identifier, ou concevoir un remède contre le sida, leurs représentations des mécanismes d'action, et leur place par rapport aux médicaments antirétroviraux. Cette approche conduit à proposer une caractérisation des traitements en 5 points.

CARACTERISTIQUES

ORIGINE ET LEGITIMITE DES REMEDES : DIEU ET LA NATURE

Quelques soient les guérisseurs et la forme de leur remède (prières, eau lustrale, plantes en poudre ou en tisane, amulettes,...) tous inscrivent leurs propositions thérapeutiques dans une relation mystique privilégiée avec Dieu ou diverses autres instances surnaturelles (esprits ou ancêtres). Les recettes ont été révélées sous la forme de rêves pendant le sommeil ou de songes lors de méditations ; elles sont d'origine divine. Plus rarement elles ont été acquises à l'occasion d'un apprentissage long et studieux auprès d'un guérisseur, le plus souvent décrit comme un « savant musulman », lui-même ayant avec Dieu la proximité indispensable.

Cette origine divine du médicament concorde avec le modèle étiologique dominant sur la maladie affirmant que le sida est une punition divine infligée aux humains du fait de leurs comportements déviants, cette déviance se manifestant notamment à travers les pratiques sexuelles zoophiles et homosexuelles qui prévaudraient dans les pays européens. Les références aux versets du Coran, dans une interprétation apocalyptique, sont habituelles. La référence religieuse est également sollicitée pour expliquer la possibilité de la découverte du remède car « Dieu indiquerait toujours le remède des maladies avec lesquels il frappe les humains » ; dès lors il est légitime que les hommes de religion, à travers leurs dévotions et leur exégèse des textes sacrés obtiennent la révélation du remède. Cette découverte est le résultat d'une quête spirituelle plus que d'une démarche empirique pragmatique.

Les plantes et leur caractère naturel constituent la seconde spécificité des remèdes proposés. Certains guérisseurs considèrent les plantes comme de simples sources de médicaments naturels, dans une vision naturaliste et phytothérapeutique ; d'autres prolongent l'interprétation mystique en considérant la plante comme un don divin ; d'autres encore développent des interprétations ésotériques en lien avec les usages magiques du Coran et diverses manipulations numérogiques liées aux versets coraniques mis en

correspondance avec les plantes. La référence à la nature est doublée d'une référence à la « pureté ». La plante est pure par nature, mais elle peut être souillée par les activités humaines, elle est peut-être « polluée ». Le terme « pollution » peut avoir une double signification, il peut s'agir d'une pollution symbolique, mais aussi de la pollution industrielle. La nécessité d'employer des plantes qui ne sont pas atteintes par la « pollution » constitue une difficulté supplémentaire pour les guérisseurs urbains. Cette exigence entraîne des contraintes majeures d'approvisionnement, et certains guérisseurs décrivent sous la forme de véritables épopées des voyages longs, coûteux et périlleux, en « brousse » ou en forêt, qui les exposent parfois à l'attaque des « bêtes féroces ». Ces récits sont parfois mis en avant pour justifier le prix élevé d'un remède.

Le bon remède trouve donc sa légitimité et sa puissance dans cette double référence : le divin et la nature¹.

2. LA DIVERSITE DES COMPOSITIONS : PRIERES, EAUX LUSTRALES ET PLANTES

Les préparations sont très diverses. Un inventaire constitué entre 1996 et 2003², auprès de 43 guérisseurs venant proposer leur remède dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital de Fann à Dakar révèle qu'un peu plus de la moitié des remèdes proposés (24/43) étaient alors constitués d'eau lustrale (bouteille d'eau sur laquelle avait été prononcée diverses prières, ou bien eau ayant été employée pour laver des versets coraniques écrits à l'encre). Les autres remèdes proposés (19/43) étaient constitués de diverses plantes, parfois unique, souvent associées, employées sous la forme de tisane, décoction ou de poudres, à boire ou à utiliser sous forme de douche. Les guérisseurs avaient en outre précisé que la prise de ces remèdes s'accompagnaient le plus souvent de la récitation de prières, et du respect de différentes règles (abstinence sexuelle, pas de prise le vendredi, interdits alimentaires divers...).

La prédominance des remèdes à base exclusive d'eau lustrale observée jusqu'en 2003 s'est peu à peu éteinte ; la préférence des guérisseurs et des usagers s'est orientée vers les remèdes comportant des plantes qui semblent en 2008 les plus fréquents. Le plus souvent les préparations sont réalisées à partir de plusieurs plantes associées. Les plus élémentaires sont proposées sous la forme de sachets de plantes séchées, mais peu à peu des préparations plus élaborées sont distribuées sous la forme de produits liquides mis en bouteille, parfois de gélules, dans des conditionnements de plus en plus sophistiqués, calqués sur ceux proposés par l'industrie pharmaceutique (flacons de verre ou de plastique, étiquetage, notice d'information, composition, date de péremption).

3. LE POUVOIR THERAPEUTIQUE : LA FORCE ET LA POLYVALENCE DU REMEDE

Les guérisseurs justifient, expliquent le pouvoir thérapeutique de leur remède par un ensemble d'arguments : l'origine divine ou ancestrale de la recette ; la provenance lointaine des plantes employées ; la complexité et les secrets de la préparation ; l'association de plusieurs plantes ; le caractère naturel du remède. Ces différentes caractéristiques associées concourent à définir un remède d'exception, un remède « fort », bien distinct des préparations banales.

La force est également jugée au niveau individuel par la perception des effets directs sur le corps. Un remède fort « secoue » le corps : il peut provoquer des tremblements, de la diarrhée, des sueurs, des vertiges... L'intensité de ces troubles est souvent corrélée au pouvoir thérapeutique attribué au remède.

Enfin le pouvoir thérapeutique d'un remède est aussi en rapport avec sa polyvalence. Les guérisseurs qui affichent avec le plus de conviction la certitude du pouvoir thérapeutique de leur remède n'hésitent pas à créditer leur préparation des divers pouvoirs d'une panacée, agissant tout à la fois sur « le sida, la stérilité, le cancer, le diabète, l'hépatite, l'impuissance... ». Le principe de la polyvalence du remède est tout-à-fait admis, tant par les guérisseurs que par les usagers. Ainsi, le guérisseur D. explique avoir initialement

1 - thématique à développer : le secret.

2 - remerciements à Monsieur Abdoulaye Thiam, assistant social du Service des Maladies infectieuses du CHU de Fann, pour nous avoir aimablement confié son répertoire.

« guéri » une femme qui souffrait d'un cancer du foie, puis une autre qui présentait une stérilité, avant d'avoir traité un homme malade du sida. Néanmoins, l'affirmation de la polyvalence du remède tend à disparaître chez les guérisseurs les plus proches de la culture biomédicale. Chez ces derniers les remèdes, même forts, retrouvent une spécificité étroite, notamment par l'emprunt de concepts biomédicaux : ainsi des guérisseurs proposent maintenant des produits qui « renforcent l'immunité ».

4. LES MECANISMES D'ACTION : L'ELIMINATION PAR LES URINES OU LES SELLES

Les principaux mécanismes d'action des remèdes font référence à des logiques d'évacuation. Cette élimination se réaliserait principalement par les urines et les selles : selon le guérisseur D. « le virus est dans le sang, le remède lave le sang ». Une explication du même ordre est fournie dans les documents de présentation du brevet de la préparation Metrafaïd³ déposée par l'ONG Prometra auprès de l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle. Après de longs développements utilisant de très nombreux termes empruntés au vocabulaire des chimistes, on peut lire dans cette fiche⁴ : « Il a été constaté que la composition permet l'extirpation de l'agent pathogène sous forme de muqueuses glairo-sanguinolantes par les voies naturelles de l'organisme des patients (selles, urines) » ; lors d'une conférence de presse, en 2002, M. E. Gbodossou précisait encore que « le patient élimine dans ses urines des paquets de virus que l'on peut observer sous la forme d'amas blanchâtres »⁵.

Les mécanismes d'action décrits par les guérisseurs correspondent aux représentations habituellement décrites dans la plupart des médecines traditionnelles africaines sur la cause des maladies et le principe des traitements. En effet, la cause du sida est interprétée selon un modèle étiologique exogène (l'entrée dans le corps d'un agent étranger) qui nécessite un traitement de nature soustractive⁶, qui élimine la cause du mal, ici le virus.

Il s'agit d'un mode d'interprétation des mécanismes d'action des remèdes traditionnels extrêmement fréquent. Les guérisseurs expliquent ainsi que les diarrhées provoquées par leurs remèdes ont précisément pour fonction l'élimination des maladies.

5. EFFICACITES COMPAREES DES REMEDES TRADITIONNELS VS MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

Au delà des effets immédiats que peuvent entraîner certains remèdes (ex. diarrhées), les guérisseurs jugent l'efficacité de leur traitement sur la sensation de mieux-être, le retour de l'appétit et la prise de poids, la meilleure qualité du sommeil, la disparition des lésions cutanées et la régularisation du cycle menstruel marqué par la réapparition des règles. Tout ou partie de ces signes témoignent de l'efficacité du traitement et conduisent certains guérisseurs à déclarer « guéries » les personnes traitées. Certains d'entre eux n'hésitent pas alors à conseiller à leur patient de « reprendre une vie normale », et en particulier à se marier et avoir des enfants.

Les médicaments antirétroviraux sont mal connus des guérisseurs et nombreux sont ceux qui les désignent encore par l'appellation « médicaments des Blancs ». Globalement, le bénéfice de ces médicaments n'est pas admis, et la plupart des guérisseurs jugent que leur médicament ont une efficacité supérieure à celle des ARV. Cette perception de la supériorité des remèdes traditionnels s'appuie notamment sur la réinterprétation du discours biomédical relayé par la presse : il est dit en effet que les ARV « ne guérissent pas la maladie », que les personnes qui prennent ces médicaments « sont toujours malades, et gardent pour toujours le virus

3 - « Compositions antivirales à base de plantes médicinales pour combattre le VIH/SIDA »

4 - Antiviral composition made from medicinal plants for combating HIV/aids Description de WO02062364, (site de l'OAPI consulté le 14/05/08)

5 - Cette description n'a aucune correspondance avec les connaissances physiopathologiques internationales actuelles sur l'infection par le VIH.

6 - cf. les catégories étiologiques et thérapeutiques proposées par Laplantine F. (1986), Anthropologie de la maladie. Paris, Payot.

dans leur sang ». De plus, même s'ils sont distribués gratuitement par l'Etat depuis 2003, ce que la plupart des personnes ignorent, ces médicaments conservent la réputation d'être chers, et enfin, il est dit qu'ils sont « toxiques » et « rendent les gens malades ». Un guérisseur résume ainsi son point de vue : « Ces médicaments sont un leurre, ils ne font que reculer un peu la mort ». A l'inverse, les médicaments traditionnels sont décrits comme permettant « d'éliminer le virus, éliminer la maladie », ils offrent ainsi une solution définitive. Plus rarement, quelques guérisseurs proposent également leur remède à des fins préventives : « pour les personnes qui sont fréquemment en contact avec des malades du sida »⁷ ; un guérisseur rencontré témoignait aussi de l'usage d'un traitement pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, chez une femme qui avait décidé d'arrêter ses médicaments antirétroviraux.

La perception de la supériorité de leurs remèdes traditionnels conduit certains guérisseurs à conseiller l'arrêt des traitements ARV. Ce conseil est donné parfois au nom d'une incompatibilité entre les deux traitements, ainsi G. qui classe les ARV dans une catégorie émiqne des antibiotiques affirme : « avec mon traitement, il ne faut pas prendre d'antibiotiques parce que c'est déjà un antibiotique naturel » ; d'autres fois le conseil d'arrêt se fonde sur l'inutilité des ARV : « quand on commence à prendre mon médicament, ce n'est pas la peine de prendre les médicaments des Blancs, il faut laisser tomber ces médicaments, ils ne pourront rien, alors que cette bouteille va vous guérir, si Dieu le veut » déclare A. La plupart des guérisseurs jugent que l'association des deux types de traitement est possible, et qu'elle peut conduire à une action renforcée. Le discours biomédical sur les risques de toxicité par interaction médicamenteuse est en général totalement ignoré et bien souvent seuls les patients s'en préoccupent, suivant en cela les fréquentes mise en garde des professionnels de santé.

CONCLUSION

Constitués de compositions à base de plantes ou d'eau lustrale, les traitements diffusés par les guérisseurs de la région de Dakar pour le sida présentent des caractéristiques qui ne les distinguent pas des traitements proposés antérieurement ou pour d'autres pathologies. Qu'ils soient considérés comme d'origine divine ou comme issus de la nature, les mécanismes d'action qui leur sont attribués s'appuient sur une logique d'évacuation du mal.

Cependant, une observation conduite sur 7 ans montre que les indications et la présentation de ces produits sont de plus en plus similaires à celles des médicaments industriels. Il semble que le rapport à la biomédecine relève ici davantage de l'influence que de l'emprunt culturel, à plus forte raison du syncrétisme.

Ces remèdes sont souvent présentés comme des traitements pouvant remplacer les antirétroviraux, jugés insuffisamment efficaces puisqu'ils ne parviennent pas à détruire le VIH. Entre « soulager » et « guérir », la différence constitue la supériorité des traitements proposés par les guérisseurs.

⁷ - présupposant ainsi l'existence d'un risque de transmission par contagion.

7.5. PHYTOTHERAPIE IMPORTEE EN AFRIQUE DE L'OUEST : LE CAS DES TRAITEMENTS DU SIDA AU BENIN

IMPORTATION OF MANUFACTURED HERBALS IN WEST AFRICA: THE CASE OF AIDS TREATMENTS IN BENIN

Emmanuelle Simon

At the beginning of the 21st century various manufactured herbals appeared in the therapeutic space of AIDS in Africa. These products were multiple compounds including plant extracts, vitamins or trace elements that border on health, nutrition and cosmetics.

As a social object, no treatment can be understood unless it is situated in the locally available therapeutic recourses (Dagognet, 1964). Different links are forged between the imported manufactured herbals and "improved traditional remedies" (Simon, forthcoming).¹ New therapists (homoeopaths, nutritionists, naturpaths, etc.) are involved in the promotion of "traditional medicines," "improved traditional remedies" or "African phytotherapeutic products." They undergo a local transposition, while simultaneously relying on the revival of traditional therapies (Simon, 2003, Le Marcis 2004). Also, many neo-traditional therapists² borrow new therapeutic techniques (reflexology, acupuncture, French phytotherapy, Chinese phytotherapy) and use imported herbal remedies, vitamins, dietary supplements and even pharmaceutical drugs with unconventional indications (e.g. AIDS indication for aspirin).

"Traditional," "neo-traditional," "biomedical" and "alternative" are not separate and distinct categories but rather pluralist categories resulting from rapid movement and changes in a global world. Ayurveda has become alternative through its exportation to the West (Zimmerman, 1995) unlike these new treatments that for many have become neo-traditional³ through their exportation to Africa. Nevertheless, it seems to me to be pertinent to uphold a distinction, which is not a matter of convention, between traditional treatments, neo-traditional treatments, biomedical treatments or pharmaceutical medicines (medical and scientific paradigm) and alternative treatments (medical paradigm that is not dominant and with Western societies as socio-cultural origin) (Tan, 1989). Also, when dealing with these treatments both in terms of their filiations with the alternative sector and their insertion into the neo-traditional healthcare sector (for improved traditional treatments), this article intends to provide several elements in understanding the constant expansion in their supply and the craze they trigger locally.

METHOD AND CORPUS

Adopting the approach introduced by M. Akrich, this article undertakes to portray manufactured herbals, using interviews but also all the information provided in the packaging, instructions and documentation that circulate with the products. The description of these materials makes it possible to understand how a

¹ "Improved traditional medicines" are also called "traditional medicines," "phytotherapeutic products," and "improved remedies." These products are traditionally inspired (with real or invented filiations) but are distinguished from "recipes" because of their "readymade" presentation. The packaging may be combined with a label, directions or even advertising.

² Neo-traditional therapies mobilize doctrines, beliefs, rituals and practices that interact with the "mainstream" of biomedicine by combining multiple sources of inspiration (local or imported tradition, alternative health practices). Additionally, they are founded on a plurality of sources for legitimacy (Pordié, Simon, forthcoming).

³ This includes all products promoted by neo-traditional therapists (Egrot, 2007, Simon, forthcoming).

treatment “by its very form defines the actors and the relations between these actors, attributes certain competencies to these actors and supposes a certain environment in order to ‘function’” (Akrich, 1995).

The results presented here come from an ethnographic study (semi-directed interviews, in-site observations, collection of documentary) conducted in Benin between 2005 and 2007 of various actors in the production, distribution and consumption of neo-traditional treatments for AIDS. Limited surveys were conducted in Lomé (Togo). Semi-closed questionnaires were also administered at three sites for biomedical care for PLHIV (in Cotonou and Porto Novo) regarding the use of neo-traditional treatments for AIDS. Approximately 70 treatments were collected for which just over 20 must be counted as imported products. Imported treatments came from North America (the USA), Europe (France, the Czech Republic and Malta), Australia (Hutt River⁴) and from China.

For the purpose of this article, imported Chinese neo-traditional products for AIDS will be included in the same category as western manufactured herbals. This choice was made because they share a number of strategies to position themselves in the local therapeutic scene. Moreover, it has been noted that these products make a detour to the North before arriving to the continent. The literature from the Tianshi Company (see below) circulating in Benin has been developed in part from translated documents intended for the American public, as seen in the numerous references to the FDA (Food and Drug Administration: regulatory agency). Raw materials can also make this detour, as in the case of “Immubooost”, promoted by a Burkinabe. This product, which also circulated in Togo, is composed of Chinese mushrooms imported from the USA. Hence, the local symbolic construction of these treatments is also based on the meaning and uses that have been ascribed in the North. However, it is advisable not to generalize; many Chinese treatments circulating in Benin have not taken this detour through the West. Chinese medicine has been known in Benin since the communist period when several collaborations were established between Benin and China. Thus, currently in Cotonou, there are three Chinese medicine clinics (acupuncture and reflexology). Also, many biomedical Chinese treatments circulate within the framework of the informal drug market. Their symbolic construction as it occurs in the North is hardly relevant in understanding the meaning attributed to them locally. It is understood that the same object can be the support for varied social interpretations depending on whether it is in line with Chinese, western or African local therapeutic supply (Hsu, 2002).

CIRCUITS FOR DIFFUSION OF THESE TREATMENTS AND CONTEXT OF EMERGENCE

The appearance of alternative AIDS treatments is relatively recent and coincides with their local arrival whatever the indications. Numerous undertakings specialized in manufactured herbal products have occurred since 2003: Forever Living Products⁵ (FLP) (USA) in 2003, Mariandina (provenance unknown) in 2005, Bio-Citrus (France) in 2006, etc. During this same period, the Tianshi Corporation, specializing in traditional Chinese medicines, was established in 2004.

All of these companies function using a direct sales network: the products are sold by distributors who purchase a batch of products at a preferential rate and/or receive a percentage on every new distributor’s signed contract. Reaching a specific rank as distributor authorizes the opening of a shop. Tianshi shops have flourished over the last few years in Cotonou. The various companies have large product catalogues, including these that have an AIDS indication: “Aloe vera” from FLP and “Spirulina” from Tianshi, etc.

The “bio,” “natural health” and “health food” shops that arrived in Cotonou early in the 21st century also offered alternative AIDS treatments. These shops stock French medicinal plants in sachets, imported phytotherapy products, health food products, local food products presented as “healthy” (*gari*, flour, biscuits

⁴ Hutt River is an independent frontier principality in Australia.

⁵ About FLP see Desclaux, 2008.

and even *sodab*⁶) and sometimes a few improved traditional treatments and specialized literature. One of these shops continuously advertised several herbal preparations, imported or not, with an AIDS indication (“Sutherlandia”, “Noni”, “Antilaleka”).

Medical practices or clinics offering manufactured herbals appear here and there, practicing homoeopathy, reflexology, Chinese medicine, phytotherapy, etc. In Cotonou, at least one clinic (Nesto-Pharma) offers AIDS treatment (prescribed by healer, a trained pharmacist): “Virusinest”, “Virusinest Duo” and “Virusinest Complex”. The products are made in the Czech Republic by the Nesto-Pharma Company and imported into Benin.

Finally, various pharmacies in Cotonou have been selling manufactured herbals for several years. These products are usually placed next to African traditional treatments and to a few food products (honey, olive oil). Included among these products are a few that circulate in the therapeutic space of AIDS, including those from FLP (bottles of Aloe vera and other products) and Bio-Citrus (bottles of fermented papaya, sachets of spirulina).

Products also circulate in the biomedical healthcare system through various members of the medical profession, who receive visits from medical representatives and distributors from the companies involved in the direct sales network. Physicians prescribing ARTs have thus recently begun to prescribe manufactured herbals or vitamin complexes such as “Immunicomplex”, “Immunoboost”, “Viralgic”.

Therefore, these products mainly circulate over the counter. It is advisable to first consider the arrival of these products and examine this in connection with the permeability of the health markets in the South, which have no or few regulations concerning food supplements (products previously absent from the local healthcare market) and herbal products. Certainly, in industrialized countries, regulatory guidelines for herbal medicine might vary from one country to another (Dobos, et al., 2005). Yet, the fact remains that the lack of regulation and legislation contributes to this sector’s economic attraction with the countries of the South thus becoming potential economic avenues for all kinds of products coming from the North and/or East. For example, in Benin, the registration of food supplements, which has only been implemented since 2006, is recommended but not obligatory. Registration is conducted at the *Direction des Pharmacies* and the cost of this step (compared to the cost for the AMM, French acronym for pharmaceuticals marketing authorization) is more than modest (25,000 FCFA). It is merely a formality because little information concerning the product’s manufacture and stability is required. In addition, no definition of “food supplements” has been adopted. The Director of Pharmacies, when asked about this, considered that this was simply a question of dosage (cf. the vitamins classified as food supplements or medicines).

At the same time, there are no specific regulatory laws (simplified marketing authorization as in France; inclusion in food supplement classifications as in the USA, etc.) for plant-based manufactured preparations. Local products circulate outside any regulatory framework while imported products are subjected to pharmaceutical drug regulation. It is therefore not surprising to observe in the field that the majority of alternative therapeutic products, circulating in the South are presented as food supplements, while not abstaining from unsubstantiated claims regarding their ability to prevent, care for or cure this or that pathology.

The advertising booklets circulating with some products include a number of circuitous statements that attempt to make the reader forget that, despite their legal status, these products claim to have properties normally ascribed to medicines. “Viralgic” is a case in point. This product from France has an AIDS indication and is only marketed in Africa and Asia. The pharmacist who “invented” it explained that this is not a matter of choice, but rather the result “of administration.” “The French regulations pertaining to phytotherapy are too stringent.” He also added that it is impossible to conduct research in phytotherapy in the North, where he “received a demurrer.” Prohibited in France because it is classified as a medicine, this product was tested in Burkina Faso, Togo, Côte d’Ivoire and Guinea, presented as a “psychotherapeutic formula,” an “official formula of phytotherapy,” a “preparation” or an “*alicament*” (functional food). The company moved to Hutt

⁶ Alcohol made from distilled palm wine.

River and was able to obtain marketing authorization for its product as a “phytotherapeutic pharmaceutical,” and positions itself as such today.

HOW TO BECOME A LOCAL AIDS MEDICINE?

Among the collected treatments, some internationally known panaceas such as Aloe, Ginseng, Morinda and some minerals or vitamin complexes have been noted in the literature as being used by people living with AIDS who reside in the treatment’s country of origin (Cho et al., 2006, Eurin, 1997). On the contrary, the majority of products marketed in the South for AIDS were marketed in the North (when they were marketed) for other indications (even in the case of the panaceas cited above). The Nesto-Pharma Company did not have a single product in its catalogue with an AIDS indication before establishing itself in Benin (one should note that at the same time it developed a product for malaria). By the same token, the Web sites for the FLP Company, Bio-Citrus or Tianshi make no reference to treating AIDS. The product brochures that position themselves as treatment for AIDS usually do not mention this indication; instead they list: skin diseases, digestive disorders, haemorrhoids, allergies, high cholesterol levels, depression, etc. in the case of “Aloe vera” from FLP; cancer prevention, inflammation, mental disturbances, blood-clots in the case of “Anti-Oxydant/Omega3” from NL France.

On the other hand, the promotional leaflets from medical representatives, distributors or even in the delivered-locally documentation presenting tables at the end of the booklet that associate the pathologies and the recommended products, systematically refer to AIDS. Product distributors with direct sales network structures regularly visit members of the medical profession dispensing treatments as well as patient associations, just as they visit general practitioners, government officials, shopkeepers, etc. The sale of treatments takes into account the demand and the needs of potential clients. And AIDS, with its high prevalence in the South (and also malaria), provides an economic market for the companies that set up locally.

However, unlike the locally improved products, for which the AIDS disease played a catalytic role (Dozon, 2001), the strategy used by the promoters of imported manufactured products is not necessarily centered on the disease AIDS. In the particular case of Chinese import products, in 2004 traditional Chinese medicines was officially integrated in the Chinese national program of fight against AIDS. But, the qualitative analysis of collected data show that there is no mention for Tangcao either, which was the only product approved by the Chinese State Food Drug Administration in 2006 or the Chuankezhi injection that has been tested for AIDS in Yunnan Province since 2006 (Micollier, 2007).⁷ And, like in China, part of AIDS products is composed of common plants of popular Chinese medicine (e.g. the Astragalus used in “Immuboot”). Yet, no reference is made to its use in China for an AIDS indication. As is true for treatments from the West, marketing around these products further targets the following indications: well-being (weight loss, skin beauty, anti-aging, balance, renewed energy), diabetes, arterial hypertension, cardiovascular diseases and high cholesterol with a predilection for cancer. All the sectors in which alternative treatments are usually positioned in the North are found here. Moreover, this concerns just some of the chronic or acute pathologies appearing in the South that continue to receive only limited care in the local biomedical healthcare system. This positioning thus corresponds to new emerging health needs, especially among the “middle” or well-off class.

The inventory of properties of manufactured herbals intended for AIDS (packaging, brochures) or the documentation circulating with them (advertisements, product catalogues, brochures distributed by medical representatives) casts light on the position of these products as food supplements that “restore” the organism, such as immunostimulants and antioxidants. References to cancer are recurrent in these products’ booklets and are usually linked to the notion of antioxidant; for example: “prevention: cancer, inflammation, mental disturbances, blood clots” (NL France); “antioxidant used in cancers” (“A-Beta-Care” from FLP). The

⁷ In other African countries, Chinese medicines are invested in the field of AIDS and are controversial objects portrayed by the press as being the same as traditional African treatments. This is the case, for example, in Congo-Kinshasa (Cf. “Controverse autour de la médecine chinoise,” *La conscience*, 21/01/07).

same arguments are found for Chinese neo-traditional products: “revitalizes the activity of the lymphocytes that can eliminate cancerous cells” (“Chitosan” from Tianshi). In an equally significant manner, the Nesto-Pharma products intended for AIDS have been developed based on a formula for the treatment of cancer, “Anticar.” The promoter explained that he initially prescribed “Anticar” for seropositive patients, but the lack of response led him to modify the composition resulting in “Virusinest.” Since the connections between the two pathologies are very strong, the therapist explained during our last interview that he was in the process of treating several patients with prostate cancer with “Virusinest”.⁸

In fact, the action of “reducing the oxidative stress” in the “battle against free radicals” was initially described in the sector of cancer care. And this inflation of discourses around the notion of antioxidants is related to the link between AIDS and cancer characteristic of the nosological representations conveyed in Western alternative therapeutic models. This transference of cancer towards AIDS was quite topical in the 1990s (since AZT also comes from the therapeutic space of cancer, a parallel was perhaps drawn and then transposed to another paradigm). For example, the French Beljanski Company, which is currently based in the USA, (and was accused of charlatany in France⁹) comes to mind. After having developed products for cancer, which are still marketed today in the USA and available via the Internet in France, the company marketed a product for AIDS in the 1990s (there is no sign of this product today for this indication).

The idea of food supplements enabling the restoration of the organism brings us back to the notion of food supplement, not as understood in its legal status but as a property attributed to a product. This can take two forms: (1) purging: “detoxification of the body” (“Tianshi detoxifying tea”), “favouring the process of natural elimination” (“Energy Pure”, NL France) and (2) tonification: “revitalization, invigoration” (“Spirulina”, Evans Carter) and a “roborant, nutritive substance displaying a rapid regeneration of the convalescent organism” (“Virusinest Complex”).

The idea that good nutritional balance makes it possible to avoid “clogging up” the body and supplies it with elements necessary for proper functioning is widely shared in the North and is a matter of common sense. This representation of diet is meaningful in societies with growing medicalization (or over-medicalization) where health involves the sectors of beauty, sports, diet, etc. It is also characteristic of societies where there is overconsumption. This type of representation is spreading in the South among the middle class. An advertisement for a product that is currently aired on Beninese television channels (Jago milk is presented by a man dressed like a chemist or doctor as a product containing 35 vitamins and minerals necessary for a child’s healthy development) and the numerous radio programs on nutrition bear witness to this preoccupation. It should be noted, not without cynicism, that the arrival of food supplements in the therapeutic space of AIDS was undoubtedly also favored by international recommendations pertaining to nutritional support for people living with AIDS. It is known that recommendations were formulated subsequent to research conducted mainly in Africa, which showed that the consequences of AIDS were all the more serious when the sick person is malnourished or undernourished. Let us remember that a food supplement is not intended to offset malnutrition, but to supplement a normal diet.

HOW DOES SUPPLY MEET DEMAND?

These treatments carry therapeutic ideas and models with them that come from Western societies, but how do they fit into the local healthcare supply? To respond to this question, the discourses of actors from two moments in the “biography of pharmaceuticals” (Geest, Whyte, Hardon, 1996) will be emphasized: prescription and consumption.

⁸ Concerning the circulation of treatments, therapeutic theories also follow the southern route with the same shift from cancer towards AIDS; this is the case of “biological decoding” of Claude Sabbah (personal communication from A. Sarradon).

⁹ In 2002, Act Up, AIDES and the League against Cancer filed a civil suit against the Beljanski products: <http://www.actupparis.org/article500.html>

If an inventory equivalent to that described above¹⁰ is drawn up for the improved traditional treatments circulating in Benin, it has been observed that these products do not *a priori* occupy the same therapeutic territories and that they develop distinct nosological categories. The development of neo-traditional treatments for AIDS is usually based on previous treatments for viral or bacterial pathologies (herpes and hepatitis are the most frequently cited), treatments for local nosological categories considered to be precursors of AIDS (such as Goxuxu: weight loss) and on treatments for pathologies termed “black” or “African,” such as drepanocytosis. The majority of these products are presented either as local alternatives (in the situation of limited accessibility to ARTs and/or without the secondary effects of ARTs) or as treatments capable of curing AIDS (Simon et al., 2007).

Returning to manufactured herbals, we have said that they are mainly positioned as immunostimulants. The antiviral property is, however, not absent. For some twenty imported products circulating in Benin and Togo, eight professed antiviral properties in addition to immunostimulation.

The antiviral dimension sometimes only refers to the opportunistic diseases associated with AIDS: anti “herpes buccalis or genitalis, mycoses, shingles” (packaging for the gel form of “Immunicomplex”), anti “herpes, antiviral” (“Immuboot”) and “herpes, shingles, Karposi’s sarcoma” (“Herbpower”). And, it often remains secondary. The treatment proposed by Tianshi is, for example, composed of immunostimulants and tonics (for which “Spirulina” is also presented as being antiviral), and the definition given for AIDS in their catalogue puts the least emphasis on the immunodepressive dimension: “disease that destroys the immune system of the body and exposes it to all kinds of diseases. AIDS is characterized by the loss of appetite, weight loss, constant headaches, faeces, etc.”.

Finally, it has been observed that two products initially professing an anti-HIV activity are placed differently today. “Virusinet”, whose promoter withdrew it from the market (he distributed it to local physicians), today affirms that analyses conducted among patients do not allow for maintaining the anti-HIV assertion. By the same token, an attentive reading of the successive brochures for “Viralgic” reveals a change in the product’s position from an antiretroviral promising to render the virus undetectable (brochure 1) to an immunostimulant (result of trials published on the Web site), by way of an antiviral, anti “herpes, influenza, chickenpox for healthy persons” (application for registration in Benin). Upon questioning, the product’s “inventor” reaffirmed the antiviral quality of the product but noted that it is locally perceived as an immunostimulant. The interviews conducted with the prescribers of ARTs using these manufactured herbal products show that, in fact, these products are recognized for the quality of immunostimulation or the capacity to treat opportunistic diseases (dermatoses, herpes, Kaposi’s sarcoma). Conversely, prescribers involved in the use of improved traditional medicines mention an anti-HIV activity instead (“Tobakoaks”, “Api-Sida”, “Medoleme”, etc.).

The corollary to the immunostimulant dimension is the fact that these products are presented as complements to ARTs. In the case of companies specializing in alternative products, they claim there is a link to biomedical care for all their products (“there is no medicinal interaction,” FLP catalogue; “does not replace treatment with ARTs” and “this treatment can also be administered to patients under ARTs,” “Viralgic brochure”). Among prescribing physicians who have chosen these products, this is the determining dimension: “if this is something that requires stopping ARTs; that’s just not true” (physician prescribing ARTs, Lomé). Otherwise, their singularity is that they divide the complementary qualities into two phases: pre-inclusion with ARTs to delay the administration of ARTs and post-inclusion to curb the development of opportunistic diseases: “from contamination and seroconversion from 1,000 to a 600 CD4 count. To prevent decreases in the CD4/CD8 ratio and the level of CD4 lymphocytes to maintain a sound immune system; treatment for life; after contamination dating several years, having a lymphocyte level somewhere between 600 and 200 to improve the immune system by increasing or stabilizing the CD4/CD8 ratio to prevent opportunistic diseases and the rapid appearance of declared AIDS; with declared AIDS, below 200 CD4 count. Complementing the treatment with ARTs to stimulate the production of lymphocytes to check viral opportunistic diseases” (“Viralgic brochure”).

¹⁰ The packaging standards of the products are often more rudimentary, and the critical apparatus circulating with these treatments are often insufficient or even lacking.

The fact that one must await eligibility for ARTs continues to be frequently misunderstood element. A televised debate in Benin organized on 1 December 2005 for World AIDS Day invited two opponents—the head of the PNL (national program to fight AIDS) and a tradipractitioner who asserted that he cured AIDS—and came to an abrupt end around this question. The journalist as well as the tradipractitioner accused the PNL director of not providing convincing arguments. Patients' concern about waiting for eligibility for "*amisin daho*" (translation from Fon: "the great medicine") is also understandable. The possibility for a prescribing physician to dispense an original (or even newly introduced, cf. below) pre-inclusion therapeutic treatment with ARTs weighs heavily on patients' decisions (Simon et al. 2008).

Very little information is available about the consumption of these products among people living with AIDS. However, the few interviews conducted with persons consuming manufactured herbals indicate that they are used for different reasons: to cure, to alleviate secondary effects of ARTs (lipodystrophy, nausea), to strengthen the organism and for skin problems (blemishes). Thus treatments are mostly used in combination with ARTs. Regarding the hope to be cured (although certainly no product has put forth such an allegation), it must be remembered that there is an intermediary link between the brochure and the consumer of products diffused in the framework of a direct sales network: the distributor. And in the case of FLP or the Thianshi group, the differences between the direct sales network and a pyramid business (prohibited for several years in Europe given its excesses) are not always clear. For example, as with the case for pyramid businesses, the distributor purchased a minimal stock that cannot be returned to launch activity. This promotes far-fetched allegations. The sick consumers whom we interviewed referred to the testimonies reported by these distributors: "There are people who have experienced it." "When they did follow-up tests some time later, they found nothing, they were negative. That's what motivates me, I want to get rid of the virus" (woman living with HIV, age 27).

For all our interlocutors (consumers and prescribers), the professed arguments for the AIDS indication are in line with the discourses pertaining to the safety and efficacy of these products. While the arrival of these treatments is due to the lack of local regulation in the pharmaceutical sector and that a non-negligible percentage of them are sold within the framework of direct sales companies with questionable operations, it seemed that the consumers and prescribers place these objects on the side of safety and efficacy. One recurrent element is the asserted absence of aggressiveness or toxicity. For the AIDS indication, one can read: "no secondary effects" and "no resistances" unlike the ARTs... More generally, the documentation circulating with these products develops the problematic of iatrogenic pathologies, secondary effects, the high economic stakes around the medicine, the by-products of clinical tests in the South, etc. It is a prominent element in the decisions made by prescribers or consumers: "It's natural. I like everything that is based on plants. Allopathy has its benefits, but also its limits. Since Hippocrates, there have been two schools of medicine, allopathy and the medicine of opposites, which led to homoeopathy. Our parents treated that way" (a midwife).

Anthropological literature pertaining to medicines has already described how, in the context of globalization, one sees both growing popularity and skepticism towards medicines that promote the appearance of other therapeutic models (Geest, Whyte, 2003). Thus, as Nichter underscores, a double movement can be observed favoring, on the one hand, pharmaceutical medicines and, on the other hand, a new relationship to the body, which together favor products dependent on traditional/neo-traditional and alternative therapeutic models (Nichter, 1994). This contributes to the local incorporation of imported products. This can be seen, for example, in the fact that they are arranged beside each other in the pharmacies and "bio" shops, or in the fact that a few improved traditional treatments are included on the list of food supplements for the *Direction des Pharmacies*, with the comment "phytotherapy." This shared platform masks the fractures that exist between imported manufactured herbals and improved traditional treatments.

Nevertheless, manufactured herbals also advance technology enlisted in the production of their products. The "tradition" that characterizes the "improved traditional medicines" takes on a negative value for whatever is deemed "obsolete" and "ineffective" (Tan, 1999). It is contrary to the notion of "industrial technology" considered to be the gauge of effective know-how (precise calibration, repeated gestures, rapid innovations, etc.) and product safety. Hence, these products' efficacy is related to their innovative capacity: "the active principles are extracted, notably by solubilization in different solvents, maceration, distillation, etc. (...) according to the know-how specific to the inventor: new technology in the area of phytotherapy" (Viralgic

documentation). The galenic nature of Chinese neo-traditional treatments also includes them in modernity. In Asia, industrial production of products based on traditional knowledge began at the end of the 19th century (Afdhal F., Welsch R., 1998, Bode, 2002). This is much less frequent in the case of traditional African treatments except for a few products in particular from South Africa (such as “Sutherlandia” or “African Poteteos). Production is usually artisanal, and capsules and gels are still rare among local neo-traditional treatments. Thus, traditional Chinese products that are strengthened by their success even within the pharmaceutical drug industry (e.g. arthemisine) are perceived as being particularly effective. The ease with which they are taken combined with the lack of the pronounced taste that is characteristic of a number of Beninese neo-traditional or traditional treatments (the bitterness gauging their efficacy) is another prevalent argument among consumers: “I also trust our tradition, but the Chinese treatment is easier to take” (man living with HIV, age 34). Emphasis is placed on the production processes that ensure proper preservation of the products. The FLP information gatherings begin with a film screening on the micro-industry, food safety, obtaining quality labels, etc. This type of argument is also found among the consumers, who explain their refusal to resort to improved traditional medicines: “We know that the Americans have prepared the treatments in conditions that are possibly more hygienic, cleaner” (woman living with HIV, age 27).

The distant origin of the treatments is also an element contributing to the attractiveness of these products. It should be noted that, despite being financially inaccessible for a large number of patients, the FLP “flagship” product is one of the best known among people living with HIV with the local name: “yellow bottle.” However, the exoticism, in the sense of unfamiliarity, is potentially dangerous. A seller who regretted the fact that the FLP products were no longer made with a recipe explained this with: “They changed the composition; the product is no longer as pure; we’re not duped.” A man living with HIV, who produces his own aloe juice, explained that he recalls having read that the aloe content was only 70%; “and what’s the rest? I prefer to make my stuff myself; it’s more natural.” Based on its incorporation into the industrial production chain, this exoticism risks pushing some of these products across the “line of combat” in the battle against pharmaceutical medicines.

The arrival of these products in the therapeutic space of AIDS in Africa should be seen in relationship to globalization (accelerated exchange of goods and ideas and the increased movement of people). Although the impact of globalization on the population’s access to medical care has now become the subject of relevant studies, few or no studies have been conducted on globalization understood as the diffusion of alternative therapeutic products (marketing, circulation of information and knowledge concerning these products, modality of choice regarding available products, etc.). This article presents a few descriptive contours of this transfer, knowing that the recent arrival of these products can only lead us to observe the positions and discourses that are still in the process of developing. In this informative article, I wanted to reconstitute the information while taking into consideration the depth of the situation. This was intended as preliminary work on the development of a social critique of the structured and dominating power relationship existing around these medicines.

ACKNOWLEDGMENTS

The results presented here are the outcome of surveys conducted in the framework of two programs “Anthropology of neo-traditional treatments of AIDS in West-Africa: Benin, Burkina Faso, Senegal” coordinated by M. Egrot (UMR 145 IRD/UMR 7043 CNRS) and A. Traoré (Shadei) and funded by the Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites and Sidaction and “Emergent medicine in globalization” coordinated by A. Desclaux (CReCSS/UMR 145 IRD) and funded by the French Ministry of Research (grant Prosodie). I wish to particularly thank A. Desclaux, M. Egrot, A. Traoré, B. Taverne and E. Sambiéni.

BIBLIOGRAPHY

Afdhal F., Welsch R. (1998), “The rise of the modern jamu industry in Indonesia: a preliminary overview”: 149-172, in Van Der Geest, S., Whyte, S.R. (eds.), *The Context of Medicine in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer.

- Akrich, M. (1995), "Petite anthropologie du médicament", *Revue techniques et culture*, 25-26, 129-157.
- Bode, M. (2002), "Indian Indigenous pharmaceuticals, tradition, modernity and nature": 184-203, in Ernst W. (eds.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000, Studies in the Social History of Medicine*, London and New York, Routledge.
- Cho, M., Ye, X., Dobs, A., Cofrancesco, J. (2006), "Prevalence of complementary and alternative medicine use among hiv patients for perceived lipodystrophy", *The journal of alternative and complementary medicine*, 12, 5, 475-482.
- Desclaux A. (2008), "La cueillette des antioxydants, inspirations occidentales des traitements du sida en Afrique", *Workshop Anthropologie des traitements émergents*, Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines, Aix-en-Provence, 19 march 2008.
- Dozon, J-P. (2001), "Que penser de la publicité faite à l'invention d'un remède anti-sida en Côte d'Ivoire", *Transcriptase-Sud*, Paris, 7, 8-10.
- Dagognet, F. (1964), *La raison et les remèdes*, Paris, PUF.
- Dobos, G.J. Tan, L., Cohen M.H., McIntyre M., Baurer R., Li X., Bensoussan, A. (2005), "Are national quality standards for traditional Chinese herbal medicine sufficient? Current governmental regulations in certain western countries and china as the eastern origin country", *Complementary therapies in medicine*, 13, 183-190.
- Egrot M. (2007), "An overview on neo-traditional medicines for AIDS in West Africa", Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings Workshop NAARSP, Satellite AIDSIMPACT 8th International Conference, Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines, Aix-en-Provence, 01 July 2007.
- Eurin, J.J. (1997), "You have to be your own doctor", *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 4, Dec., 498-504.
- 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, 1-6.
- Hsu E. (2002), "The Medicine from China has rapid effects; Chinese medicine patients in Tanzania", *Anthropology and Medicine*, 9, 3, 291-313.
- Le Marcis, F. (2004), "The Suffering Body of the City", *Public Culture*, 16, 3, 453-477.
- Micollier, E. (2007), "Neo-traditional treatments for AIDS in China: national AIDS treatment policy and local use of TCM (Traditional Chinese Medicine)", *Workshop NAARSP, Satellite AIDSIMPACT 8th International Conference*, Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines, Aix-en-Provence, 01 July 2007.
- Nichter M. (1994), "Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice", *SSM*, 39, 11, 1509-1525.
- Pordié L., Simon E., (eds.) (forthcoming), *Les nouveaux guérisseurs, le néo-traditionalisme en biographie*.
- Simon, E. (2003), La promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, enjeux thérapeutiques, religieux et politiques. Thèse de doctorat, Montpellier III.
- Simon E., Egrot M., Traore A., Sambiéni E., Taverne B. (2007), "Biographies of neo-traditional treatments for AIDS circulating in Benin", AIDSIMPACT, 8th International Conference, Marseille, 4 July 2007.
- Simon E., Egrot M., Traore A., Taverne B., Sambiéni E., Sanon, A., Taverne B., Desclaux A. (2008), « Prescrire des traitements néo-traditionnels du sida : analyse des motivations des personnels médicaux et paramédicaux », 15th International Conference on AIDS and STD in Africa (ICASA), Dakar, 6 Décembre 2008.
- Simon E., (forthcoming), "Médicaments néo-traditionnels : questions de définition", in Egrot, M., Desclaux, A. (eds.), *Anthropologie du médicament*.
- Tan, L. (1999), *Good Medicine, Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis.

Van der Geest, S., Whyte S.R. (2003), "Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Cultures et médicaments, Anthropologie et société*, 27, 2, 97-117.

Van der Geest, S., Whyte S.R., Hardon, A. (1996), The anthropology of pharmaceuticals: a Biographical approach, *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.

Zimmerman, F. (1995), *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*, Paris, Presses Universitaires de France.

7.6. BIOGRAPHIE D'UN TRAITEMENT: HANGBIDI, LINKPEYO ET SOLOJAKPIN

Emmanuelle Simon

La notion de « biographie » du médicament est largement utilisée en anthropologie. Ce chapitre montre l'intérêt de son usage. Il permet également d'observer l'une des multiples configurations du rapport entre « médicament » et « traitement », qui ne peuvent être simplement considérés comme deux niveaux du dispositif thérapeutique.

DESCRIPTIF DU TRAITEMENT

Le traitement du sida proposé par Dossou Yovo est composé de trois voire quatre produits :

- Hangbidi « *prévention et traitement du zona sida* » (huile)
- Linkpeyo « *traitement curatif du VIH sida* » (poudre à mélanger à du miel)
- Parfois, il faut ajouter les trois premiers mois le produit Solojakpin « *Ce produit appuie le linkpeyo pour accélérer la guérison* ».
- Si le patient est très faible, on ajoute aussi Kossohouenle (traitement de la : « *drépanocytose* » « *l'anémie chronique, la dépression nerveuse et la fatigue générale* »). Consommer ce produit permet d'« *avoir plus de sang* » « *monter les globules* ».

Les produits n'ont pas été vus. Ils sont fabriqués à l'intention des malades à la différence des autres produits vendus par Dossou Yovo (il explique qu'il doit faire ainsi car il n'a pas l'autorisation des autorités pour prendre en charge le VIH/sida).

Selon lui, la guérison est obtenue à l'issue des 10 mois de traitement, mais il faut attendre 3 ans pour s'assurer qu'il n'y a pas de rechute. Le mécanisme d'action du produit est décrit comme suit « *attire le virus des cellules vers la chair, anéantit le virus dans le sang, tue le virus en circulation dans le corps, propulse le virus par l'urine et les selles, régénère les éléments détruits par le virus* ».

En plus du traitement, il convient de respecter certains interdits alimentaires : l'huile rouge (« *qui détruit tous les médicaments, de pharmacie ou médicaments traditionnels, c'est l'effet de l'acide* »), haricots, gombos, œufs, papaye, pomme sauvage. Selon Dossou Yovo, ceux qui « *échouent c'est les interdits, une femme qui me dit qu'elle n'a pas pris d'œuf, et on a cherché elle a mangé du gâteau* ». En prévention du VIH/sida, il convient de manger du cochon « indigène », de la papaye et des pommes sauvages (ces deux derniers aliments permettant d'éviter d'attraper des virus mais ne devraient pas être consommés une fois malade).

Il est aussi nécessaire d'être pris en charge à temps : « *La chance de guérison serait trop mince lorsqu'on laisse le mal déjà trop avancer et que le patient se trouve à moins d'un an de vie. Toutes les défenses de l'organisme étant détruites, les régénérer demande plus de temps* ». « *le sida trop avancé ne guérit pas comme tout mal d'ailleurs* » p. 135.

Le coût du traitement est de 22.000 FCFA (33 euros) par mois durant 10 mois. Dans le cas où « Solojakpin » est adjoint aux autres produits, le prix est alors de 42.000 FCFA (63 euros) les trois premiers mois.

HISTOIRE DE L'APPARITION DU TRAITEMENT DANS LE SYSTEME DE SOINS

L'ELABORATION DU TRAITEMENT

Ces « recherches » selon ses propres termes ont commencé en 1990, à la suite d'un séminaire à l'INFOSEC (Institut de formation Sociale Economique du Ministère de la Santé) à Cotonou sur les modes de transmission et les signes cliniques du sida, EZ rencontre son « *premier cobaye* » (*Le VIH sida, la haute sorcellerie béninoise*, p.5). Face à ce cas, il a peur d'échouer mais se souvenant du séminaire, il se souvient qu'au moins à défaut de guérir, il pourra « le débarrasser des affections secondaires, comme la fièvre, la fatigue, le vomissement, la diarrhée, etc. ».

Il commence en puisant dans le stock de recettes disponibles : il lui administre « Jezohansa » un traitement des infections du sang et « Hegbago » (arrête la diarrhée). Mais après deux semaines de traitement sans résultat, il repense au séminaire de l'INFOSEC.

Il affirme qu'un intervenant expliquait en substance ceci « *il suffit de prélever un bouchon de gin rempli d'eau de javel dans un verre et d'y ajouter 9 bouchons de gin remplis d'eau potable, le virus meurt quelques minutes après. Néanmoins le virus ne mourra pas si l'eau potable n'atteint 9 bouchons* » « *à partir de cette explication nous nous sommes fait une idée* ». « *Neuf bouchons d'eau potable contre un bouchon d'eau de javel, cela signifie que le virus est si faible qu'il faut diluer l'eau de javel jusqu'à le rendre insignifiant* » « *automatiquement nous avons résolu depuis ce jour que la médecine moderne qui ne s'accroche qu'à des choses sophistiquées aura bien du mal à venir à bout de cette affection* ». (Cf. *Le VIH sida, la haute sorcellerie béninoise*, p. 29)

« Ainsi nous recourûmes à la feuille la plus élémentaire qui possède la vertu du traitement des infections vaginales. ».

Il choisit aussi cette plante élémentaire d'origine américaine, car : « *On disait que c'était les Américains qui ont inventé le sida, qu'ils faisaient une expérience sur les prisonniers, mais que les prisonniers se sont échappés, et qu'ils n'ont pas eu le temps de terminer l'expérience, c'est comme ça que les prisonniers ont diffusé ça* » « *c'est ça qui m'a donné l'idée de sortir une plante américaine que je connais* ».

Il explique aussi au sujet du chemin parcouru dans l'élaboration de ces produits : « *la seule différence qu'on pourrait enregistrer entre le sida et les autres virus est l'implication de : « la main de l'homme » : « selon les rumeurs, le virus du VIH sida aurait été une pure invention de l'homme. L'objectif de cette manœuvre serait de réduire la population mondiale toujours en accroissement* » « *si tel était le cas, c'est déjà pour nous un argument solide de recherche. Les ancêtres béninois inventaient des virus de la variole, de la tuberculose, de la lèpre, etc. pour régler des comptes avec certaines personnes. Il y avait des antidotes pour neutraliser ces virus. De la même manière nous sommes à même de lutter efficacement contre celui du VIH sida. Il y avait une méthode préventive pour épargner la population de ces affections contagieuses. Nous puissions habilement dans ce vivier inépuisable* » p. 115. Il liste différentes maladies provoquées dont on peut s'inspirer : variole, rougeole, tuberculose, lèpre, hypertension artérielle, diabète, folie, cécité, cancer, paralysie, choléra. Il ajoute que si on avait consulté tous les plus grands vieux, la situation serait différente car ils étaient « capables d'arrêter la propagation du virus » et « à même de découvrir des antidotes ou des contre-indications dont ils se serviraient comme de vaccin ». Ainsi, il serait actuellement à la recherche d'un vaccin contre le VIH.

L'APPARITION DU TRAITEMENT DANS LE SYSTEME DE SOIN LOCAL

En juillet 1995, il fait paraître le témoignage de son premier malade dans le Gazette du Golf (n°141 du 26/07 au 01/08). Il a ensuite présenté le cas de son malade lors d'un séminaire à Porto Novo. A la suite, de ce séminaire, le président de l'association nationale de tradipraticiens (ANAPRAMETRAB) ainsi qu'un médecin,

l'ont invité à emmener son patient au CHDO pour faire les examens appropriés. Il accuse alors le corps médical de ne pas vouloir reconnaître sa découverte car on lui affirme alors qu'il n'y a pas de réactif (probablement vrai en 1995).

Là commence un temps de prise de contact avec le corps médical et les institutions sanitaires nationales et internationales. En 1999, il envoie un courrier à l'OMS dans lequel il sollicite leur appui pour expérimenter son produit afin ensuite d'obtenir un brevet. En 2000, il sollicite le Directeur départemental de la santé de l'Ouémé dans le but de mener des expérimentations au CHDO. A ce sujet des rumeurs (non vérifiées) circulent selon laquelle un infirmier du CHDO lui aurait alors fourni des patients.

A la même époque, il contacte le Ministre de l'intérieur et de la sécurité publique sur un thème nouveau qui sera ensuite récurrent dans ces interventions médiatiques, il sollicite en effet le Ministère pour la : « *protection du tradithérapeute pour les tentatives de biopiraterie qu'entraînerait la réussite de son produit contre le sida* ». Il envoie un autre courrier similaire à la Ministre de la Santé. Il raconte dans ce courrier comment un « para commando » serait venu lui rendre visite en lui conseillant fortement de contacter l'OMS (ce qu'il fit). Ce dernier serait revenu quelques semaines plus tard avec un radio cachée dans sa poche, « cette radio après avoir certainement fini d'enregistrer nos propos, s'était mise à émettre à partir de sa poche interne » p. 113.

D'après ses dires, il serait ensuite de manière récurrente le sujet de nombreux complots. A partir de 2004, il dit avoir reçu les patients de manière systématique en faisant des analyses avant et après le traitement (taux de CD4). Un unique laboratoire aurait été sollicité. Aussi, ce laboratoire lui aurait offert une somme de 4 milliards de dollars afin qu'il cesse ses activités. Il rapporte qu'on lui aurait expliqué que ses activités faisaient du tort à ceux qui « vivent du sida ».

Toujours en 2004, il aurait été victime, selon ses propres dires, d'une tentative d'enlèvement qu'il décrit en ces termes : à la sortie d'une formation donnée par une ONG à l'INFOSEC, on lui propose de l'emmener car des Américains sont intéressés par ce qu'il fait, qu'il doit monter tout de suite, il a refusé et ils ont disparu.

En 2006, il me parle d'un événement survenu récemment : un ancien client serait venu avec deux de ses médicaments qu'il lui avait vendu il y a deux ans. Les deux bouteilles étaient à moitié pleines, « et il les agitait comme ça devant moi, que mes médicaments ne marchent pas. Il agitait la bouteille en disant que celle de sa femme travaille encore mais pas la sienne qu'il fallait sentir ça, moi j'ai eu le réflexe de m'écartier ça de mon nez, mais deux jours après, j'ai senti une pression au niveau du cœur, parfois même comme si c'était vide. On a cherché à m'empoisonner, je ne sais pas ce qu'ils ont mis dedans pour qu'ensuite je respire le gaz ? ». Il explique que le même patient accompagné d'un Docteur seraient revenu pour renverser sur lui une « boîte de rayon X ultra violet » (?).

Puis en mai 2007, il aurait alors été victime d'un malade revenu lui faire cadeau de quatre objets blindés d'explosifs (un ours en peluche, une enveloppe, un sparadrap et une gourde).

Finalement, l'acteur entretient assez peu de relations avec les acteurs du système biomédical. Son produit ne s'obtient qu'à son « cabinet » et n'est pas prescrit ou conseillé par des acteurs du système de santé biomédical comme peuvent l'être d'autres produits. La renommée de son produit va ainsi surtout se construire sur ses communications répétées dans les médias qui vont se montrer très friands d'une de ses allégations concernant la guérison du sida (plus de 200 malades guéris d'après lui), de deux de ses dénonciations de complot à l'encontre de sa personne.

En mars 2000, il lance un communiqué à la radio Wêkê : « la bonne nouvelle de la découverte d'un médicament du VIH/sida ». Il y a eu ensuite, sur le même thème, un débat contradictoire en 2002 sur LC2 avec le Représentant du Ministère de la Santé, puis en 2004 GolfTV avec Zohoun (Pr. Médecin, maintenant affecté à la transfusion sanguine mais figure emblématique de la prise en charge des PvVIH au Bénin), puis en 2005 avec Zannou (médecin prescripteur d'ARV, alors coordonnateur du PNLS) et 2006 en fin lors de l'émission Hwenusu sur Golf TV. Puis en juillet 2007, il fait à nouveau parler de lui dans la presse en organisant une conférence de presse durant laquelle il retrace l'ensemble de ces agressions et tentatives d'enlèvement affirmées. Ceci est relayé dans la presse notamment sous le titre de « les troublantes

révélations du tradipraticien » (L'autre quotidien, n°738) avec la conclusion qui s'impose : « face à toutes ces tentatives d'assassinat et d'enlèvement, le conférencier se demande si les produits inefficaces comme le disent certains pourraient donner lieu à tant d'acharnement : certainement pas » (Adjinakou, n°895, 27/07/07). Lors de notre séance de restitution auprès des thérapeutes cette question des risques encourus pas Dossou Yovo a été soulevée par la salle.

UNE FIGURE DE THERAPEUTE

Dossou Yovo est un thérapeute traditionnel très populaire dans les différentes villes du sud-Bénin. De nombreuses personnes connaissent même sa devise qui est « la plante et non le fétiche ». Il a un parcours classique. Suite à une maladie infantile survenue à l'âge de 8 ans, sa mère l'orienta vers un thérapeute traditionnel qui le prend comme apprenti. Il devient fonctionnaire et en 1975 démissionne pour se concentrer uniquement à son activité de thérapeute (qu'il exerçait secondairement auparavant). Dès lors il se consacre à la promotion de la pharmacopée et publie différents petits ouvrages (en français et en fon). Il devient responsable du GTO groupe de T de l'Ouémé fondé en 1984 et installé au sein du CHDO. Je l'avais alors rencontré dans le cadre de ma thèse de doctorat sur les initiatives de promotion des médecines traditionnelles et à la fin des années 90. Son cabinet était parmi les plus imposants observés. Au secrétariat, sa fille vend ses publications sur la pharmacopée. A la pharmacie, bien achalandée, il vend ses produits mis en bouteille, pommade ou toute autre présentation. Les activités du GTO sont presque inexistantes aujourd'hui et il a depuis créé une ONG consacrée à la médecine traditionnelle. Il explique aujourd'hui être le « doyen » des tradipraticiens au Bénin « il n'y a personne qui est plus vieux que moi dedans maintenant au Bénin ».

Revenons à ce séminaire de l'INFOSEC auquel Dossou Yovo fait remonter le début de ses recherches sur le sida. Ce séminaire s'inscrit dans une longue liste de séminaire à destination des thérapeutes mis en place depuis 1978. Dossou Yovo était présent à la plus grande partie d'entre eux, puisqu'il est une figure de la promotion des médecines traditionnelles au Bénin (ANAPRAMETRAB, GTO). On voit ici clairement, l'impact des programmes en MT sur l'émergence de ces produits. Le paradoxe étant que longtemps ces formations avaient pour objet surtout l'implication des thérapeutes dans la prévention de la maladie et visaient à les encourager à orienter les malades vers le système de prise en charge biomédicale.

QUESTION DE LEGITIMATION ET ENJEUX

La référence à la tradition est très forte dans la pratique de cet acteur. Il explique « *moi je ne connais rien dans VIH ou dans sida, c'est le virus que je traite* » et poursuit en disant « *chez moi, c'est terre, à terre* ». Il veut dire que c'est la tradition qui guide sa pratique.

Sa représentation de la maladie est de type traditionnel, il classe ainsi le sida dans les maladies du sang comme on peut le voir à travers sa première tentative de traitement avec le « Jezohanza » ou encore l'utilisation du « Kossouhounle » traitement de la drépanocytose pour les malades très faibles dans le but de leur « redonner du sang ».

Au delà de la représentation du mal, ce sont aussi des représentations généralement partagées des mécanismes d'action des médicaments qui peuvent être mobilisées par le thérapeute. Le virus est évacué dans les selles et les urines. Cette conception populaire selon laquelle une maladie entendue comme une impureté polluant le corps puisse être évacuée dans les selles et les urines est assez courante dans la sous-région. Ce mécanisme d'action est d'ailleurs avancé par d'autres promoteurs de produits en particulier pour le Metrafids.

D'après lui, le diagnostic de la maladie peut être fait par une méthode traditionnelle : il explique que : « *d'autres affections connaissent les mêmes manifestations ; seulement, celles du VIH sida résistent aux effets de tous les médicaments* ». « *Cela signifie clairement que le diagnostic du VIH sida peut se poser en médecine traditionnelle lorsque après l'utilisation de médicament qui guérissait une maladie similaire, n'arrive pas à guérir celle-ci, mais plutôt, l'aggrave* ».

Enfin, d'après lui, les vieux auraient été capables de juguler la maladie, eux qui sont spécialistes des antidotes face aux maux provoqués. Ce glissement des antidotes traditionnels vers la mise au point d'un vaccin est récurrent chez les différents thérapeutes affirmant avoir mis au point un traitement préventif.

En même temps, il développe un pseudo-discours scientifique. L'ensemble du vocabulaire médical vulgaire y a été utilisé pour décrire le VIH/sida et les maladies opportunistes : « *une affection microbienne* », « *germes* », « *maladies vénériennes* », etc. On a là un emprunt classique au vocabulaire biomédical qui ne saurait aujourd'hui être ignoré des thérapeutes. Ces emprunts au discours biomédical relèvent du sens commun et de représentations généralement partagées. La confusion entre les entités pathologiques biomédicales citées par le guérisseur évoque finalement les « *nouvinnouvi* » (petite chose) terme générique dans la langue locale employé de façon indifférenciée pour chacun de ces termes.

On peut aussi rappeler que Dossou Yovo affirme demander l'ensemble des analyses à ses patients. La réputation d'un thérapeute se construit sur les témoignages. En fait, les analyses photocopiées et montrées au nouveau patient fonctionnent chez lui comme des témoignages.

On a vu que Dossou Yovo avait peu de relais dans le monde biomédical et une connaissance élémentaire de son vocabulaire. En fait, il fonde une partie de sa légitimité, en critiquant la médecine moderne et ses outils dans sa capacité à lutter contre la maladie. Rappelons par ex. qu'il explique que pour bénéficier de l'efficacité de son médicament cela implique le respect d'un délai respectable entre l'étape de contamination et celle du traitement. Dans le contexte du sida et de ses traitements, ceci a un retentissement particulier. Le fait qu'il faille attendre d'avoir des CD4 inférieure à 200 pour bénéficier des ARV apparaît comme une absurdité (« *selon leur méthode, la séropositivité n'est qu'un parenthèse. Il faudra attendre 200 CD4 avant de penser à un début de traitement non encore convaincant* ». p. 128). Et il déclare même à ce propos dans un élan de colère dans un entretien « *Les ARV, ça c'est rien* ». Il explique aussi que le caractère naturel de son produit « *motive davantage les patients qui craignent la toxicité des médicaments modernes* » p. 45. Ceci est en partie vrai puisque certains patients ayant peur des effets secondaires des ARV préfèrent aller vers le secteur traditionnel après leur dépistage.

Enfin, cet acteur utilise ses histoires de complots contre sa personne comme un argument de légitimité : il n'y a pas de fumée sans feu, pourquoi comploter contre lui si sa découverte n'était pas importante ? Il explique que bon nombre de médecins et assimilés profiteraient de l'existence de cette maladie pour « *bouffer* » comme on dirait « *s'engraisser* » et que personne n'aurait intérêt à voir sortir son médicament. Il écrit p. 126 « *le VIH sida est un maladie comme les autres. Si particularité il y a cela ne peut que résulter de la politique d'exploitation économique qu'en font les autorités sanitaires* ». En disant cela il rencontre une opinion généralement partagée chez les PvVIH au Bénin.

Il explique que s'il peut encore parler librement de ses activités malgré tous les intérêts contraires cela est lié au fait que : « *les autorités me connaissent, ils me respectent, ils savent ce que je fais, si ce n'était pas ça, ça ferait longtemps qu'ils m'auraient viré, mis en prison, mais ils ne peuvent pas, les autres, on les a fait taire* ». Cela renforce son statut et sa crédibilité.

Mais en réalité, le complot désigné par Dossou Yovo relève d'une bien plus grande échelle que l'échelle nationale : « *chaque fois que nous nous entretenons avec des visiteurs, ces derniers ne se lassent pas de nous répéter : le sida est une affaire de gros sous – les occidentaux vont vous éliminer* » p. 114. ou encore p. 103 « *nous avons mis fin aux divers traumatismes que le monde subit à travers les méfaits du sida. C'était notre vision, hélas ! Nous n'avons pas envisagé qu'une magouille internationale pouvait s'organiser aux prix des dollars pour décimer, à défaut des guerres, des peuples appauvris* ».

Dossou Yovo reprend en fait des thèses complotistes de type eugénistes et si son recours à la terminologie médicale peut être taxé de pastiche, pour autant ces produits tels qu'ils sont élaborés et les discours qui les entourent sont très précisément inscrits dans une époque mondialisée d'accélération de la circulation des objets et des idées.

Ainsi, on l'a vu tout à l'heure, pour « *inventer son produit* », il part des discours selon lesquels le virus aurait été inventé aux USA et expérimenté sur des prisonniers. Cette rumeur est vieille de 20 ans et est née aux USA pour se diffuser ensuite de manière internationale. Elle est articulée dans son discours à une forme d'afrocentrisme antioccidentale :

Il explique : « *selon les rumeurs, le virus du VIH sida aurait été une pure invention de l'homme. L'objectif de cette manœuvre serait de réduire la population mondiale toujours en accroissement* ». Il poursuit en critiquant le mode sexuel de transmission de la maladie « *Le virus a été créé par les occidentaux, quand ils parlent de facteurs sexuels, non, il y a beaucoup de non-dits dans cette affaire. Il y a des médicaments qui contiennent le virus, ils contaminent les gens, des médicaments qu'on a finalement interdits dans le commerce car ils contaminaient les gens* ». Aussi conseille-t-il à ces malades de « *cesser de se considérer comme un être diminué et exclu. Il doit se départir de cette idée-là qui fait croire que le VIH sida s'est contracté souvent que par le rapport sexuel* ».

Aussi, il critique les politiques de prévention qui iraient à l'encontre du développement : le condom, l'abstinence seraient tous deux une manière d'empêcher l'Afrique de se développer, je cite : « *en réalité, tout comme l'esclavage avait permis aux occidentaux le développement de leur pays, les mesures actuelles non seulement contribuent efficacement à l'élimination de la population africaine, mais elles lui interdisent encore de se développer pour éprouver à la longue une quelconque résistance lors d'une probable reconquête du continent* ». Il conclue : « *l'arme étant le virus à quoi on donne le champ libre pour nous exterminer, nous exhortons le peuple africain en général et du Bénin en particulier à une vigilance de tous les instants* ».

Il est intéressant d'interpréter ces déclarations en ayant en tête les travaux de Didier Fassin sur la position de Tabo Mbecki face à la dissidence du sida entre 1999-2000. D'après l'auteur lorsque les africains vont dans le sens du déni du sida et de la mise en cause de la domination occidentale supposée avoir inventé le virus à des fins génocidaires, « *à les entendre plus attentivement, ils indiquent à leur façon que l'Afrique a beaucoup de difficultés à accepter l'actuelle rhétorique occidentale qui consiste à lui imputer la totalité de ses malheurs dont le sida servirait en quelque sorte de parangon* ». (Fassin, 2007, p. 216). Cette approche m'apparaît d'autant plus éclairante qu'elle est rapprochée des travaux de Dozon montrant combien l'image de l'Afrique comme « terre matricielle » du sida « *quelle que soit sa véracité scientifique, une telle imputation eut, dès le milieu des années 1980, l'avantage, pour un monde occidental sidéré par la survenue d'une nouvelle « peste », de situer l'origine de celle-ci en dehors de lui-même et, inversement, le désavantage de laisser aux africains que certaines de leurs pratiques ou de leur coutumes (rituelles ou sexuelles) en étaient peu ou prou responsables* » (Dozon, 2004). En inventant une autre origine à la maladie, d'autres mécanismes de transmission, Dossou Yovo ne serait-il pas en effet en train de dire à sa manière (bien sulfureuse) son refus de ce type de discours ?

8. ANALYSES TRANSVERSALES. SAVOIRS ET SYSTEMES DE DIFFUSION

8.1. INTRODUCTION

Alice Desclaux

L'association des savoirs et des « systèmes » de diffusion des médicaments émergents dans la même partie mérite quelques explications. Ces deux termes sont utilisés dans une approche « extensive », alors que le terme « savoir » implique une structuration probablement peu présente dans les ensembles de représentations, non nécessairement articulées de manière logique et rationnelle, dont il est question ici ; le terme « systèmes » implique également un volume et une organisation qui dépassent ceux des réseaux de diffusion de nombreux produits évoqués dans ce rapport. Cette partie renvoie à l'une des démarches les plus abouties de l'anthropologie sociale et culturelle, qui consiste à analyser les interrelations entre système social et système de sens, ou, de manière plus limitée, entre significations et organisation sociale autour du médicament. Sans prétendre atteindre cet objectif trop ambitieux s'il était appliqué à l'ensemble de notre domaine d'étude, cette partie a pour propos de décrire certains modes ou contextes locaux de prescription et diffusion, et les notions qui leur sont associées.

Dans son analyse des médicaments contre le paludisme diffusés sur le marché informel au Bénin, Carine Baxerres présente une typologie des produits en fonction de leur origine, qui distingue les médicaments du Nigéria et du Ghana (généralement produits dans ces pays, en Inde ou en Indonésie, peu coûteux et interdits à la vente au Bénin), les médicaments « français » ou « de la pharmacie » (similaires à ceux que l'on trouve dans les officines, mais à un tarif moins élevé -quoique coûteux-, provenant du Bénin, produits dans les pays développés), et les médicaments « Pharmaquick » (du nom de la firme qui produit des génériques au Bénin, en provenance des pays côtiers ou de génériqueurs indiens, peu coûteux). Carine Baxerres analyse les contraintes qui pèsent sur l'approvisionnement du marché informel qui, selon la catégorie, suppose que le diffuseur aille chercher ses produits dans le pays de production, l'importe par le biais de grossistes, ou profite du coulage à partir des services de soin ou de « réorientations » de dons de médicaments. Les contraintes sont assez spécifiques d'une politique du médicament assortie d'un environnement juridique, comme le montre la comparaison avec l'approvisionnement au Nigéria et au Ghana. L'auteur montre l'impact de la libéralisation du marché du médicament sur les modalités d'approvisionnement, qui entretiennent la co-existence des trois catégories de produits, chacune parée de représentations propres concernant l'efficacité et la qualité des médicaments.

Les deux chapitres suivants sont consacrés à la pratique d'essais cliniques concernant les « traitements émergents ». Mathilde Couderc présente l'analyse d'un essai réalisé à Dakar concernant l'efficacité de la spiruline dans le traitement des personnes vivant avec le VIH. Tout d'abord, l'auteur « contextualise » cet essai en décrivant l'organisation de la recherche clinique dans le système de soin sénégalais, et situe les connaissances produites par la recherche clinique en matière de thérapies traditionnelles concernant le VIH. Généralement considérée comme un complément alimentaire, la spiruline, une algue d'eau douce, fait l'objet d'allégations qui lui attribuent une activité antivirale, mais son utilisation n'est pas promue par les médias ou les associations de personnes vivant avec le VIH du Sénégal. Des entretiens menés avec l'ensemble des acteurs de l'essai (professionnels de santé et patients) montrent que l'essai soulevait des questions concernant le consentement à participer, le déroulement ou la sortie, analogues à celles soulevées par des

essais cliniques de produits pharmaceutiques. Les particularités de cette étude résidaient dans le financement exclusivement local d'un essai réalisé par une équipe de recherche entièrement africaine (situation exceptionnelle dans un site où la plupart des essais sont réalisés par des équipes internationales sur financement extérieur), l'appui de personnes extérieures au monde scientifique et disposant d'un capital social important et d'un pouvoir d'influence (par exemple l'épouse du Président), l'environnement relativement critique de la part d'autres professionnels de santé qui considéraient le protocole comme peu rigoureux, et l'implication subjective d'un des médecins cliniciens expliquant aux patients les bénéfices d'un traitement -que l'état des connaissances ne permettait pas d'anticiper. L'analyse montre que les règles éthiques et méthodologiques de la recherche ont fait l'objet d'interprétations dans cet essai, qui semble impliquer de manière exceptionnelle des acteurs (autorités locales, ONG, médecins) n'appartenant pas au monde social de la recherche.

Dans un chapitre sur les questions d'éthique soulevées par la recherche sur les traitements néotraditionnels du sida, l'équipe du programme Prosodie commence par rappeler que sur 75 produits collectés sur les trois sites, seulement trois ont fait l'objet d'essais cliniques, 25 ont fait l'objet d'un suivi (qualifiable de « cohorte observationnelle ») par un professionnel de santé qui était souvent le promoteur du produit. L'analyse de l'ensemble de ces études montre que le coût du traitement était à la charge du patient dans six cas sur sept, constate de nombreux manquements à l'obligation de confidentialité ou aux principes de rapport bénéfice/risque favorable au patient, à ceux d'autonomie de la personne et d'indépendance des investigateurs. De plus, les produits font l'objet d'essais cliniques alors que les études pharmacologiques de toxicité peuvent faire défaut. Les auteurs replacent cette « insuffisance » en matière d'éthique dans un contexte où les réglementations semblent être lacunaires, et les documents clé de l'OMS (tels que le guide sur les « Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle »), imprécis et peu rigoureux, ne sont pas à la hauteur des enjeux, notamment celui de la défense des patients du Sud. Ces deux articles révèlent, au-delà des questions traitées par les auteurs, le statut de l'expérimentation clinique autour des produits néo-traditionnels : l'intention des promoteurs n'est pas de savoir si le traitement est efficace, mais plutôt d'en montrer une efficacité présumée, pour un produit souvent déjà diffusé. L'essai clinique vise davantage à parer le produit d'une image de scientificité et à permettre l'obtention d'autorisations administratives qu'à en préciser les conditions et limites d'utilisation ou l'intérêt.

L'analyse de l'ONG Prometra présentée dans le chapitre d'Emmanuelle Simon a débuté avant la mise en place du programme Prosodie. Les données recueillies au cours du programme à propos du Metrafoids ont permis d'actualiser certains aspects de cette analyse, justifiant l'insertion dans ce rapport de ce chapitre inédit, revisité. L'ethnographie de cette ONG permet de comprendre la logique sous-jacente au processus de création d'un traitement néo-traditionnel, jouant sur les usages des savoirs autour de la pharmacopée locale, qui apparaissent davantage comme un cadre légitimant que comme une « source » pour la production de nouveaux traitements. De même, les thérapeutes traditionnels impliqués dans l'association semblent davantage accroître le pouvoir et le statut personnels du président de Prometra censé les représenter que contribuer à une œuvre collective. La mise au point d'un traitement pour le sida, éclairée par la signification attribuée à l'épidémie dans le discours du président, apparaît destinée à répondre à des préoccupations d'ordre politique et religieux, davantage que thérapeutique. Ceci pourrait expliquer le peu d'empressement de la Prometra à diffuser « son médicament ». Dans ce cas, le « savoir » -qu'il soit botanique, pharmacologique ou autre-, a peu de place dans la construction du sens du médicament à côté de l'idéologie ou du mythe.

Avec Forever Living Products, une organisation de vente directe diffusant des traitements composés de plantes telles que l'Aloe vera, des fruits et légumes, des oligoéléments et des « produits de la ruche », les références combinent la Nature bienfaitrice et la Science validante. Les produits sont définis comme des compléments nutritionnels pour des raisons juridiques et parce que cette catégorisation ouvre un marché beaucoup plus vaste et d'accès plus aisé que celui des seuls « médicaments » en les destinant à la fois aux malades et aux personnes en bonne santé. Dans ce système, les usagers du traitement en sont aussi les diffuseurs, intéressés à la vente et « partenaires de FLP ». Pour diffuser leurs produits, ils jouent un rôle d'éducateurs sanitaires, enseignent les indications et les mécanismes d'action qui font appel à des notions élémentaires de physiologie et de nutrition -telles que la notion-vedette de « anti-oxydant ». Dans ce

système, chaque usager-distributeur peut à la fois améliorer sa santé et sa situation sociale, s'il suit le parcours ascendant que lui promet la firme au prix d'un volume de travail et d'une volonté affirmée. Ce modèle, où l'épanouissement de chacun se nourrit d'un mélange de compétition et d'entraînement collectif au sein de la firme, semble particulièrement efficace sur le plan du sens, transformant la situation de vulnérabilité et de demande des personnes en opportunités d'ascension sociale et d'activité lucrative ouverte quel que soit leur profil social. Le « savoir » associé aux traitements n'est pas très élaboré ; culturellement marqué par son origine nord-américaine, assorti de modes et d'outils de communication efficaces, il participe à une redéfinition du rapport au corps loin des « traditions africaines ».

Ces résultats montrent la diversité des systèmes et des contextes de diffusion, malgré quelques limites : l'enquête n'a pas pu documenter le rôle des associations de PvVIH dans la diffusion de ces produits que de manière très limitée.

8.2. D'OU PROVIENNENT LES MEDICAMENTS DU MARCHE INFORMEL ? TENTATIVE D'ANALYSE DE L'OFFRE INFORMELLE DE MEDICAMENTS A COTONOU

Carine Baxerres

Des pratiques de vente et d'achat de médicaments pharmaceutiques industriels hors du cadre formel imposé par l'Etat et les institutions sanitaires internationales semblent avoir doucement émergé en Afrique de l'Ouest peu de temps après la diffusion de ces produits par les autorités coloniales (années 1950). Cependant, il a fallu attendre les années 1980 pour que les anthropologues se saisissent de ce phénomène, stimulés par l'ampleur sans précédent qu'il prend à cette époque. Des informations éparses apparaissent sur cette question dans la littérature et c'est Sjaak Van Der Geest qui le premier propose en 1982 une exploration bibliographique du sujet à partir d'études menées dans divers pays en développement d'Afrique, d'Amérique Latine et d'Asie (Van Der Geest, 1982). C'est à cette époque, incitée par l'insertion de médicaments pharmaceutiques dans la vie des populations partout sur la planète, que l'anthropologie du médicament émerge¹.

Depuis, ont été développées des études sociologiques et anthropologiques ayant pour objet, principal ou connexe, le marché informel du médicament². Une revue de la littérature pousse à faire le constat que la discipline anthropologique s'est surtout appliquée à comprendre ce phénomène et à le qualifier au regard du rôle qu'il joue dans les itinéraires thérapeutiques des malades. C'est surtout à travers les usages qu'en font les populations que la compréhension de ce phénomène a été recherchée. Des facteurs explicatifs de type économique (vente au détail, à moindre coût, à crédit), géographique (forte présence des vendeurs), pragmatique (vente rapide, à toutes heures du jour et de la nuit), social (proximité sociale des vendeurs, discrétion face aux problèmes de santé rencontrés) et culturel (similarité des perceptions des vendeurs et des acheteurs en matière de santé, de maladies et de traitements) ont ainsi été mis en avant (Van Der Geest, 1982 ; Jaffré, 1999 ; Whyte, 2002 ; Touré, 2005 ; Baxerres, 2006 ; Pale, 2006). Dans ces différentes études, les avantages que procure le marché informel dans l'accès aux médicaments sont généralement comparés à l'offre formelle. Divers dysfonctionnements des systèmes formels de santé en matière de délivrance et de distribution des médicaments sont ainsi soulignés : insuffisance du nombre de structures de santé, pénuries de médicaments, attente importante et mauvais accueil réservés aux malades dans les structures de santé, distance sociale entre soignants et soignés, coût trop élevé des médicaments dans les officines privées, etc.

¹ Je remercie Doris Bonnet et Albert Tingbe Azalou pour leurs conseils théoriques et méthodologiques, Jean-Yves Le Hesran pour les échanges et réflexions au croisement des sciences biomédicales et sociales, Abel Madjid Adalakoun pour la mission qu'il a réalisée, dans le cadre de cette étude, au Nigeria et enfin les personnes auprès desquelles j'ai enquêté et qui m'ont permis, par l'amitié et la confiance qu'elles m'ont témoigné, de réaliser cette étude

² J'ai choisi le qualificatif « informel » pour désigner ce marché du médicament en suivant la définition que donnent de l'économie informelle Bruno Lautier, Claude de Miras et Alain Morice : « *l'informel, c'est ce qui manque des formes imposées par l'Etat, (...). C'est bien dans le rapport à l'Etat que l'on situe toujours le centre de la définition de l'informalité* ». Ils précisent que « *l'informel a des formes si l'on entend par là des rapports sociaux structurés et structurants, même s'ils ne sont pas ceux que la loi prescrit* » (Lautier, 1991, p.6 & 14). Même si cet adjectif est souvent remis en question dans le cas du marché des médicaments en Afrique car il se pratique au vu et su de tous, je maintiens qu'il est, dans la perspective que je propose et en partant du cas du Bénin, opératoire. L'appareil d'Etat est constitué de plusieurs acteurs qui ont des positions contrastées sur le sujet mais dont une partie d'entre eux, et notamment ceux qui contribuent à l'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales, est vindicative à l'égard de ce marché et maintient qu'il ne peut et ne doit aucunement faire partie des « formes imposées par l'Etat ». Dans le présent article, les termes « formel » et « informel » s'excluent mutuellement, le premier désigne les formes imposées par l'Etat et le deuxième toutes les autres formes.

Peu d'analyses anthropologiques se sont finalement intéressées à l'offre faite par le marché informel du médicament, à savoir les produits eux-mêmes et leurs sources d'approvisionnement³. Concernant d'autres objets, ce type d'analyse anthropologique s'avère pourtant pertinent et heuristique (Tarrius, 2002). A ma connaissance, seuls deux chercheurs ont présenté des analyses de la sorte : Didier Fassin, à partir d'une étude menée au milieu des années 1980 au Sénégal, et Sjaak Van Der Geest, à travers une étude réalisée à la même époque dans un département du sud du Cameroun. Ils mettent tous deux en évidence deux provenances principales des médicaments : les voisins anglophones (Gambie, Nigeria) des pays dans lesquels ils enquêtent et les circuits formels de ces derniers en matière d'approvisionnement et de distribution des médicaments (structures nationales d'approvisionnement, port, douanes, dispensaires, hôpitaux, pharmacies). L'analyse que Didier Fassin propose permet de comprendre l'organisation du marché informel (son contrôle quasi-exclusif par la confrérie mouride) au sein de la structure sociale sénégalaise et notamment dans son rapport à l'Etat (Fassin, 1985, 1986). Sjaak Van Der Geest, lui, souligne les liens entre marché informel et automédication et propose une analyse globale de la dépendance, en matière de médicaments pharmaceutiques, des pays en développement (la périphérie) vis-à-vis des pays occidentaux (le centre) et questionne la notion d'autonomie (« self-reliance ») (Van Der Geest, 1987).

Ces deux études datent des années 1980 et l'on peut déplorer le silence actuel de l'anthropologie sur cette question de l'offre faite par le marché informel du médicament alors que le phénomène perdure dans différentes régions du monde et notamment en Afrique de l'Ouest. Face à cette absence d'analyse anthropologique, divers acteurs (associations de pharmaciens, fondations de firmes pharmaceutiques, organisations non gouvernementales, journalistes) s'emparent depuis les années 1980-90 de la question. Ils dressent un tableau alarmant qui, concernant les produits et les sources d'approvisionnement, suppose la qualité douteuse (sous-dosages, surdosages, absence de principes actifs) -voire carrément toxique (substances nocives)- des médicaments vendus et le caractère mafieux des réseaux véhiculant les produits⁴. L'anthropologie, elle, s'intéressant surtout aux usages des populations, continue à classer le phénomène du marché informel, selon la catégorisation proposée par Arthur Kleinman, dans le secteur populaire de santé aux côtés des secteurs traditionnel/alternatif et biomédical/professionnel (Kleinman, 1980). Il me semble important aujourd'hui que l'anthropologie se saisisse à nouveau de cette question de l'offre informelle de médicaments de manière à avoir une compréhension et une analyse globale du phénomène. Je tente dans ce chapitre d'apporter ma contribution à cette difficile entreprise (au regard du caractère illicite de l'objet) au moyen d'une étude réalisée à Cotonou.

UNE ETUDE ANTHROPOLOGIQUE MENE E A COTONOU, AU BENIN

La capitale économique du Bénin a été choisie pour réaliser cette investigation en raison de la proximité du Nigéria, réputé pour sa production officieuse de médicaments, et du fait que ce pays développe depuis le 18^{ème} siècle une économie de réexportation de marchandises et d'échanges informels. John Igué et Bio Soulé classent le Bénin, dans les années 1990, parmi les « Etats-entrepôts qui tirent l'essentiel de leur richesse d'une économie parallèle dynamique et bien structurée » (Igué, 1992).

L'étude⁵ a été réalisée principalement à travers des observations participantes menées dans le grand marché Dantokpá de Cotonou durant 12 mois non consécutifs entre les années 2005 et 2007. C'est à

³ Au sens économique du terme, l'offre représente « *la quantité de produits que les vendeurs souhaitent vendre à un prix donné* » (Capul, 1996). Je sors ici du cadre strict de cette définition qui porte sur une donnée quantitative que l'anthropologie ne saurait évaluer et que l'économie, dans le cas d'un marché informel, a bien du mal à appréhender.

⁴ Le Réseau Médicaments et Développement (Remed), en partenariat avec les associations de pharmaciens des pays, développe en Afrique de l'Ouest depuis le début des années 2000 une campagne de sensibilisation contre le marché informel du médicament ; le slogan utilisé jusqu'à peu était : « les médicaments de la rue, ça tue » ! Dans les discours de ces différents acteurs (que j'ai pu relever notamment lors du 8^{ème} forum pharmaceutique international de Lomé en juin 2007, dont le thème était « le marché illicite du médicament en Afrique »), il n'est pas rare de voir associés marché informel du médicament et trafic de drogues.

⁵ Cette étude entre dans le cadre de la thèse de doctorat que je réalise en co-tutelle entre l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris et l'Université Abomey-Calavi du Bénin et dont le sujet est « les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou ». Cette recherche est l'objet d'un stage réalisé au sein de l'unité de recherche n°10 (Santé de la mère et de

Dantokpá, réputé l'un des plus grands marchés d'Afrique de l'ouest, que se situe le lieu par excellence de la vente informelle de médicaments à Cotonou. De nombreuses heures d'observation ont été réalisées durant 69 jours auprès de trois boutiques (4 heures consécutives par jour dans une des 3 boutiques). Ces dernières ont été choisies, sur le millier que compte ce secteur de Dantokpá, parce que leurs propriétaires proposaient à eux trois les différentes sortes de médicaments que l'on peut trouver dans le marché. En plus du journal de terrain, dans lequel je consignais a posteriori des informations qualitatives, je me suis attelée durant les temps d'observations à recueillir exhaustivement des informations sur les médicaments vendus (nom, catégorie, forme galénique, quantité, prix). J'ai également réalisé de nombreux entretiens non directifs avec les vendeurs des trois boutiques ainsi que des entretiens semi-directifs avec deux d'entre eux et avec sept autres vendeurs du marché.

Parallèlement à cette collecte principale d'informations dans le marché, j'ai aussi conduit des entretiens semi-directifs auprès des directeurs commerciaux ou généraux des cinq grossistes formels présents au Bénin et se chargeant de la distribution des médicaments dans le pays. Enfin, des missions ont été réalisées au Nigeria et au Ghana⁶, de manière à obtenir, par entretiens auprès d'acteurs institutionnels et par la collecte de documents, des informations concernant la gestion du système pharmaceutique dans ces pays. Des observations directes de la vente des médicaments à Accra et à Lagos ont également été menées.

TPOLOGIE DES MEDICAMENTS VENDUS DANS LE MARCHÉ INFORMEL A COTONOU

Le marché Dantokpá occupe officiellement un site de 13,84 hectares, mais en tenant compte de l'espace qu'il occupe par débordement, il s'étend sur environ 18 hectares (N'Bessa, 1999). Ce marché, qui est constitué de divers secteurs plus ou moins spécialisés dans une marchandise spécifique (pagnes, céréales, pièces détachées de voiture, etc.), abrite aussi le lieu dans lequel se réalise la vente informelle et en gros de médicaments à Cotonou. Les vendeurs dans les quartiers (marchands ambulants, vendeurs sur étals, dans les boutiques, au bord des voies, dans les marchés de quartier) s'y approvisionnent tous. Ce secteur, composé d'environ 1000 boutiques bien achalandées et spécialisées dans le médicament pharmaceutique, est situé dans la partie du marché aménagée dans des hangars en dur dont le sol est cimenté. Il est nommé *Ajégúnlè*, mot yoruba qui signifie littéralement « le profit (*ajé*) atteint sa destination (*gúnlè*) » (Michka, 1997) et qu'une vendeuse m'avait défini en ces termes : « *le commerce se fait ici* »⁷. Ce sont des vendeurs de langue yoruba qui ont créé, dans les années 1970, *Ajégúnlè*. Ils constituent aujourd'hui encore la majeure partie des vendeurs de ce secteur du marché, même si peu à peu d'autres groupes linguistiques (fon et goun) se sont investis dans ce commerce. Les yoruba sont originaires du Nigeria et sont connus pour leur capacité à commercer ; celle des femmes yoruba notamment a été plusieurs fois décrite dans la littérature (Coquery-Vidrovitch, 1994 ; Skard, 2004). La vente de médicaments à *Ajégúnlè* est d'ailleurs majoritairement réalisée par des femmes⁸.

En débutant les observations dans les boutiques d'*Ajégúnlè*, il m'est apparu assez vite que parmi l'ensemble des médicaments vendus, les vendeurs identifient différentes catégories de produits dans la vente desquelles ils peuvent éventuellement se spécialiser. J'ai ainsi pu réaliser une typologie des différents

l'enfant en milieu tropical) de l'Institut de Recherche pour le Développement et a été financée par le Ministère français de la Recherche, l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée, l'Agence Universitaire pour la Francophonie et la Fondation Pierre Fabre.

⁶ J'ai réalisé une mission d'une semaine à Accra en juillet 2007. Une mission similaire a été réalisée, spécifiquement pour cette étude, à Lagos en août 2007 par un enquêteur.

⁷ Cette vendeuse m'a aussi expliqué que, partout où ils s'installent, les yoruba baptisent les lieux de ce nom. Un quartier de Cotonou se nomme ainsi, de même qu'un quartier de Porto-Novo et de Lagos au Nigeria. Le terme « *ajé* » est notamment utilisé lors des salutations pour souhaiter bonne chance dans le commerce.

⁸ Le commerce informel de médicaments est majoritairement féminin dans l'ensemble des pays de cette côte de l'Atlantique africaine (Ouest du Nigeria, Bénin, Togo, Ghana, Côte d'Ivoire), au contraire des pays sahéliens (Sénégal, Mali, Burkina-Faso, Niger) où il est majoritairement réalisé par des hommes. Ces pays du golfe du Bénin constituent ainsi une exception africaine : les femmes n'y sont pas limitées comme ailleurs au commerce de produits locaux (produits viviers, artisanaux) nécessitant de petits apports financiers et le commerce des produits d'importation qui requiert des capitaux initiaux importants n'y est pas exclusivement dévolu aux hommes (Coquery-Vidrovitch, 1994).

médicaments vendus dans le marché informel à partir des représentations des vendeurs. Celles-ci se construisent selon plusieurs critères : la présentation des produits (emballage), leur prix, leur distribution ou non dans les circuits formels béninois et leurs sources d'approvisionnement. Trois principaux types de médicaments sont vendus à *Ajégúnìlè* : les médicaments « *du Nigeria et du Ghana* », les médicaments « *français* » ou médicaments « *de la pharmacie* » et les médicaments « *pharmaquick* »⁹.

LES MEDICAMENTS « DU NIGERIA ET DU GHANA »

Ce sont des spécialités génériques¹⁰ présentées majoritairement sous la forme galénique de comprimés en plaquettes mais aussi de gélules, de sirops, de pommades et de collyres. Ces médicaments sont pour la plupart d'entre eux emballés dans des boîtes très colorées sur lesquelles sont représentés, au moyen de dessins ou de photos, les maux que traite le médicament. Leur prix est peu élevé. Le Mixagrip® par exemple, qui coûte en moyenne 100 francs cfa¹¹, est présenté dans un sachet cartonné de couleur jaune qui contient une plaquette de quatre comprimés¹². Sur le sachet est représenté, à travers quatre photos, un homme qui a mal au dos, qui se mouche, qui a froid et qui a mal à la tête. Il est fabriqué en Indonésie par la firme pharmaceutique Dankos. L'Ibucap®, qui coûte autour de 125 Fcfa, est emballé dans une boîte bleue et orange contenant une plaquette de 10 gélules¹³. La boîte est illustrée par le corps d'un homme représenté de dos et sur lequel des flèches indiquent les articulations douloureuses (cou, hanches, coudes, genoux, chevilles). Il est fabriqué en Inde par Shalina. Le Coltab®, qui coûte en moyenne 100 Fcfa, est proposé dans un sachet plastifié bleu contenant une plaquette de 4 comprimés¹⁴. Sur le sachet est reproduite la photo d'une jeune femme s'apprêtant à éternuer dans un mouchoir. Il est fabriqué en Inde par Falma laboratories. Le relevé exhaustif d'informations réalisé durant les observations à *Ajégúnìlè* montre que ces trois médicaments étaient, parmi les médicaments « du Nigeria et du Ghana », les plus vendus dans le marché au moment de l'enquête.

Cette catégorie de médicaments regroupe des produits qui, pour la majorité d'entre eux, ne sont pas autorisés à la vente dans les circuits formels béninois ; par contre une bonne partie d'entre eux l'est dans ceux du Nigeria et/ou du Ghana¹⁵. Comme leur appellation l'indique, ils proviennent majoritairement du Nigeria et du Ghana et dans quelques cas du Congo¹⁶. Ils sont, au regard de leur emballage, soit fabriqués dans ces pays¹⁷, soit dans des pays d'Asie, essentiellement l'Inde et l'Indonésie.

⁹ Un quatrième type de médicaments existe, il s'agit des médicaments « *chinois* ». Cette catégorie est constituée de produits spécifiques (baumes, bandes, vitamines, stimulants sexuels) qui proviennent explicitement de Chine (écriture en chinois sur les emballages des produits). Les autres produits pharmaceutiques industriels fabriqués en Chine mais dont cette origine ne figure qu'à travers un « *made in China* » inscrit sur l'emballage ne rentrent pas dans cette catégorie. Les réseaux d'approvisionnement et les consommateurs différant beaucoup de ceux des autres catégories de médicaments, cette classe nécessite des investigations spécifiques qui n'ont pu être menées dans le cadre de ce travail.

¹⁰ En France, selon la définition légale introduite dans le Code de la Santé Publique depuis 1996 (article L.5121-1 CSP), on parle de spécialités génériques à propos de copies de médicaments princeps dont le brevet est tombé dans le domaine public, pour lesquels l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties (génériques), et auxquels des noms commerciaux ont été donnés.

¹¹ 100 francs cfa (Fcfa) = 0,15 euros. Les prix des produits vendus dans le marché informel ne sont pas fixes.

¹² Composition inscrite sur l'emballage : 500 mg de paracétamol, 30 mg de pseudoéphédrine et 2 mg de chlorphéniramine maleate.

¹³ Composition inscrite sur l'emballage : 325 mg de paracétamol, 200 mg d'ibuprofène et 30 mg de caféine.

¹⁴ Composition inscrite sur l'emballage : 500 mg de paracétamol, 30 mg de caféine, 30 mg de pseudoéphédrine et 2 mg de chlorphéniramine maleate.

¹⁵ Lors des investigations menées à *Ajégúnìlè*, j'ai enregistré 97 médicaments « du Nigeria et du Ghana ». Les informations récoltées durant les missions effectuées à Lagos et à Accra, permettent de dire, à partir des noms des médicaments, que 52 d'entre eux sont enregistrés formellement auprès de la NAFDAC au Nigeria ; 22 le sont auprès de la *Food and Drugs Board* du Ghana. Ces deux agences nationales sont chargées, dans leur pays respectif, de la régulation (garantie de sécurité, qualité, efficacité) concernant la nourriture et les médicaments. Seuls 8 d'entre eux sont enregistrés au Bénin auprès de la Direction des pharmacies. L'Ibucap® est autorisé au Nigeria et au Ghana et donc vendu formellement dans ces deux pays ; le Mixagrip® et le Coltab® sont autorisés au Nigeria mais pas au Ghana. Aucun de ces trois médicaments n'est autorisé au Bénin.

¹⁶ C'est ce seul pays qui m'a été cité par les vendeurs que j'ai interrogé. Dans cette catégorie de médicaments, il n'a jamais été question des autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

¹⁷ Le Ghana dispose aujourd'hui d'une vingtaine d'industries pharmaceutiques et le Nigeria de plus de 80. Sources : rapport annuel 2004 de la *Food and Drugs Board* du Ghana et pour le Nigeria, consultation en ligne du site de la NAFDAC : <http://www.nafdacnigeria.org/drugproduction.html>.

Les médicaments « du Nigéria et du Ghana » constituent l'archétype des médicaments « de la rue ». Ce sont eux qui sont montrés du doigt dans les campagnes de sensibilisation, notamment à travers leurs emballages aux couleurs criardes et aux illustrations imagées souvent naïves. Les détracteurs du marché informel émettent de vives critiques sur la composition et le dosage de ces médicaments.

LES MEDICAMENTS « FRANÇAIS » OU MEDICAMENTS « DE LA PHARMACIE »

Cette catégorie de médicaments est constituée de spécialités pharmaceutiques¹⁸ présentées sous la forme galénique de comprimés, gélules, sirops, pommades, collyres, ampoules buvables ou injectables. Elles sont emballées dans des boîtes en carton pour la plupart austères, blanches ou légèrement colorées, et sur lesquelles les inscriptions sont faites dans une écriture sobre, souvent relevées de quelques traits de couleur. Ces médicaments sont enregistrés formellement au Bénin et sont disponibles dans les officines privées du pays, comme le montre la deuxième appellation que leur donnent les vendeurs du marché (médicaments « de la pharmacie »). Ils sont chers mais leur prix est moins élevé au marché que dans les pharmacies. La boîte d'Efferalgan® par exemple, médicament produit par la firme franco-américaine Bristol-Myers Squibb UPSA et très populaire à Cotonou, coûte en moyenne 950 Fcfa à Ajégúnlè et 1215 Fcfa en pharmacie. La boîte de Coartem®, antipaludique produit par la firme suisse Novartis et actuellement recommandé par le Programme National de Lutte contre le Paludisme du Bénin, coûte 4085 Fcfa en pharmacie. Il est vendu autour de 3500 Fcfa dans le marché. La boîte de Dynamogèn®, anti-anorexique fabriqué par la firme espagnole FAES FARMA et fréquemment prescrit à Cotonou, se vend en moyenne 2700 Fcfa au marché alors qu'elle coûte 3550 Fcfa en pharmacie.

Les médicaments de cette catégorie proviennent majoritairement du Bénin mais également des pays francophones voisins (Togo, Burkina Faso). Ils sont fabriqués par des firmes pharmaceutiques européennes, nord américaines et -dans une moindre mesure- asiatiques¹⁹. Leur appellation, médicaments « français », par les vendeurs ne résulte pas tant d'une connaissance précise de leur provenance et de leur lieu de fabrication, que du fait que les médicaments vendus en pharmacie au Bénin sont globalement perçus par les cotoinois comme étant fabriqués par l'ancien colonisateur.

LES MEDICAMENTS « PHARMAQUICK »

Cette catégorie est constituée de médicaments génériques commercialisés sous Dénomination Commune Internationale (DCI). Ils sont présentés sous la forme galénique de comprimés, conditionnés soit en vrac, dans des boîtes en plastique de 500, 1000 ou 5000 comprimés, soit en plaquette, dans des boîtes cartonnées contenant des centaines de plaquettes. Ces conditionnements dits « hospitaliers » sont généralement réservés à la vente dans des structures de santé²⁰. A Ajégúnlè, ils sont la plupart du temps déconditionnés et vendus en plus petites quantités que celles proposées dans leurs conditionnements initiaux.

Ces médicaments proviennent de pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Togo, Ghana, Nigeria). Ils sont majoritairement fabriqués par des firmes pharmaceutiques installées dans ces pays et constituées de capitaux locaux ou issus de pays étrangers (Chine, USA, France, Inde). Il s'agit par exemple des firmes Tong Mei au Togo, Phyto Riker et Ayrton Drugs au Ghana, Dana et Emzor au Nigeria, Pharmaquick au Bénin. C'est de cette dernière que vient l'appellation donnée à cette catégorie de médicaments. Des

¹⁸ La spécialité est le nom commercial d'un produit pharmaceutique. Les spécialités pharmaceutiques comprennent des médicaments princeps dont le brevet pharmaceutique court toujours ainsi que des spécialités génériques. Les spécialités se définissent en opposition aux médicaments génériques commercialisés sous Dénomination Commune Internationale (DCI), parfois appelés « génériques purs ».

¹⁹ Citons, parmi les plus importantes, les américaines Abbott et Pfizer, la suédo-britannique Astrazeneca, la française Sanofi Aventis, les allemandes Bayer, Merck et Boehringer Ingelheim, l'américano-britannique Glaxo Smithkline, la suisse Novartis, la franco-américaine Bristol-Myers Squibb UPSA. Ce sont toutes aujourd'hui des sociétés multinationales qui, pour beaucoup d'entre elles, ont des filiales de production dans des pays émergents. Pour les firmes asiatiques, citons les indiennes Cipla et Ranbaxy.

²⁰ On trouve également à Ajégúnlè des médicaments génériques injectables (quinine, chloroquine, pénicilline, gentamicine, etc.) et des consommables médicaux (seringues, aiguilles, perfuseurs, gants, etc.). Ils relèvent, selon les vendeurs, de la catégorie médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie » en raison de la technicité biomédicale qu'ils supposent. Cependant, au regard de leur présentation (conditionnement hospitalier) et de leur provenance, ils appartiennent plutôt à la catégorie « pharmaquick ».

médicaments « pharmaquick » sont aussi produits par des industries asiatiques, indiennes et chinoises notamment.

Une partie des médicaments « pharmaquick » est enregistrée formellement au Bénin et est ainsi également distribuée dans les centres de santé et les pharmacies de Cotonou. Il s'agit majoritairement des produits fabriqués dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Togo) ainsi que des produits de la firme indienne Cipla autorisés au Bénin. Par contre, d'autres médicaments « pharmaquick », pour la plupart ceux qui proviennent de firmes installées au Nigeria et au Ghana ou en Asie, ne sont pas enregistrés formellement au Bénin et ne sont donc vendus qu'à travers le marché informel. Le prix des médicaments « pharmaquick » est globalement peu élevé. Ceux qui sont autorisés à la vente au Bénin sont généralement vendus à *Ajégúnlè* à un prix similaire ou inférieur à celui qu'ils coûtent dans les centres de santé publics et dans les pharmacies de Cotonou. La plaquette de 20 comprimés de chloroquine 100 mg fabriquée par la firme Tong Mei coûte 100 Fcfa à *Ajégúnlè* et dans les centres de santé et 150 Fcfa dans les officines. Les 20 comprimés de quinine 100 mg fabriqués par la firme Pharmaquick coûtent 500 Fcfa dans les centres de santé, les 30 comprimés du même produit coûtent 665 Fcfa dans les pharmacies et les 25 comprimés sont vendus autour de 200 Fcfa à *Ajégúnlè*²¹.

LES MODALITES ET SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DES MÉDICAMENTS DU MARCHÉ INFORMEL

La typologie qui vient d'être explicitée, qui comme toute typologie a par essence un caractère idéal-typique, repose sur plusieurs critères dont certains sont constants et définissent clairement les différentes catégories (présentation des médicaments, emballage, prix), et d'autres sont plus fluctuants et se superposent sur plusieurs d'entre elles (pays de provenance et de fabrication des médicaments, autorisation ou non des médicaments au Bénin). Une autre manière de caractériser ces différents médicaments est de se pencher sur les modalités et sources d'approvisionnement selon lesquelles les vendeurs d'*Ajégúnlè* se les procurent. Celles-ci peuvent être distinguées selon le fait que les produits sont autorisés ou non au Bénin.

LES MÉDICAMENTS « DU NIGERIA ET DU GHANA » ET UNE PARTIE DES MÉDICAMENTS « PHARMAQUICK »

Les vendeurs d'*Ajégúnlè* se procurent ces différents médicaments soit en allant directement au Nigeria et au Ghana, soit, pour éviter les tracasseries du transport ou encore quand ils n'ont pas le capital suffisant, en les achetant dans le marché auprès d'autres vendeurs qui auront été directement s'approvisionner dans ces pays. Les médicaments classés dans la catégorie « du Nigeria et du Ghana » qui circulent via le Congo sont amenés directement dans le marché par des personnes venant de ce pays.

D'après les différents vendeurs que j'ai interrogés et les observations qui ont été menées dans ces deux villes, les médicaments sont achetés à Lagos et à Accra dans des marchés dans lesquels, à côté de grossistes d'autres marchandises (boissons, textiles, cosmétiques, etc.), s'est installée une partie des grossistes formels de médicaments qui distribuent des produits autorisés dans ces pays. Il s'agit du marché *Idumota* à Lagos et du marché *Okaishie* à Accra. Les sociétés installées dans ces marchés peuvent être à la fois grossistes, semi-grossistes et détaillants²². Des individus peuvent ainsi y acheter des produits dont on imagine aisément que les quantités sont négociables. Les vendeurs d'*Ajégúnlè* peuvent s'y approvisionner sans difficultés.

²¹ Il faut préciser ici que, malgré les efforts du Ministère de la santé pour réguler les prix des médicaments, ceux-ci sont encore très variables d'un centre de santé public à l'autre. Ils sont par contre à peu près similaires d'une officine à une autre.

²² Selon la *Pharmacy Council* du Ghana, organe de régulation chargés de sécuriser dans l'intérêt public la pratique de la pharmacie, les grossistes sont des sociétés qui vendent des produits pharmaceutiques, en grande quantité et à des prix plus bas, à des détaillants qui se chargeront de les revendre. Les grossistes et détaillants sont des sociétés qui combinent à la fois des pratiques de grossistes et de détaillants. Sources : documents internes fournis en juillet 2007 par la *Pharmacy Council*.

Les entretiens menés à *Ajégúnlè* me permettent d'avancer que l'importation de ces médicaments au Bénin est informelle, c'est-à-dire qu'elle ne remplit pas les conditions douanières formelles d'importation de médicaments. Elle entre dans le cadre plus large du commerce non enregistré et des échanges transfrontaliers entre pays ouest-africains qui concerne de nombreuses autres marchandises et relève d'un savant mélange entre opérations formelles et informelles (Egg, 1998 ; Galtier, 1998). Lorsqu'ils sont en provenance du Nigéria, les médicaments passent par le système dit des « acquits » (LARES/IRAM, 1996). Ce système n'est pas spécifique des médicaments. Il permet le passage de la frontière légalement à des camions dont le dédouanement se fait de manière globale (un forfait par camion) si bien que certains commerces, dont celui des médicaments, échappent aux statistiques douanières. Ce système, particulièrement fonctionnel, consiste pour le vendeur, qui va généralement seul et en transport collectif au Nigeria, à confier les marchandises achetées à un chef d'entrepôt à Lagos qui se charge des formalités (stockage, transport, dédouanement) et achemine, moyennant rémunération, les marchandises à Cotonou où le vendeur les récupère, toujours moyennant rémunération, quelques jours plus tard. Les médicaments achetés au Ghana passent par des modalités d'approvisionnement similaires : le transporteur se charge du passage des frontières (Ghana-Togo et Togo-Bénin) via des négociations qu'il gère « à sa manière », comme l'illustrent ces propos d'un vendeur d'*Ajégúnlè* : « *tout le monde ne peut pas passer la frontière facilement... Eux, ils connaissent les douaniers, comme c'est leur travail. Ils ont déjà des connaissances avec eux donc nous on leur donne l'argent pour qu'ils passent* ». Le transport en provenance du Ghana semble moins bien « huilé » que celui en provenance du Nigéria, le franchissement de deux frontières étant plus difficile et plus coûteux. Ces médicaments peuvent également être achetés par les vendeurs d'*Ajégúnlè* dans le grand marché de Lomé dont un secteur est spécialisé dans la vente informelle et en gros de produits pharmaceutiques. Ces acquisitions à Lomé facilitent le transport mais, constituant un intermédiaire supplémentaire, augmentent le coût d'achat des produits.

LES MEDICAMENTS « FRANÇAIS » OU MEDICAMENTS « DE LA PHARMACIE » ET UNE PARTIE DES MEDICAMENTS « PHARMAQUICK »

Les vendeurs d'*Ajégúnlè* se procurent ces médicaments par de multiples voies et, comme précédemment, peuvent se les revendre les uns aux autres. D'après les observations²³ et entretiens réalisés à *Ajégúnlè*, ces médicaments proviennent majoritairement des circuits formels béninois, c'est-à-dire des quatre grossistes-répartiteurs privés installés au Bénin qui approvisionnent les officines de pharmacie et de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME) qui se charge de ravitailler principalement les centres de santé publics et privés non lucratifs (ONG, structures sanitaires confessionnelles). Partant de ces différents grossistes, les médicaments sont achetés par des professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur privé comme dans le secteur public (médecins, infirmiers, gestionnaires de centres de santé, pharmaciens, gestionnaires de dépôts pharmaceutiques) et qui ont l'autorisation d'acheter les médicaments auprès des structures précitées. Ils les commandent en plus grandes quantités que celles dont ils ont besoin, les grossistes fermant éventuellement les yeux sur ces commandes disproportionnées²⁴, et les revendent au marché majoritairement d'un bénéfice. Ces « réorientations » de médicaments ne sont pas l'objet d'un réseau unique. Elles sont le fait d'une multitude d'acteurs, positionnés à différents niveaux de la pyramide sanitaire, qui sont en lien d'une manière ou d'une autre avec un ou plusieurs vendeurs du marché. Les médicaments « pharmaquick », qui proviennent de firmes présentes localement (Bénin, Togo), suscitent un nombre multiplié de réseaux interpersonnels. Les médicaments peuvent également, mais en quantité plus réduite, être dérobés dans les centres de santé et revendus ensuite dans le marché par des agents de santé.

A côté de cette voie principale d'approvisionnement, d'autres circuits existent. Les spécialités pharmaceutiques (médicaments « français » ou « de la pharmacie ») peuvent aussi provenir des pays

²³ Il m'a suffi de lire les étiquettes des cartons de médicaments qui arrivent dans le marché pour m'en convaincre. Les entretiens réalisés dans le marché sont ensuite venus confirmer ces observations.

²⁴ Je ne peux dire avec certitude que certains vendeurs du marché s'approvisionnent directement auprès des grossistes. Néanmoins il n'est pas difficile de masquer ou de transformer l'identité d'un client. Certains grossistes semblent en outre moins critiques que d'autres à l'égard d'*Ajégúnlè*.

francophones limitrophes du Bénin comme le Togo et le Burkina Faso. En effet, un même produit n'est pas vendu officiellement au même prix dans les différents pays. Certains facteurs, comme le volume de produits vendus, la promotion faite par les firmes pharmaceutiques, les contrats avec les grossistes, les négociations avec les Directions des pharmacies des Ministères de la Santé, le coût du transport, les éventuelles taxes sur les produits, etc., font varier les prix d'un pays à l'autre. Ces différentiels de prix favorisent la circulation transfrontalière des produits qui franchissent alors les frontières de manière informelle. Les spécialités parviennent également au marché par le biais de « réorientations » des dons de médicaments que reçoivent les ONG et les structures sanitaires confessionnelles ainsi que des échantillons gratuits, reconnaissables à l'étiquette qu'ils portent, distribués normalement par les représentants médicaux en vue de la promotion de ces produits auprès des prescripteurs. Ces médicaments peuvent aussi venir d'autres pays d'Afrique dans lesquels ils sont fabriqués (Sénégal, Maroc) et à partir desquels ils sont acheminés informellement au Bénin. Enfin, ils proviennent également de personnes qui acheminent directement les médicaments d'Europe, par le biais de réseaux familiaux ou amicaux²⁵.

Ces modalités d'approvisionnement expliquent en partie les différences de prix pratiqués au marché, dans les pharmacies, et dans une moindre mesure dans les centres de santé publics. Lorsque les vendeurs obtiennent les médicaments par le biais des grossistes formels, ils les achètent au prix de cession, majoré d'un pourcentage pour l'intermédiaire. En pharmacie et dans les centres de santé par contre, les produits sont vendus au prix public, qui équivaut au prix de cession auquel est ajoutée la marge bénéficiaire du pharmacien et du centre de santé²⁶. Ainsi, suivant le produit, la difficulté que les vendeurs ont ou non à l'acquérir, et donc sa disponibilité à *Ajégúnlè*, le vendeur fixera son prix au gré de la concurrence dans le marché en tenant compte du fait qu'il devra de toutes façons être vendu moins cher qu'à la pharmacie.

COMPARAISON DES MODALITES D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AU BENIN, AU NIGERIA ET AU GHANA

La scission des sources d'approvisionnement que j'opère ici, entre médicaments autorisés et médicaments non autorisés au Bénin, rappelle tout à fait celle que proposaient respectivement Didier Fassin et Sjaak Van Der Geest, à savoir un approvisionnement dans les circuits formels du pays en question et un autre dans le pays anglophone voisin de celui-ci, Gambie pour le Sénégal et Nigéria pour le Cameroun.

Les sources d'approvisionnement dans les circuits formels du Bénin, telles que je les ai décrites, mettent en évidence -au-delà de simples dysfonctionnements du système pharmaceutique- une structuration de celui-ci différente de celle qui est habituellement présentée comme constituée d'un secteur privé et d'un secteur public. L'informel semble jouer un rôle important dans la distribution des médicaments au Bénin, à l'interface entre le privé et le public. L'imbrication du formel et de l'informel et le refus de sectoriser ces entités se retrouvent plus globalement chez les théoriciens de l'économie informelle (Lautier, 1991, 1994) ainsi que dans les études sociologiques et anthropologiques portant sur le marché informel du médicament. Sjaak Van Der Geest précisait : « *it could be argued that the informal medicine market owes its existence to the malfunctioning of the formal supply system. This would suggest that the informal market fills a vacuum, where formal services fail. In fact, relations between formal and informal markets are more intricate* » (Van Der Geest, 1987, p.296). Depuis l'étude qu'il a menée au début des années 1980 au Cameroun, il semble que, si l'on se réfère au cas du Bénin, les liens entre le formel et l'informel se sont davantage structurés. Alors qu'ils se développaient au niveau des distributeurs détaillants de médicaments, ils se situent aujourd'hui à celui des grossistes et prennent corps à travers un lieu (*Ajégúnlè*) constitué de multiples vendeurs dont une partie est spécialisée dans la distribution de certains types de médicaments. Cette

²⁵ Il convient de noter que les médicaments provenant des dons envoyés aux ONG et aux structures sanitaires confessionnelles, de même que les médicaments acheminés d'Europe par le biais de réseaux familiaux ou amicaux, ne sont pas forcément tous autorisés au Bénin. Certains peuvent être utiles en Europe mais pas, ou moins, au Bénin et ne pas avoir ainsi reçu d'autorisation d'enregistrement.

²⁶ Même s'ils sont sans but lucratif, les centres de santé publics ont besoin de la marge bénéficiaire qu'ils réalisent sur la vente des médicaments pour pouvoir payer leurs frais de fonctionnement et charges.

structuration dans le temps peut néanmoins être contredite par l'étude que Didier Fassin a menée au Sénégal. Dans celle-ci, il apparaît déjà qu'une partie des médicaments est achetée directement aux structures nationales d'approvisionnement et que des marchés de gros (la maison mouride à Dakar et le marché de Thiaroye gare) jouent un rôle spécifique dans la distribution (Fassin, 1985).

La deuxième source d'approvisionnement des médicaments du marché informel, à savoir les pays anglophones, met à jour des réalités qui n'ont, à mon sens, jamais été décrites dans la littérature anthropologique. Pourtant, elles sont relativement anciennes. Didier Fassin et Sjaak Van Der Geest les soulignent déjà dans leurs études réalisées dans les années 1980. Une étude portant sur le marché informel du médicament de Lomé, menée en 1985, fait mention de « *fournisseurs originaires du Ghana et du Nigeria* » et précise qu'« *il semble d'ailleurs que tout ces produits viennent des pays anglophones* » (Assogba, 1985). L'étude que j'ai menée à Cotonou fait remonter les liens entre le marché informel du Bénin et le Nigeria aux années 1970²⁷. Didier Fassin, à travers son étude menée au Sénégal et parlant de la Gambie, apporte des éléments succincts de compréhension de ces réalités : « *l'accès aux médicaments est plus aisé en dehors du circuit des officines, dans ce pays de tradition coloniale britannique* » (Fassin, 1986, p.125). Sjaak Van Der Geest, lui, reste interrogatif sur la question : « *why Nigeria « exports » so many drugs to Cameroon is not entirely clear, but one factor may be that the import and sale of pharmaceutical products in Nigeria is much freer than in Cameroon* » (Van Der Geest, 1987, p.297).

LES CIRCUITS D'APPROVISIONNEMENT FORMELS DE MEDICAMENTS AU BENIN

La présente étude me permet d'avancer que le Bénin, en comparaison du Nigeria et du Ghana, développe des modalités d'approvisionnement en médicaments qui maintiennent des liens étroits avec l'Europe et surtout la France. Ces liens freinent, pour l'instant, la diversification des sources d'approvisionnement en médicament que l'on observe depuis les années 1970 au Nigéria et au Ghana.

Au Bénin, nous l'avons vu précédemment, les approvisionnements en médicaments se font par l'intermédiaire de quatre grossistes-répartiteurs privés et de la CAME.

Les grossistes-répartiteurs importent majoritairement des médicaments de spécialités, de 70 à 85 % d'après les informations fournies par leurs directeurs commerciaux. L'origine des spécialités qu'ils distribuent, nous l'avons vu à travers la description des médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie », est très majoritairement européenne et nord américaine et -dans une moindre mesure- asiatique. Malgré cette origine assez disparate, il apparaît qu'ils s'approvisionnent essentiellement, chacun selon des volumes différents, auprès de six centrales d'achat françaises (Epdis, Planetpharma, Piex, Tridem, Eurimexpharma et Cider), via des transitaires eux aussi français²⁸. Les directeurs commerciaux interrogés avancent différents facteurs pour expliquer cet état de fait, telles que les facilités de paiement et de transport ainsi que l'ancienneté des réseaux et la proximité linguistique avec la France. « *Nos fournisseurs, à 90 % ils sont en France. C'est une plateforme parce que je suis francophone et puis chaque pays avec ses investissements et ses créneaux. (...). Aujourd'hui avec les groupeurs français, il y a des facilités d'acheminement et de paiement et puis plus je centralise mes achats dans un pays, plus c'est facile de constituer un container et de l'acheminer sur Cotonou* ». Les firmes asiatiques qui vendent leurs produits au Bénin passent aujourd'hui quasi-exclusivement par des centrales d'achat et des transporteurs français. « *L'Asie c'est maintenant que ça se met en place mais ça n'est pas aussi fonctionnel qu'entre la France et les pays africains, c'est plus long, c'est plus cher. (...). Nous travaillons avec des laboratoires en Inde mais ils doivent forcément passer par la France et notre transitaire français* ».

²⁷ A cette époque le système pharmaceutique formel béninois est essentiellement public. Deux structures étatiques gèrent l'importation et la distribution des médicaments. Cependant elles connaissent des problèmes de gestion qui aboutissent à des périodes de pénurie de médicaments dans le pays, notamment entre 1976 et 1980. Les vendeurs informels, proches géographiquement et culturellement (groupe linguistique yoruba) du Nigeria, vont alors tout naturellement s'approvisionner dans le grand voisin du Bénin.

²⁸ Des firmes pharmaceutiques peuvent distribuer directement leurs produits, sans passer par des centrales d'achat. Celles qui ont ces pratiques sont toutes françaises et recourent ainsi également à des transitaires français.

La CAME distribue les médicaments inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels²⁹ établie par le Ministère de la Santé du Bénin. Ce sont très majoritairement des génériques commercialisés sous DCI mais également des spécialités pharmaceutiques, produits princeps ou spécialités génériques. Pour s'approvisionner, la CAME fonctionne par appel d'offres qu'elle soumet à des firmes pharmaceutiques ou à des fournisseurs préalablement pré-qualifiés. Elle choisit l'offre qualité-prix la plus avantageuse. Aujourd'hui une part importante des médicaments que la CAME distribue est fabriquée dans des pays d'Asie (Inde et plus récemment Chine), qui ont, depuis les années 1980³⁰, développé une industrie pharmaceutique importante et essentiellement spécialisée dans la production de médicaments génériques. Cependant, bien que la CAME distribue des médicaments dont les industries sont situées en Asie, les fournisseurs sont européens. Les principaux fournisseurs de la CAME sont les organisations danoise Missionpharma, hollandaise IDA (international dispensary association) et belge LDI international. Toutes trois sont des structures privées à but lucratif (Missionpharma, LDI international) ou non (IDA) dont les objectifs affichés sont de distribuer des médicaments essentiels peu coûteux et de qualité aux populations pauvres.

Les médicaments génériques commercialisés sous DCI et produits par les firmes installées dans les pays d'Afrique de l'Ouest (la majeure partie des médicaments « pharmaquick ») sont distribués par la CAME et par les grossistes-répartiteurs privés. Seuls les produits des firmes installées dans les pays francophones (Pharmaquick au Bénin et Tong Mei au Togo) approvisionnent le circuit formel béninois. Les firmes installées dans les pays anglophones, mise à part la ghanéenne Phyto Riker qui a déployé une stratégie commerciale vis-à-vis des pays francophones que ses concurrents locaux n'ont pas encore développée, n'approvisionnent pas le circuit formel béninois. Aucune des firmes nigérianes, pourtant nombreuses, ne livre formellement ses produits au Bénin.

Au contraire du Bénin, le Nigeria et le Ghana ont développé depuis plusieurs dizaines d'années des relations directes avec les pays émergents d'Asie producteurs de médicaments, au départ essentiellement avec l'Inde et plus récemment également avec la Chine. L'industrie pharmaceutique indienne représente aujourd'hui environ 70 % des importations de médicaments au Ghana, sa part a augmenté crescendo depuis les années 1970-80. Les firmes européennes, elles, fournissent tout juste 15 % des besoins en médicaments de ce pays³¹. Les liens avec l'Inde peuvent s'expliquer par l'utilisation de l'anglais et par l'appartenance de ces différents pays au Commonwealth ; ceci a certainement facilité le tissage de liens commerciaux dont ne bénéficie pas le Bénin. Les liens entre le Nigeria et le Sud-est asiatique sont connus. Est présente dans cette région du monde une active diaspora de marchands ibo, un des principaux groupes linguistiques du Nigeria (Galtier, 1998). Cependant, au-delà de ces liens historiques et linguistiques, il apparaît que l'organisation de l'approvisionnement et de la distribution de médicaments au Nigeria et au Ghana favorise également les liens avec ces pays asiatiques producteurs de médicaments.

MODALITES D'IMPORTATION ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS AU NIGERIA ET AU GHANA COMPAREES A CELLES AYANT COURS AU BENIN

Les modalités d'importation et de distribution des médicaments au Nigeria et au Ghana diffèrent grandement de celles du Bénin. Dans ces deux pays, les importateurs privés de médicaments sont beaucoup plus nombreux qu'au Bénin où on constate une concentration de l'importation privée autour de quatre acteurs. Plus de trois cent sociétés grossistes privées, parmi lesquelles plus de la moitié sont à la fois grossistes et détaillants, sont enregistrées auprès de la *Pharmacy Council* du Ghana ; plus de cinq cents le sont auprès de la *Pharmacists Council* du Nigeria³². Dans ces deux pays, les grossistes privés peuvent distribuer et

²⁹ Le concept de « médicaments essentiels », promu par l'OMS à partir de 1970, souligne la nécessité pour les pays à ressources limitées d'acquies en priorité un nombre restreint de médicaments essentiels, c'est-à-dire efficaces, sûrs, qui satisfont les besoins de santé des populations et sont peu coûteux : http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87351_fre.pdf.

³⁰ A cette époque, les brevets de toute une génération de médicaments princeps découverts dans les années 1960 viennent à expiration.

³¹ Source : entretien avec l'actuel second en chef de l'exécutif de la *Food and Drugs Board*, juillet 2007.

³² La *Pharmacists Council* du Nigeria remplit les mêmes fonctions que la *Pharmacy Council* du Ghana. Sources des chiffres : listes établies au 31 décembre 2006 et fournies par la *Pharmacy Council* du Ghana ; entretien avec un agent du site de la NAFDAC à Lagos, août 2007.

également faire la promotion des produits, chose qui ne se pratique pas au Bénin, la promotion des médicaments devant passer par des représentants en lien avec les firmes pharmaceutiques. Ainsi, plusieurs sociétés grossistes privées distribuent uniquement les produits de quelques-unes, voire d'une seule, firmes pharmaceutiques³³. Elles remplissent alors le rôle d'agence de promotion des produits des firmes en question. Egalement, nous l'avons vu précédemment, les grossistes de médicaments au Ghana et au Nigeria peuvent aussi être détaillants, ce qui n'est pas le cas au Bénin. Enfin au Nigeria et au Ghana, la distribution des médicaments dans le secteur privé ne relève pas formellement du monopole du pharmacien, comme c'est le cas au Bénin³⁴. Dans ces deux pays, deux types de licence sont octroyés pour la vente des médicaments au détail : la licence générale, celle des pharmacies qui sont gérées par des pharmaciens (diplôme universitaire), et la licence limitée, celle des *chemical sellers* au Ghana et des *patent medicines shop* au Nigeria qui sont gérés par des non-pharmaciens se prévalant néanmoins d'un niveau scolaire précis. Dans ce deuxième type de commerce, seuls des médicaments classés OTC (« over-the-counter ») par les autorités et des médicaments inclus dans certains programmes de santé publique (lutte contre le paludisme, planning familial, etc.) sont vendus³⁵. Les médicaments OTC sont appelés médicaments « conseils » ou « à prescription facultative » en français ; il s'agit principalement de vitamines, d'antianémiques, d'antipyrétiques, d'analgésiques et d'anti-inflammatoires. Le commerce des OTC, prenant place notamment dans ces boutiques spécifiques, est bien développé au Nigeria et au Ghana ; il l'est également en Inde (Kamat, 1998). Vendus sans prescription médicale, les OTC font l'objet de stratégies de présentation particulières censées attirer l'œil de la clientèle et influencer son choix de médicaments (Buclin, 2001 ; Vuckovic, 1997). Ce sont clairement les stratégies que l'on retrouve à travers les emballages des médicaments « du Nigeria et du Ghana » (boîtes colorées, illustrations), produits dans des pays où, une bonne partie de la clientèle étant potentiellement illettrée, l'utilisation de photos et de dessins illustratifs s'avère particulièrement efficace pour attirer les clients.

CONCLUSION : LA LIBERALISATION ECONOMIQUE DU MEDICAMENT EN QUESTION

L'étude de l'offre de médicaments (produits, sources d'approvisionnement) faite par le marché informel à Cotonou permet d'avoir une compréhension plus globale de ce phénomène, qui dépasse le cadre stricte du Bénin et sort des schèmes explicatifs habituellement avancés (usages qu'en font les populations, dysfonctionnement du système pharmaceutique formel). Au regard des résultats de cette étude, il apparaît qu'au-delà des questions portant sur la qualité des médicaments et le caractère mafieux des réseaux d'approvisionnement³⁶, ce qui est en jeu à travers le phénomène du marché informel, c'est la libéralisation économique du médicament. Il semble bien qu'en la matière, le Bénin et les pays anglophones voisins de celui-ci aient choisi des options opposées.

³³ La société Ebenezer Chemist par exemple remplit le rôle d'agence de promotion pour la firme belge Dafra Pharma, la société Tobinco Pharmaceuticals remplit ce même rôle pour la firme indienne Bliss GVS Pharma. Ces sociétés ont le monopole de l'importation des produits de ces firmes au Ghana.

³⁴ Les informations concernant les dispositions légales au Bénin sont issues des textes de loi suivants : ordonnance n°73-30 du 31 mars 1973 instituant le code de déontologie des pharmaciens du Dahomey, arrêté interministériel de l'année 1985 n°631 portant déclaration des importations pharmaceutiques et objets de pansement en République Populaire du Bénin, décret n°2000-450 du 11 septembre 2000 portant application de la loi n°97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatifs à l'ouverture des sociétés de grossistes-répartiteurs en République du Bénin. Des dépôts pharmaceutiques dirigés par des non-pharmaciens existent au Bénin mais ils sont placés sous la supervision d'un pharmacien et ne peuvent être situés qu'en milieu rural et à plus de 10 km d'une pharmacie (décret n°2000-410 du 17 août 2000).

³⁵ Sources : entretiens avec le second en chef de l'exécutif de la *Food and Drugs Board* et le directeur de la *Pharmacy council* du Ghana, juillet 2007 ; le texte *Approved drug list for PPMV*, consulté sur le site du *Pharmacists Council* du Nigeria : <http://www.pcng.org/PPMVL%20approved%20drug%20list.pdf>.

³⁶ Loin de moi l'idée d'absoudre de tout doute l'ensemble des médicaments que l'on trouve dans le marché informel. Néanmoins il apparaît à travers cette étude qu'une partie des médicaments du marché informel empruntent les réseaux formels de distribution du Bénin ainsi que ceux de ces pays voisins. Les médicaments achetés au Nigeria et au Ghana, et tout au moins une partie d'entre eux, le sont sans infraction des législations en vigueur dans ces pays et dans des endroits reconnus formellement.

En effet, la libéralisation du médicament, qui suppose le libre jeu de la concurrence, n'a pas, pour l'instant³⁷, formellement cours au Bénin. Le secteur privé, dont le volume financier représente pourtant plus de 4 fois celui du secteur public³⁸, se sert peu parmi les médicaments à moindre coût fabriqués dans les pays émergents d'Asie. Même si, par le biais de la CAME, ceux-ci parviennent à irriguer le secteur public, l'approvisionnement formel en médicaments au Bénin se fait encore très majoritairement par le biais d'acteurs européens, France en tête (centrales d'achat, fournisseurs, transitaires). Les approvisionnements formels béninois, au contraire de ceux du Nigeria et du Ghana, n'empruntent pas directement les voies en provenance des pays émergents d'Asie, producteurs de médicaments génériques peu coûteux. Les distributeurs formels de médicaments au Bénin ne se servent quasiment pas non plus parmi les médicaments produits par l'industrie pharmaceutique de leurs voisins anglophones.

La libéralisation économique du médicament a par contre cours au Nigeria et au Ghana depuis plus de trois décennies. Provoquant la diversification des sources d'approvisionnement, elle a pour effet direct un abaissement du coût des produits ; effet largement positif dans des pays où le pouvoir d'achat des populations est faible et où l'Etat ne garantit pas, ou peu, la prise en charge de la santé. En pharmacie au Bénin, les médicaments restent globalement chers. Cependant la libéralisation économique du médicament génère également une certaine souplesse des modes de distribution des produits (pas de séparation stricte de la distribution et de la promotion des médicaments, pas de séparation stricte de la vente en gros et de la vente au détail, vente des médicaments par des non-pharmaciens) sous la pression de logiques économiques (ventes toujours plus importantes stimulées par des stratégies de promotion des produits pouvant aller jusqu'à s'adresser directement aux consommateurs). Elle suppose donc, pour que soient maintenues des exigences sanitaires pertinentes, d'être encadrée strictement par des autorités compétentes.

C'est à cela que renvoie le marché informel du médicament au Bénin. Alors qu'il s'approvisionne en partie au Nigeria et au Ghana, par son intermédiaire, la libéralisation économique du médicament est en marche au Bénin depuis déjà plusieurs années avec ses effets positifs (baisse du coût des médicaments) et ses effets négatifs (assouplissement de la distribution). C'est cette crispation entre des exigences sanitaires et des logiques économiques que le marché informel du médicament questionne. Il soulève ainsi des problèmes de société dont, au-delà du Bénin, les gouvernements des pays concernés ne pourront faire l'économie.

On peut faire l'hypothèse que ces divergences entre le Bénin et le Nigeria et le Ghana dépendent en partie du contexte historique, économique et politique des pays. La politique pharmaceutique nationale du Bénin, de même que celle des autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest, s'inspire largement de celle qui a cours en France. La libéralisation économique du médicament a été formellement freinée dans ces pays en raison vraisemblablement d'héritages coloniaux, d'habitudes d'approvisionnement et de barrière linguistique mais peut-être aussi de stratégies économiques de la part des firmes pharmaceutiques qui y avaient ainsi une sorte de monopole. Pour aller plus avant sur ces questions, il est nécessaire se pencher plus globalement sur les différences en matière de politique pharmaceutique entre pays anglophones et francophones d'Afrique, de même que sur les fondements des modèles pharmaceutiques français et anglo-saxon.

³⁷ Elle commence à apparaître dans les circuits formels de distribution du médicament à travers l'émergence progressive de sollicitations de la part de firmes pharmaceutiques asiatiques. La firme chinoise Kunming Pharmaceutical Corp est venue en novembre 2007 à Cotonou faire la promotion d'un nouvel antipaludique, Arco®. Le célèbre producteur indien de génériques, Cipla, a inauguré depuis 2005 une voie inédite d'approvisionnement au Bénin en important directement dans ce pays ses produits à destination du secteur privé par le biais d'un des grossistes-répartiteurs. Encouragés par la politique d'ouverture vers ces pays pratiquée par le président, en exercice au Bénin depuis avril 2006, Monsieur Yayi Boni, les acteurs du système pharmaceutique béninois commencent à réfléchir aux moyens de créer des réseaux d'approvisionnement directs en partance de l'Asie.

³⁸ Le secteur public représentait 4.6 milliards de FCFA en 2007 et le secteur privé environ 21 milliards de FCFA la même année. Source : « La distribution de produits pharmaceutiques au Bénin », document interne de la mission économique de l'ambassade de France au Bénin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Assogba L.N.M., 1985 *Le marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé*, APEL, Université du Bénin, Unité de recherche démographiques, études et travaux n°5 : 19 p. + annexes.
- Baxerres C., Le Hesran J.Y., 2006 « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, Les atouts d'une offre de soins populaire », *Anthropologie et Sociétés*, 30 (3) : 219-230.
- Buclin T., Ammon C., 2001 *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*, Genève, Editions Médecine et Hygiène : 292 p.
- Capul J.Y., Garnier O., 1996 *Dictionnaire d'économie et de sciences sociales*, Paris, Hatier : 528 p.
- Coquery-Vidrovitch C., 1994 *Les Africaines, Histoire des femmes d'Afrique noire du 19^{ème} au 20^{ème} siècle*, Paris, Editions Desjonqueres : 395 p.
- Egg J., Herrera J., 1998 « Introduction : Echanges transfrontaliers et intégration régionale en Afrique Subsaharienne », *Autrepart*, 6 : 5-25.
- Fassin D., 1985 « Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 98 (25-2) : 161-177.
- Fassin D., 1986 « La vente illicite de médicaments au Sénégal. Economies « parallèles », Etat et société », *Politique Africaine*, 23 : 123-130.
- Galtier F., Tassou Z., 1998 « La réexportation : vice ou vertu ? Le commerce du Bénin vers le Nigeria », *Autrepart*, 6 : 123-143.
- Igué O.J., Soulé B.G., 1992 *L'Etat-entrepôt au Bénin. Commerce informel ou solution à la crise ?* Paris, Karthala : 210 p.
- Jaffré Y., 1999, « Pharmacie citadine, pharmacie « per terra » », *Africa e Mediterraneo*, 1, 99 : 31-36.
- Kamat V.R., Nichter M., 1998 « Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India », *Social Science and Medicine*, 47 (6)°: 779-794.
- Kleinman A., 1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press°: 427 p.
- LARES/IRAM., 1996 « Les échanges de produits pharmaceutiques », *L'Ec(h)o des frontières*, n°5.
- Lautier B., 1994 *L'économie informelle dans le tiers monde*, Paris, La découverte : 125 p.
- Lautier B., de Miras C., Morice A., 1991 *L'Etat et l'informel*, Paris, L'Harmattan : 211 p.
- Michka S., 1997 *Dictionnaire usuel yorùbá-français*, Paris, Karthala-IFRA, 382 p.
- N'Bessa B., 1999 *Porto-Novo et Cotonou (Bénin) : Origine et évolution d'un doublet urbain*, Bordeaux-Talence, Presse Universitaire du Septentrion : 423 p + annexes.
- Pale A., Ladner J., 2006 « Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahier Santé*, 16 (2) : 113-117.
- Skard T., 2004 *Afrique des Femmes, Afrique d'Espoirs*, Paris, L'harmattan : 367 p.
- Tarrius A., 2002 *La mondialisation par le bas, les nouveaux nomades de l'économie souterraine*, Paris, éditions Balland : 220 p.
- Touré L., 2005 « Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali », in *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, L. Pordié, Paris, Karthala : 269-286.

Van Der Geest S., 1982 « The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration », *Medical Anthropology*, 6 (4) : 197-219.

Van Der Geest S., 1987 « Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon », *Social science and medicine*, 25 (3)°: 293-305.

Vuckovik N., Nichter M., 1997 « Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States », *Social Science and Medicine*, 44 (9)°: 1285-1302.

Whyte S.R., Van Der Geest S., Hardon A., 2002 « Drug vendors and their market: the commodification of health », in *Social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press°: 79-90.

8.3. L'EXPERIMENTATION D'UN TRAITEMENT ALTERNATIF DU VIH/SIDA AU SENEGAL. A PROPOS DE LA SPIRULINE

Mathilde Couderc

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de recherches cliniques menées dans les pays du Sud est en nette augmentation. Cependant, peu d'informations sont disponibles concernant l'impact des contextes locaux (sanitaires, sociaux, culturels, économiques et politiques) sur le déroulement (conception, mis en œuvre, utilisation des résultats) des recherches cliniques réalisées dans les pays du Sud. Et sur l'impact de ces recherches cliniques sur les systèmes de santé locaux.

L'objectif général de ce travail anthropologique est donc de produire des connaissances sur les dimensions socio-culturelles de la recherche clinique concernant l'infection à VIH au Sénégal, en nous concentrant ici sur un aspect singulier : la réalisation d'essais cliniques de produits « non conventionnels » contre le VIH dans les structures de santé locales. Pour ce faire, nous avons pris comme objet d'étude un essai thérapeutique mené dans un cadre biomédical et qui propose de tester les effets de l'algue spiruline sur l'infection à VIH, en combinaison (ou non) avec la prise d'antirétroviraux.

Les médicaments issus de l'industrie pharmaceutique sont contrôlés à l'aide d'instruments de mesure spécifiques de la médecine moderne (protocoles d'évaluation clinique) qui selon Benoist (1990) « institutionnalisent la recherche sur l'efficacité ». Il faut donc nous intéresser aux procédures de validation de l'efficacité des traitements « profanes » et aux facteurs qui ont favorisé cette initiative (représentations du produit testé dans le contexte étudié, arguments qui conduisent au besoin d'expérimentation, personnes impliquées, méthodes employées, éthique etc.). Car en effet, en tant que substance à laquelle on reconnaît des effets, un traitement peut être potentiellement dangereux et mal utilisé. C'est ainsi que pour Van Der Geest (1988 : 6), la notion de contrôle est centrale pour analyser les caractéristiques et les usages d'un produit à visée thérapeutique. Cette problématique s'est construite en nous appuyant sur les travaux menés par Petryna (2005), Adams (2005), Lurie & Wolfe (1998), etc. sur le phénomène de « mondialisation de l'expérimentation humaine » (ses normes et les modalités de leur application au Sud, ses conséquences et ses limites). Les recherches issues de l'anthropologie médicale, et plus particulièrement l'anthropologie du médicament, à travers notamment la notion de « biographie du médicament » développée par Van Der Geest (1988) seront fertiles pour suivre l'itinéraire de la spiruline, depuis sa découverte jusqu'à la validation de son efficacité et sa prescription au patient comme médicament.

Dans un premier temps, nous allons présenter la situation de la recherche clinique VIH dans le dispositif sanitaire sénégalais et rendre compte de l'apparition de la spiruline dans le système médical et des facteurs qui ont contribué à son intégration dans un essai clinique thérapeutique sur l'infection à VIH. Puis, nous procéderons à une description des procédures de mise en place et du déroulement de l'essai « Spiruline ». Enfin, nous confronterons les conditions de réalisation de l'essai Spiruline avec celles d'autres essais cliniques VIH pour tenter de comprendre quel statut il occupe et quelle est la capacité des infrastructures locales médicales à mettre en œuvre un essai contrôlé.

LA RECHERCHE CLINIQUE EN MATIERE DE VIH DANS LE SYSTEME DE SOINS SENEGALAIS

SITUATION DE LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'INFECTION A VIH

Au plan international, le Sénégal a longtemps été érigé en modèle en terme de prise en charge de l'infection à VIH. Le taux de prévalence est faible et se maintient autour de 1%. En 1998, il est le premier pays d'Afrique sub-saharienne à mettre en place un programme public de distribution de médicaments antirétroviraux (ARV) sur la base d'un engagement gouvernemental en créant l'ISAARV³⁹. Depuis 2001, le pays a amorcé un processus de décentralisation de la prise en charge thérapeutique et depuis la fin 2003, les tests volontaires, les médicaments ARV et la numération des CD4 sont fournis gratuitement par l'Etat, dans le cadre du service médical public. Cependant, la conjoncture du Sénégal se caractérise par une précarité des conditions de vie⁴⁰. Ainsi, et malgré la gratuité des ARV, la majorité des patients ont des difficultés à assumer les dépenses liées à leur prise en charge médicale (consultations, examens complémentaires, hospitalisations, ordonnances, transport pour venir aux consultations ou retirer leur traitement ARV etc.)⁴¹. Ce facteur économique a pour conséquences : une irrégularité dans les rendez vous, un retard dans les bilans, une moindre observance etc. qui ont un impact considérable sur la qualité du suivi des patients. Cette situation a suscité en 2005 un plaidoyer pour la gratuité totale de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH⁴² (PvVIH).

Depuis 2003, il existe un consensus international sur la nécessité de généraliser l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les pays du Sud et notamment en Afrique⁴³. Ce qui a entraîné au niveau mondial une dynamique de développement de recherches cliniques visant à définir de nouveaux protocoles thérapeutiques. Il est donc pertinent d'observer et d'analyser au Sénégal les modalités de mise en place de ces protocoles de recherche thérapeutique très standardisés et de les mettre en perspective avec le dispositif d'offre de soins sénégalais. Considérant le contexte de pluralisme médical et le recours des patients à différents secteurs de soins (biomédical, traditionnel, populaire)⁴⁴, la question des traitements contre le VIH et de la validation de leur efficacité va être observée dans le fonctionnement des structures sanitaires locales de prise en charge du VIH, mais va également se décliner d'une manière spécifique dans le secteur traditionnel.

RECHERCHE CLINIQUE VIH ET SECTEUR BIOMEDICAL

Au Sénégal, plusieurs essais thérapeutiques se sont succédés dès 1999. Précisons qu'à cette époque (1997-2003), les essais cliniques représentent la seule opportunité d'obtenir un traitement pour la plupart des patients du Sud. Le Sénégal figure parmi les premiers pays du Sud à mener des essais de thérapies antirétrovirales et à proposer des stratégies innovantes, et la validation, menée au Sénégal, de certains protocoles thérapeutiques a guidé des recommandations de l'ONUSIDA. A ce titre, le Sénégal présente une réelle dynamique en matière de conduite de recherches cliniques VIH qui reste cependant centralisée au niveau des structures de santé de la capitale (Dakar) en raison du plateau technique et des ressources

³⁹ Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux.

⁴⁰ A Dakar, 60% de la population n'a pas d'emploi fixe ni de revenu régulier, 60% des personnes vivent en dépensant moins de 24 euros par personne et par mois pour assurer l'ensemble des besoins (logement, habillement, nourriture, santé etc.), et 83% de la population n'a pas de protection sociale permettant un remboursement même partiel des dépenses de santé. (Gomez do ES, 2000, Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la région de Dakar. Ministère de la santé- FNUE- Service de coopération et d'action culturelle de Dakar).

⁴¹ D'après une analyse menée dans le cadre de l'ISAARV, les coûts directs supportés par les patients infectés par le VIH dans le cadre de leur prise en charge médicale oscille entre 7 et 15 euros par mois (Canestri, Taverne, Thiam, Laurent, Ndir, Schieman, Landman, 2002, « Coûts directs du suivi médical à la charge des patients hors ARV » in L'Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. ANRS).

⁴² Taverne B., 2005, Gratuité des traitements du sida en Afrique : un impératif de Santé Publique. Population, Développement et VIH/sida et leurs rapports avec la pauvreté, 38ème session Commission de la population et du développement de l'ONU, New-York. B.Ferry (ed.), Paris, CEPED. 12p. <http://www.ird.sn/activites/sida/pdf/gratuite-Taverne2005.pdf>.

⁴³ cf. Programme 3x5 de l'OMS, relayé depuis 2005 par le programme Universal Access.

⁴⁴ Kleinman (1980)

humaines disponibles. Aussi, leur réalisation est dépendante des financements du Nord⁴⁵ et elle s'organise autour de programmes de coopération Nord-Sud.

Dans le cadre d'une recherche clinique VIH, la prise en charge des patients est caractérisée par plusieurs dimensions : une prise en charge totale, un suivi attentif, des examens nombreux et complets, un traitement toujours disponible (stock de sécurité des ARV), des pratiques de soins meilleures (hygiène, relation soignant-soigné), un traitement jugé plus efficace que celui disponible dans le programme national etc. Surtout, son organisation répond à des normes standardisées au niveau international : les Bonnes Pratiques Cliniques⁴⁶.

RECHERCHE CLINIQUE VIH ET SECTEUR TRADITIONNEL

La rencontre entre biomédecine et médecine traditionnelle sur le terrain de la recherche clinique s'est organisée dans un contexte de pluralisme médical associé à une conjoncture politique favorable (volonté politique de promotion des médecines traditionnelles promue par l'OMS [Alma Alta 1978] et mouvement de valorisation des médecines traditionnelles au niveau des politiques nationales). Par ailleurs, les années 90 représentent une période dramatique pour le secteur biomédical africain qui n'a aucun traitement à proposer aux malades. C'est dans ce contexte d'impuissance thérapeutique qui a précédé l'arrivée des ARV que les médecines « néo-traditionnelles » contre le VIH/ sida ont fait leur apparition. Jusqu'à récemment, les protocoles de recherches thérapeutiques associant un produit issu de la médecine traditionnelle avec les principes de la biomédecine représentaient une activité marginale au sein des institutions médicales. Cette pratique thérapeutique connaît un accroissement majeur ces dernières années car les guérisseurs sont sollicités par les promoteurs de la médecine traditionnelle pour légitimer l'usage de leurs traitements. La mise en œuvre de ces expérimentations a comme caractéristique principale d'être parfois éloignée des standards éthiques internationaux qui encadrent toute recherche biomédicale. En effet, on constate que ces normes sont réinterprétées localement par les tradipraticiens, pour donner lieu à ce que Pordié (2005 : 228) appelle des « modèles cliniques évaluatifs hybrides ». C'est-à-dire qu'ils empruntent au protocole biomédical quelques éléments de méthodologie seulement⁴⁷. Deux essais qui correspondent à ces caractéristiques ont été menés au Sénégal au début des années 2000, lesquels ont suscité de vifs espoirs chez les patients et des polémiques dans la communauté scientifique. Pour pallier à ces situations, la stratégie mondiale de l'OMS pour la médecine traditionnelle (2002-2005) qui intègre parmi ses objectifs celui de « promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la médecine traditionnelle » souhaite étendre la base de connaissances sur la médecine traditionnelle et fournir des conseils sur la réglementation et les normes de qualité⁴⁸. Cependant, on remarque que cette demande d'évaluation thérapeutique dans le domaine des médecines traditionnelles est toujours considérée par rapport à l'intégration des tradipraticiens dans le système de santé « dominant », ou aux politiques visant à organiser formellement ces derniers. Cette situation est génératrice de conflits car les enjeux mis en avant par nombre d'acteurs de la promotion des thérapeutiques traditionnelles (guérisseurs, ONG, autorités locales, associations de patients, médias etc.) ne sont pas uniquement sanitaires, mais souvent économiques (ressource locale, développement d'une production voire d'exportation, etc.) ou identitaires (médecines africaines *versus* médecine occidentale)⁴⁹. Ainsi nous constatons avec Pordié (2005 :228), qui définit la notion de « marché de l'évaluation thérapeutique » comme l'ensemble des offres et des demandes concernant la validation clinique et politique d'une médecine, que l'évaluation thérapeutique fait l'objet d'usages pratiques et politiques.

⁴⁵ Les promoteurs sont essentiellement français et américains.

⁴⁶ Elles sont édictées par divers organismes (Organisation Mondiale de la Santé, Food Drug Administration, AFSSAPS)

⁴⁷ Sur les modalités de réalisation de ces essais, voir également Desclaux A., 2003 : 52.

⁴⁸ Une réflexion est en cours concernant la mise en place d'orientations scientifiques et éthiques spécifiques pour les études impliquant des plantes traditionnelles dans ces pays. CFThom A., Cullinan K., 2007, « Traditional medicine needs to undergo scientific testing ». Health E-News. af-aids@eforums.healthdev.org.

⁴⁹ Egrot M., 2006.

Si d'habitude la mise en place d'essais cliniques en Afrique dépend des recommandations des organisations compétentes internationales, d'Institutions de recherches ou d'initiatives de promoteurs reconnus dans la communauté scientifique internationale, ils peuvent également être initiés par des personnalités locales en raison de croyances et motivations diverses. C'est le cas de la mise en place de l'essai « Spiruline ». Nous allons donc suivre le cheminement de cette substance afin de comprendre comment elle s'est retrouvée associée à la prise en charge du VIH.

BIOGRAPHIE DE LA SPIRULINE

LA SPIRULINE : DES USAGES MULTIPLES

La spiruline est une micro algue originaire du Tchad et du Mexique réputée pour ses propriétés nutritionnelles. Devenue populaire dans les années 70 dans les pays industrialisés comme « aliment santé », sa consommation représente aujourd'hui un marché mondial, notamment par le jeu des médecines alternatives qui en font la promotion à travers leur gamme de produits phytothérapeutiques.

Au Sud, la Spiruline est convoitée pour ses caractéristiques nutritionnelles et en Afrique Subsaharienne, l'usage de la Spiruline s'est progressivement répandu comme un moyen de lutte contre la malnutrition des enfants. Sa promotion se fait à travers des initiatives qui sont appuyées par des personnalités locales influentes et qui sont fortement médiatisées. En Afrique, la question de la malnutrition se pose avec acuité dans le domaine de la prise en charge du VIH car elle représente un co-facteur de progression rapide de l'infection vers le stade sida. C'est par ce glissement de fonction que la spiruline va être associée au domaine du VIH.

Dans le domaine médical, des recherches scientifiques tendent à démontrer différentes indications de la Spiruline dont le traitement de certaines pathologies chroniques (cancer, diabète) et récemment celui de l'infection à VIH/sida, en raison d'une activité de « stimulation du système immunitaire ». Si les résultats d'études *in vitro* ou menées sur des animaux⁵⁰ indiquent que la Spiruline pourrait, théoriquement, contribuer à lutter contre le virus du VIH, rien ne permet à l'heure actuelle, de tirer des conclusions sur l'efficacité clinique de la Spiruline sur une population d'adultes infectés vu la rareté des travaux menés⁵¹. Cependant, cette situation pourrait évoluer car l'OMS a récemment impulsé une dynamique pour mener plus de recherches cliniques sur les suppléments en micro nutriments afin de mieux connaître leurs impacts sur la population VIH⁵².

L'argumentaire de l'efficacité de la spiruline dans la prise en charge thérapeutique et nutritionnelle du VIH est très présent en Afrique. Il est alimenté par différents registres de discours (médias, politique, scientifique, opinion publique etc.) qui peuvent être assimilés à des réinterprétations du savoir médical. C'est par rapport à ces représentations de l'efficacité de la spiruline que certaines régions d'Afrique envisagent de l'utiliser comme traitement complémentaire aux ARV. C'est ainsi qu'au Bénin et au Burkina Faso, des traitements à base de spiruline contre l'infection à VIH sont commercialisés et administrés dans les centres de santé.

⁵⁰ Blinkova L., Gorobets O., Baturo A., 2001, "Biological activity of Spirulina", in *Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol.* (2) : 114-118 / Ayeahunie S., Belay A., Baba T., Ruprecht R., 1998, « Inhibition of HIV-1 replication by aqueous extract of *Spirulina Platensis* » in *Journal of Acquir. Immune. Defic. Syndr. Hum. Retroviral.* 18 (1) : 7-12 / Hayashi K., Hayashi T., Kojima I., 1996, « A natural sulfated polysaccharide, calcium spirulan, isolated from *Spirulina Platensis*= *in vitro* and *ex vivo* evaluation of anti herpes simplex virus and anti human immunodeficiency virus activities", in *AIDS Res. Hum. Retroviruses.* 12 (15) : 1463-1471 / Hayashi K., Hayashi T., Maeda M., Kojima I., 1996, « Calcium spirulan, an inhibitor of enveloped virus replication, from a blue green alga *Spirulina Platensis* », in *J.Nat.Prod.* 59 (1): 83-87.

⁵¹ En témoigne la rareté des publications dans les bases de données médicales de référence telles que PubMed et Medline : requête Spiruline + HIV = 7 références. Egalement, lors de la Conférence de Toronto 2006, et malgré un grand nombre de communications sur la thématique Nutrition et VIH (395), une seule concernait une étude clinique sur l'efficacité de la spiruline sur 9 PVIH naïfs d'ARV et asymptomatiques (ref : CDB0875).

⁵² « Consultation on nutrition and HIV/AIDS in Africa : Evidence, lessons and recommendations for action » Durban (Avril 2005). Parmi les études citées, aucune ne concernait la Spiruline.

Ainsi, en suivant l'itinéraire de la spiruline, on constate qu'elle est passée d'une fonction de complément alimentaire à celle d'activité antivirale.

Ainsi, pour nous aider à classer l'essai thérapeutique « Spiruline » dans une sorte de typologie des essais cliniques menés au Sénégal, il est nécessaire, dans un premier temps, d'interroger le statut qui est donné à ce produit : médicament, plante médicinale, remède, produit phytothérapeutique ou complément alimentaire ? Une question importante doit également être précisée : est ce que la Spiruline peut être apparentée aux traitements néo-traditionnels qui circulent au Sénégal dans le cadre de la prise en charge du VIH ? Dans ce cas, est ce que l'essai clinique « Spiruline » appartient à la catégorie des « dispositifs thérapeutiques hybrides » cités plus haut ? sinon, par quelles procédures son efficacité va-t-elle être validée ?

LA SPIRULINE : UN TRAITEMENT « NEO-TRADITIONNEL » ?

Plusieurs mois passés à répertorier les produits néo-traditionnels utilisés au Sénégal dans le cadre de la prise en charge du VIH (appellation, usages, lieu d'approvisionnement, indications etc.) nous ont permis de préciser le statut de la spiruline. Au cours de cette enquête, la Spiruline fût seulement citée par les patients qui avaient participé à l'étude clinique. Ce qui laisse penser que la Spiruline ne fait pas partie des produits locaux d'usage quotidien. En terme de pratiques thérapeutiques, nous n'avons pas recueilli de récits de la part des patients concernant des tradithérapeutes qui préparent, utilisent et prescrivent ce produit. Et la circulation de la spiruline entre les PvVIH au Sénégal était inexistante lors de notre enquête⁵³. Un dernier point, aucune PvVIH interrogée n'avait connaissance de l'utilisation de la spiruline comme traitement contre le VIH dans d'autres régions d'Afrique.

A travers cette énumération de faits, nous comprenons que la Spiruline ne participe pas localement aux logiques de promotions des thérapeutiques traditionnelles. Nous sommes donc tentée d'associer la Spiruline à la famille des traitements « non conventionnels ». L'émergence de la Spiruline s'inscrirait alors dans ce processus d'initiatives récentes de promotions des médecines alternatives à partir des pays développés. Ce qui semble correspondre au cas décrit ici puisque la production, l'approvisionnement et la promotion de la Spiruline sont assurés par une ONG sénégalaise qui travaille en partenariat étroit avec une ONG suisse (soutien financier, logistique, expertise etc.).

Dans la biographie d'un traitement, la question de la validation de son efficacité représente une étape importante. C'est cette phase que nous allons analyser maintenant en proposant une description ethnographique de l'essai Spiruline. Cette approche, en nous permettant d'observer les différents facteurs regroupés par Van Der Geest sous le terme de « drug situation » ici traduit par « contexte d'administration du produit » (1988 : 344) (caractéristiques du produit, profil du patient, identité de la personne qui prescrit ce traitement, lieu dans lequel le traitement est administré) devrait nous aider à avoir une meilleure compréhension de la construction de l'efficacité de la spiruline dans le traitement du VIH.

LA CONSTRUCTION SCIENTIFIQUE DE L'EFFICACITE DE LA SPIRULINE DANS LE DOMAINE DU VIH. DESCRIPTION ETHNOGRAPHIQUE DE L'ESSAI CLINIQUE « SPIRULINE »

ORIGINE DE L'ESSAI THERAPEUTIQUE

⁵³ Contrairement à l'utilisation de l'Aloe Vera dont la promotion se fait par tous les réseaux de communications possibles (associations de PvVIH, Internet, radio, presse etc.) et qui est utilisée par une grande partie des patients sénégalais.

En Août 2005, un protocole intitulé : « Amélioration de l'état nutritionnel des PvVIH à l'aide d'une supplémentation en poudre de spiruline » est mis en place par une équipe locale du service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de Fann (Dakar). A l'origine de ce projet, la demande de la Première Dame du Sénégal -laquelle a fondé une association qui fait la promotion de la Spiruline⁵⁴- et qui, convaincue des effets bénéfiques de ce produit sur la malnutrition et l'infection à VIH souhaitait l'administrer aux patients hospitalisés. Le chef de service ainsi sollicité accepte cette proposition à une condition, celle de tester ce produit dans le cadre d'un essai thérapeutique standardisé, ce qui allait nécessiter l'élaboration d'un protocole de recherche. Quelques mois plus tard, l'objectif principal de cet essai thérapeutique était défini comme suit : « évaluer l'impact d'une supplémentation quotidienne de spiruline sur l'évolution du statut nutritionnel, immunologique et clinique des PvVIH/sida ». A la lecture du protocole, le justificatif de l'étude repose sur deux arguments : d'une part, la pertinence de l'usage de la Spiruline sur une population VIH car cette substance est présentée comme ayant un effet positif sur le renforcement du système immunitaire ; d'autre part, le côté novateur d'une telle expérience : « très peu d'interventions nutritionnelles sont proposées pour améliorer la qualité et la durée de vie des patients. Elles sont souvent considérées comme une thérapie alternative en milieu hospitalier et il n'existe pas à l'heure actuelle de supplémentation bien standardisée ». Ainsi, on peut mesurer le double enjeu scientifique et politique qui repose sur cette expérimentation associant une substance « naturelle » à une démarche biomédicale.

ORGANISATION DE L'ETUDE CLINIQUE

Les acteurs impliqués

Cette étude pourrait être qualifiée d'essai hospitalier local puisqu'elle est menée exclusivement par des professionnels de santé sénégalais. Les investigateurs et co-investigateurs sont au nombre de neuf et les partenaires sont très divers entre ceux qui produisent et fournissent la Spiruline (ONG sénégalais-suisse), les financeurs (Organisations internationales et ONG), les autorités locales (Comité National de Lutte contre le Sida et conseiller technique du gouvernement pour la production de spiruline), les structures de référence en terme de prise en charge du VIH, les laboratoires de biochimie et de bactériologie-virologie etc. Nous citerons ici seulement les personnes les plus actives dans le déroulement de cette recherche clinique : le chef de service des Maladies Infectieuses (investigateur principal), un Professeur appartenant au même service (coordonnateur), le médecin d'étude clinique (MEC) qui assure le recrutement et le suivi des patients, l'assistant social (AS) qui s'occupe du recrutement des patients, des visites à domicile, de la recherche des « perdus de vue » et du remboursement des transports et l'infirmier qui est en charge des prélèvements biologiques.

Les différents espaces dans l'itinéraire thérapeutique des patients

L'essai clinique est localisé dans le bâtiment de la Clinique des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (Dakar), structure de référence en matière de prise en charge médicale, nutritionnelle et psychosociale des PVIH. La salle où se déroulent l'accueil et les consultations des patients se situe au premier étage, au même niveau que les chambres communes d'hospitalisation⁵⁵. Les participants à l'essai attendent leur tour dans un couloir sombre où il y a beaucoup de passage, et où rien n'a été aménagé pour les faire patienter. Le bureau est plutôt vaste, agréable et bien équipé (armoire pour ranger les dossiers et les médicaments, un lit, une table d'auscultation, une balance, une toise, un évier, un toilette, un frigidaire etc.). Les cahiers d'observation des patients et les sachets de spiruline sont rangés dans une vitrine fermée à l'aide d'un cadenas. La salle de prélèvements se situe juste à côté, les infirmiers et aides soignants y font des entrées fréquentes. Une fois les prélèvements effectués, ils sont amenés dans le frigidaire⁵⁶ du cabinet de consultation avant d'être acheminés vers le laboratoire de biochimie ou de

⁵⁴ ONG Education-Santé.

⁵⁵ Environ 1400 patients sont hospitalisés chaque année (1329 en 2006) avec une mortalité avoisinant les 30%. Près de 70% des lits sont occupés par les PVIH.

⁵⁶ Le frigidaire n'est absolument pas nettoyé, ce qui pose un problème d'hygiène concernant le stockage des tubes de prélèvements.

bactériologie. Le bureau de l'assistant social se trouve au rez de chaussée, au fond d'une cour où les patients partent se faire rembourser leurs frais de transport dès la consultation terminée.

Le protocole de recherche

Le schéma de l'étude s'organise autour de deux groupes de 30 patients, le groupe des « cas » auxquels est administrée la Spiruline et le groupe des « témoins ». Cette répartition correspond à la technique dite « randomisée à double insu », c'est-à-dire que les groupes sont constitués de manière aléatoire (tri effectué par informatique) et, pour des raisons de démonstration scientifique, ni les patients, ni les professionnels de santé ne savent qui prend la Spiruline ou pas. On trouve un nombre équivalent de personnes sous ARV et naïfs d'ARV dans ces deux groupes. Le projet initial était d'administrer la Spiruline auprès des patients hospitalisés par le biais de repas anonymisés. Cela n'a finalement pas été appliqué et a été remplacé par plusieurs cures de Spiruline prises au domicile du patient. Cette étude prévue pour une durée de six mois s'organise autour de plusieurs étapes bien définies : le recrutement des patients, la séance de pré-inclusion des patients, l'inclusion des patients dans l'étude, le suivi et la sortie d'essai des patients. Le rythme des visites s'organise de la façon suivante : consultation tous les quinze jours lors des trois premiers mois, puis chaque mois jusqu'à la fin de l'étude. Les actes accomplis lors du suivi des patients sont les suivants : examens anthropométriques et cliniques, administration de spiruline, enquête alimentaire et examens biologiques. Les frais pris en charge sont les transports⁵⁷, les hospitalisations, certains examens complémentaires et les médicaments disponibles à la pharmacie de l'hôpital.

PERCEPTIONS ET PRATIQUES DU DISPOSITIF DE RECHERCHE CLINIQUE « SPIRULINE » PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES PATIENTS

Les professionnels de santé

Le processus de recrutement

Les patients sont orientés vers le MEC par l'assistant social ou les médecins du même service. Selon le MEC, lorsque le patient arrive, il a une connaissance très faible de l'objectif du projet car cette information est donnée en amont de façon aléatoire et incomplète. Lors de cette première rencontre avec le patient, une sérologie de confirmation est demandée et un premier interrogatoire est mené pour vérifier les correspondances avec les critères d'inclusion. Le MEC met en place des stratégies « pour faciliter l'adhésion et la fidélité du patient au projet », c'est ainsi qu'il privilégie les patients qui ont partagé l'information sur leur séropositivité avec leur entourage car il pense que cela aura un impact positif sur l'observance, ceux qui respectent les rendez vous et ceux qui habitent Dakar. Dans le cadre de cet essai le délai de recrutement a été largement dépassé⁵⁸. Selon le MEC, cette situation a contribué à décourager le personnel de santé et a eu des conséquences sur la qualité du suivi des patients.

L'entrée dans la recherche clinique

Lors de la présentation de la lettre d'information, la qualité de l'information transmise par le MEC au patient semble s'amenuiser avec le temps et la « routine » que cette procédure jugée rigoureuse installe. C'est ainsi que le premier patient bénéficie d'une explication longue et exhaustive alors que le dernier reçoit une information partielle. Une fois le patient inclus, le MEC utilise un « cahier d'observation du patient » pour recueillir les données spécifiques à l'essai (lettre d'information, consentement de participation, fiche de pré-inclusion, données diététiques et cliniques, enquête d'acceptabilité de la spiruline). Lors de cette première visite, une carte d'appartenance à l'essai est remise au patient avec un numéro et le nombre de visites prévues. Selon le MEC et l'AS, les patients acceptent de participer au projet car ils sont intéressés par le paiement des transports.

⁵⁷ Les remboursements sont de 4000 FCFA à chaque visite, c'est à dire le double de la somme proposée dans les autres projets.

⁵⁸ Pour donner un ordre d'idée : 11 patients ont été inclus sur une période de huit mois dont un seul patient entre le mois de mars et le mois de Juin 2006.

Le suivi des patients

La séance de consultation se déroule dans un lieu tenu fermé à clé et dure une vingtaine de minutes, pendant lesquelles le MEC s'efforce d'installer une relation de confiance avec les patients. L'auscultation des patients n'est pas systématique et lorsqu'elle est effectuée en dehors des visites obligatoires elle est succincte (contrôle anémie, prise du poids et tension). Le MEC regrette de ne pas avoir bénéficié d'une formation dans le domaine de la nutrition pour mieux maîtriser certaines pratiques exigées par le protocole.

Concernant l'administration de la spiruline, elle est conditionnée sous formes de poudre dans un petit sachet en plastique transparent qui rappelle ceux distribués par les vendeurs ambulants. Aucune indication n'y est apposée, ni la posologie, ni la composition, ni l'identité du fabricant. Les horaires de prise ainsi que la dose sont laissés au choix des patients. Selon le MEC, les informations données oralement lors de la première remise de Spiruline doivent être systématiquement renouvelées car les patients n'intègrent pas comment prendre le produit. Des plaintes concernant les pratiques de prélèvements (douloureux, non discrets et trop fréquents) ont été rapportées au MEC par les patients. Le MEC évoque également l'écart entre la théorie et l'application des Bonnes Pratiques Cliniques, dont notamment des problèmes dans l'archivage des dossiers, le respect de la confidentialité ou encore l'absence d'audits externes pour contrôler le bon déroulement de l'étude.

La sortie d'essai

Le MEC distingue les sorties « prématurées », c'est-à-dire les participants qui ont abandonné le projet en cours de suivi pour des motifs différents (lassitude des allers et venues, difficultés pour payer le transport, éloignement géographique et recours à la médecine traditionnelle) de celles dépendantes de la fin de l'essai.

Les PvVIH

Intérêts à participer à une recherche clinique

Plusieurs facteurs participent à leur prise de décision, dont l'idée d'un suivi plus régulier, mais le premier motif de participation est le soulagement économique perçu à travers la prise en charge de certains frais. Les patients trouvent dans ce qu'ils appellent les « projets » une aide financière non négligeable, ce qui va entraîner des stratégies de leur part pour entrer dans différents essais. Cependant, selon les participants, des retards répétés dans les remboursements des transports ont occasionné chez certains d'entre eux des conflits avec leur entourage, notamment parce qu'ils s'étaient trouvés dans l'obligation d'activer des réseaux de solidarité (famille, voisinage etc.) pour emprunter l'argent nécessaire pour se rendre aux consultations. Ces retards ont également accru le nombre de patients « perdus de vue ».

L'entrée dans la recherche clinique

Les patients ont été informés du projet par l'AS, lequel donnait des informations succinctes sur le but de l'étude : « c'est pour voir si vous grossissez ou si vous maigrissez »; la prise de spiruline n'étant jamais mentionnée. Concernant la présentation de la note d'information au patient et le recueil du consentement éclairé, les patients ont un niveau de connaissance très faible sur les objectifs de la recherche clinique, allant jusqu'à l'impossibilité de définir ce qu'est la spiruline, surtout dans le groupe témoin.

Le suivi des patients

Dans la relation thérapeutique, les patients apprécient les conseils nutritionnels reçus par le MEC. En ce qui concerne l'expérience du traitement administré, les patients ont tous cités le goût désagréable de la spiruline comme premier motif de rupture d'observance. L'apparition d'effets secondaires associés à la prise de spiruline (douleurs d'estomac, nausées, vomissements, diarrhées etc.) est également mise en cause dans l'arrêt prématuré du traitement. De fait, les patients ont parfois recours au mensonge par rapport au respect des prises de la spiruline, soit par crainte de la réaction du médecin, soit par peur de compromettre le projet. Les représentations de la spiruline par les participants sont construites à partir des discours du personnel de santé, c'est-à-dire qu'ils l'associent à des « vitamines », un « fortifiant » ou encore un « médicament pour faire manger ».

La sortie d'essai

Concernant l'adhésion des patients au projet, le groupe « témoins » est plus satisfait que le groupe qui a bénéficié de la spiruline. En effet, alors que les premiers ont su tirer avantages des conseils nutritionnels ; les seconds se disent soulagés que le projet se termine, soit parce qu'ils n'apprécient pas le produit, soit à cause des obligations inhérentes à l'étude (visites fréquentes à l'hôpital, prélèvements etc.). L'extrait de cet entretien mené avec un patient très instruit illustre son insatisfaction et la remise en question de l'utilité de l'essai : *« J'ai senti une amélioration, mais lorsque j'ai arrêté la spiruline. Ce projet était une perte de temps. Cela ne m'a rien apporté et ça ne va rien apporter aux autres non plus. J'ai même lu que la spiruline était utilisée pour les bébés déshydratés, mais quelqu'un d'adulte infecté par le virus du VIH n'est pas un bébé ».*

Ainsi, les représentations de cette recherche clinique « Spiruline » par les professionnels de santé et les PvVIH nous permettent, à travers leur itinéraire dans l'essai, d'observer les spécificités de cette étude ainsi que les disfonctionnements et de faire émerger des écarts entre les normes de réalisation d'un tel dispositif scientifique et la réalité des pratiques quotidiennes. De fait, il nous semble intéressant de confronter la mise en œuvre de cet essai avec celles d'autres dispositifs d'évaluation de thérapies menés à Dakar en analysant leurs pratiques communes et / ou leurs interprétations divergentes.

L'ESSAI SPIRULINE : DES NORMES AUX PRATIQUES

Cinq recherches cliniques sur l'infection à VIH (dont quatre essais thérapeutiques avec ARV) ont été ethnographiées. Cette démarche se justifie par notre volonté d'observer et de comprendre chaque étape prévue dans un processus de recherche clinique ; et ce dans la durée impartie de notre terrain, ce qui exige d'observer plusieurs processus de recherches cliniques à des stades différents. Les contraintes inhérentes à l'objet d'étude sont lourdes (autorisations des promoteurs, accès aux professionnels de santé et aux patients etc.) et le dispositif, en concernant plusieurs études, a permis d'éviter de nombreux aléas (retard dans le démarrage, attente approbation du comité d'éthique, période de recrutement et d'inclusion des patients aléatoire etc.). C'est ainsi que nous avons privilégié une approche transversale de ces 5 recherches cliniques au travers de 4 thèmes : Intérêt à participer à une recherche clinique ; entrée dans l'essai (processus d'inclusion et conditions de recueil du consentement) ; suivi des patients (relation soignant-soigné, bénéfices directs et bénéfices thérapeutiques etc.) et la sortie d'essai (standard de soins, restitution des résultats etc.). Cette méthode nous a permis de reconstituer la chaîne opératoire d'une recherche clinique et de comparer les conditions de sa réalisation avec celles d'autres études. Les données préliminaires issues de cette analyse ont fait émerger les spécificités et similitudes suivantes dans la mise en œuvre de l'essai « Spiruline ».

APPLICATION DU PROTOCOLE : DIFFICULTES ET AJUSTEMENTS

Il va s'agir de repérer l'existence de disfonctionnements dans les différentes phases de l'essai « Spiruline », et de distinguer quels aspects des pratiques des acteurs de santé sont déterminés par les contraintes matérielles, et quels aspects découlent de la formation et des usages professionnels.

Prise de connaissance de l'essai : nous avons vu que l'AS transmettait une information partielle au patient, or, cette première source d'information (statut de la personne et contenu des informations) est déterminante dans le processus décisionnel du patient et dans sa perception du projet. En effet, la nature du discours tenu sur l'objectif de l'essai et les bénéfices pour le patient varie selon qu'il s'agit d'une autre PvVIH, d'un médecin, d'un assistant social ou des médias.

Présentation de la lettre d'information au patient : selon nous, le contenu de la note d'information de l'essai peut constituer un élément incitatif dans l'adhésion du patient car il est écrit « compte tenu de l'importance de cette étude et des résultats bénéfiques attendus... ». Or, cette information s'appuie sur des données non vérifiées puisqu'il s'agit justement de répondre à cette question de l'efficacité par le biais des résultats de l'étude.

Par ailleurs, nous avons constaté des pratiques d'information hétérogènes de la part du clinicien. Tous les participants n'ont donc pas accès au même niveau d'informations sur l'essai. Cette situation va avoir des

répercussions sur la compréhension et l'adhésion des patients à l'essai. Cette pratique interpelle sur la valeur du consentement signé.

Durée de recrutement et d'inclusion des patients : généralement, dans la mise en place d'essais cliniques, le respect du délai de recrutement est une des premières exigences car le budget et la valeur de la démonstration scientifique de l'étude en dépendent. Ici, le fait que l'essai se termine avec un an et demi de retard pose des questions d'organisation et de logistique. En effet, cela suppose que le personnel de santé soit rémunéré sur cette durée supplémentaire et cela nécessite de mobiliser toute une équipe pour le petit nombre de patients qui restent à suivre.

Suivi des patients : plusieurs contraintes, notamment d'ordre matériel ont rendu difficile le bon déroulement du suivi des patients tels que des problèmes de ruptures et de stockage des médicaments (hors ARV), le manque d'équipement moderne pour effectuer les mesures anthropométriques et de réactifs pour effectuer les mesures des charges virales etc. D'autres incombent à un manque de formation et à des habitudes du personnel de santé comme par exemple l'absence d'hygiène dans le stockage des tubes de prélèvements, le non respect de la confidentialité (va et vient des infirmières dans la salle de prélèvements), le manque de compétences (prélèvements mal faits) ou encore les problèmes d'absentéisme (préleveuse attirée au projet délègue sa place à quelqu'un de moins confirmé, non informé du type d'essai etc.). Par rapport à cette situation, on constate une attitude résignée du patient qui est très représentative du contexte africain, non seulement par le fait qu'il n'ose pas remettre en question l'autorité médicale, mais surtout par la banalisation qui est faite de l'acte de prélever. Ces traits qui sont spécifiques à l'organisation des structures de santé d'Afrique de l'Ouest (manque de compétence de la part du personnel de santé, glissements de fonction, procédures non respectées, rapports hiérarchiques soignant-soigné etc.)⁵⁹ révèlent les difficultés de l'équipe locale à appliquer les Bonnes Pratiques Cliniques.

La sortie d'essai : aucune séance de restitution des résultats n'a été prévue pour les participants. Précisons que ces séances de restitution ne sont pas pratique courante dans les programmes de recherche clinique menés au Sénégal.

L'exploitation des résultats de la recherche : malgré des résultats non significatifs de l'étude clinique sur l'efficacité de la Spiruline sur l'état nutritionnel, immunologique et biologique des PvVIH, le rapport de recherche remis au promoteur préconise dans ses recommandations la promotion de la spiruline à tous les niveaux (autorités nationales, structures de recherches, communautés etc.). Ainsi, au regard de cette interprétation des résultats, l'on est à même de se demander si la mise en place de cet essai n'a pas fait l'objet d'un usage politique pour permettre de justifier la production et la consommation de la Spiruline.

LES SPECIFICITES D'UNE RECHERCHE CLINIQUE VIH ASSOCIANT BIOMEDECINE ET TRAITEMENT « NON CONVENTIONNEL ». ANALYSE COMPAREE

La constitution de l'équipe de recherche

Alors que la majorité des recherches cliniques menées à Dakar sont financées par des Pays du Nord⁶⁰ et gérées par des équipes de coopération Nord-Sud, cet essai est financé localement et il est mené exclusivement par des acteurs de santé sénégalais. On retrouve l'organigramme classique et le respect de la hiérarchie : le MEC qui exécute le protocole, le coordonnateur qui rend compte des résultats à l'investigateur etc. Cependant, certains postes essentiels ne sont pas pourvus comme par exemple celui d'un spécialiste en nutrition⁶¹ et aucun contrat officiel avec précision des termes de référence de chaque poste n'a été signé par les membres de l'équipe. Cela a entraîné une mauvaise répartition des tâches au sein de l'équipe et a considérablement ralenti le déroulement de l'étude.

⁵⁹ Cf Olivier de Sardan et Jaffré, 2003.

⁶⁰ Essentiellement France et Etats-Unis.

⁶¹ Ce n'est que six mois après le démarrage du suivi qu'un nutritionniste a été nommé comme superviseur.

La liste des personnes et des structures de notoriété publique citées en tant que partenaires et co-investigateurs sur cet essai donne l'impression d'une recherche de légitimité de la part du promoteur. Nombre d'entre eux n'ont cependant pas suivi le déroulement de cet essai.

L'implication de nouveaux acteurs

Cet essai clinique est soutenu et financé à un haut niveau hiérarchique puisque sa mise en place résulte de la volonté de l'épouse du Président d'administrer la spiruline aux PvVIH. En passant par le biais d'une structure de référence en terme de prise en charge du VIH, l'objectif était d'avoir accès à un grand nombre de malades sur lesquels tester ce produit et d'acquérir ainsi une certaine légitimité. Or, n'ayant pas de connaissance des principes de la recherche clinique, l'épouse du Président n'a pas semblé préoccupée par la question de la protection des patients et des éventuels risques toxicologiques à administrer ce produit sans dispositif de contrôle. Le fait que cet essai soit financé par une Organisation Non Gouvernementale (ONG) est également un facteur nouveau. En général, ces soutiens se répercutent sur l'image du produit testé qui va alors bénéficier d'une forte médiatisation. En témoigne le discours du Président de la République sénégalais lors de l'annonce de sa candidature pour les élections de 2007, lequel a félicité les efforts de distribution de la spiruline par le biais de l'ONG de son épouse pour « renforcer les sidéens »⁶². Cependant, d'autres personnes issues du milieu de la recherche médicale cultivent un certain scepticisme par rapport à cet essai. On peut donc imaginer que cet essai sur l'efficacité de la spiruline contre l'infection à VIH va mobiliser des enjeux multiples (scientifique, politique, économique etc.).

Perceptions de l'essai « Spiruline » par les autres professionnels de santé

La pertinence scientifique du projet a été contestée par plusieurs professionnels de santé dès la prise de connaissance du protocole. Les critiques portaient essentiellement sur le schéma de l'étude et les critères d'inclusion. Les méthodes d'exploitation des données étaient également mises en cause en raison de la difficulté à déterminer qui de la Spiruline ou des ARV agissait sur l'évolution de l'infection à VIH, étant donné que le groupe des cas est composé des deux profils de patients (naifs d'ARV et sous ARV). Pour l'OMS, le fait que le produit testé agisse en même temps que le traitement conventionnel est un des problèmes spécifiques aux recherches cliniques en médecine traditionnelle, lequel amène également à considérer les interactions thérapeutiques potentielles et les effets secondaires du traitement traditionnel⁶³. Il est frappant de voir que ces craintes s'apparentent à celles générées par la mise en place d'essais cliniques néo-traditionnels, alors qu'ici l'essai est mené dans un cadre biomédical reconnu pour ses compétences dans la mise en œuvre de recherches cliniques VIH.

Représentations et usages du produit testé

Dans les autres essais cliniques observés, le discours concernant le traitement administré porte sur le caractère novateur et « moderne » de la molécule testée, cependant, les MEC insistent auprès des patients sur la démarche expérimentale employée. Dans l'essai « Spiruline », le MEC a recours à un registre positif concernant les effets du traitement : « cela va améliorer votre état de santé » ou « c'est un produit bénéfique ». Ce discours représente un biais dans l'adhésion des patients puisqu'il évoque l'efficacité du produit et les participants risquent d'être influencés par ce jugement qu'ils associent à un savoir médical documenté.

Cet essai clinique se différencie des autres essais ethnographiés par le manque de rigueur concernant les conditions de stockage et les recommandations de prise du traitement testé ainsi que par l'absence d'un dispositif de contrôle de l'observance. Pourtant, ces pratiques qui font partie des Procédures Opératoires Standardisées (POS) sont essentielles pour exploiter les résultats et démontrer l'efficacité du traitement.

La question des risques d'interactions médicamenteuses entre la prise simultanée d'ARV et de Spiruline n'a été évoquée ni dans le protocole de recherche, ni par les acteurs impliqués dans la réalisation de cet essai.

⁶² Quotidien Le Soleil, 13 mars 2006.

⁶³ OMS (Genève), 2000, "General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine": 80p.

Le protocole de recherche fait état d'études de toxicologie qui auraient été menées en amont et qui ont été probantes ; cependant, les interactions médicamenteuses ne sont pas étudiées dans ces études de toxicologie.

Concernant la présentation du produit (poudre en sachets posés en vrac dans une vitrine), si l'on n'était pas dans un essai clinique mis en place dans un cadre biomédical et mené par des bio-médecins, on pourrait croire qu'un guérisseur traditionnel est venu déposer son remède. Est-ce qu'il s'agit d'un manque de moyens ? d'une négligence de la part des promoteurs ? d'une tentative de ré-introduction d'un élément traditionnel pour permettre une meilleure adhésion des patients au produit testé ? Notons que cette apparence est très différente des traitements contre le VIH à base de Spiruline commercialisés au Bénin et au Burkina Faso, lesquels imitent les emballages des médicaments industriels. Certains patients ont d'ailleurs expliqué qu'ils auraient préféré prendre la spiruline sous forme de gélules car ils pensent que sous cette forme le goût est moins désagréable. Est-ce que cette préoccupation pour la forme ne s'inscrit pas également dans le registre de leur perception de l'efficacité ? Quant à l'analyse des représentations des patients de l'efficacité de la spiruline, un accès restreint au groupe des « cas » et le fait que l'étude soit toujours en cours à la fin de notre période d'enquête ne nous a pas permis d'aborder cette question en profondeur. Cependant, il serait intéressant de confronter les représentations de la spiruline selon le groupe « cas » et « témoin » et d'analyser les perceptions de la spiruline par les patients qui ne sont pas encore sous ARV, ceci afin de voir quel statut ils accordent à ce produit : équivalent aux ARV, complément aux ARV etc.

CONCLUSION

A travers l'analyse de la dimension socio-culturelle de la construction de l'efficacité de la Spiruline au Sénégal, cette étude anthropologique a permis de fournir des données nouvelles sur les traitements « non conventionnels » dans l'espace thérapeutique du sida au Sénégal et sur leurs procédures de légitimation.

La question de la définition d'un statut pour cet essai « Spiruline » nous a amené à confronter son fonctionnement avec les autres dispositifs d'évaluation de thérapies présents dans le même contexte sanitaire. Ainsi, bien qu'il réunisse des éléments communs avec les essais menés en médecine traditionnelle, il ne peut pas y être apparenté car l'initiative de cet essai n'émane pas d'une demande de légitimité de son produit par un guérisseur traditionnel et nous avons montré que la Spiruline ne rentre pas dans la catégorie des « traitements néo-traditionnels » contre le VIH. En ce qui concerne son intégration dans le secteur biomédical, la description ethnographique du processus de mise en œuvre de cet essai « spiruline » a montré qu'il empruntait les traits d'une recherche clinique biomédicale (élaboration d'un protocole, cahier d'observation des patients, formulaire de consentement, carte de l'essai etc.) mais que cependant, il n'en respectait pas tous les fondements éthiques et méthodologiques.

De fait, ce dispositif thérapeutique se caractérise par plusieurs aspects que nous avons documentés à travers l'histoire de sa mise en place, lesquels participent à un phénomène nouveau : la multiplicité des interlocuteurs dans la promotion de la spiruline (autorités locales, ONG, médecin de notoriété publique), la diffusion de modèles pluralistes (introduction de la spiruline par un pays du Nord), le rapport entre le local et le global (légitimation des pratiques et des savoirs). Par ailleurs, la mise en place de ce dispositif thérapeutique sur les effets de la spiruline dans le traitement du VIH révèle de nombreux enjeux qui ne sont pas simplement scientifique (expérimentation innovante), mais aussi économique (possibilité d'une production locale de Spiruline), sanitaire (intérêt pour ce produit malgré accessibilité et efficacité des ARV), politique (soutien d'acteurs influents), identitaire (découverte locale comme instrument d'indépendance sanitaire) et surtout éthique. Sur ce dernier thème, de nombreuses questions restent à élucider dont la première est celle de la notion de bénéfice direct pour les patients qui se prêtent à ce type d'essai. Par ailleurs, comment expliquer cet écart entre un véritable engouement populaire en Afrique pour la Spiruline et

la faible attention portée à cette substance dans les traitements du VIH par la communauté scientifique internationale ?⁶⁴

BIBLIOGRAPHIE

- Adams V., 2005, "The Challenge of Cross-Cultural Clinical Trials Research: Case Report from the Tibetan Autonomous Region, People's Republic of China" in *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 19, Issue 3, pp. 267–289.
- Benoist J., 1990, « L'efficacité thérapeutique : entre le biologique et l'anthropologique ». *La revue du Praticien – Médecine Générale*.
- Desclaux A., 2003, « Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée ». *Anthropologie et Sociétés*. vol. 27, n° 2, 41-58.
- Desclaux A., Lévy J., 2003, « Culture et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol.27, n°2.
- Egrot M., 2006, « Anthropologie des essais cliniques en Afrique ». Document interne à l'IRD.
- Kleinman A., 1980, « Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry », Univ.of California Press.
- Lurie P. & S. M. Wolfe, 1998 "Unethical Trials of Interventions to Reduce Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries". *New England Journal of Medicine*, 337(12):853–855.
- Olivier de Sardan JP., Jaffré Y. 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. APAD-Karthala.
- OMS, 2005, « Consultation on nutrition and HIV/AIDS in Africa: Evidence, lessons and recommendations for action » Durban.
- OMS, 2000, "General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine": 80p.
- Petryna A., 2005, "Ethical variability: Drug development and globalizing clinical trials" in *American Ethnologist*. Volume 32 Number 2.
- Pordié L, 2005, « Emergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines » in *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. Karthala : 225-265.
- Taverne B., 2007, « Recherche clinique et médecine traditionnelle : télescopage épistémologique et reproduction de l'ordre social ». Communication orale lors de l'atelier du GISPE sur « L'éthique de la recherche en santé dans les pays du Sud » (2-3 avril 2007) Paris.
- Van Der Geest S. & Whyte SR. (dir.), 1988, *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

⁶⁴ Sur cette question, voir les commentaires des autorités locales sur un essai similaire mené au Burkina Faso dans le dossier de Sidaction (janvier 2007), « Les groupements communautaires et la recherche sur le VIH au Burkina Faso ».

8.4. L'EXPERIMENTATION DES TRAITEMENTS NEO-TRADITIONNELS DU SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST : QUESTIONS D'ETHIQUE

Emmanuelle Simon, Marc Egrot, Abdoulaye Traoré, Bernard Taverne, Alice Desclaux

La recherche menée avec des êtres humains dans les pays à ressource limitées est source de questions et de débats, et cela plus particulièrement encore dans le cas des expérimentations menées avec des traitements néo-traditionnels. Si on dispose maintenant de rapports et de réflexions qui font état de dysfonctionnement éthique de la recherche biomédicale menée au Sud, on ne dispose de presque aucune donnée sur les essais concernant des traitements néo-traditionnels. Notre propos sera donc articulé en deux temps : description des dérives éthiques et méthodologiques observées sur le terrain ; regard analytique anthropologique pour essayer de fournir des clés de compréhension.

DONNEES COLLECTEES

Sur plus de 75 produits collectés sur les trois sites et d'après les données en notre possession :

- 25 produits ont fait l'objet d'un suivi par un membre du corps médical (cohorte observationnelle réduite d'une part, essai ouvert incluant une 50-60aine de patients mais pouvant en inclure parfois beaucoup plus) pour des produits qui se présentent comme des compléments nutritionnels, des « immunostimulants », des alternatives aux ARV (en traitement de première ou de seconde ligne), des traitements capables de guérir et ou prévenir le VIH/sida.
- 2 produits présentés comme des compléments nutritionnels ont fait l'objet d'essais thérapeutiques au Sénégal, au Burkina et au Bénin (dont un avec un groupe témoin rétrospectif).
- 1 produit présenté comme « immunostimulant » a fait l'objet de plusieurs essais (Burkina, Cambodge, Côte d'Ivoire où l'essai a finalement été interrompu) contre placebo chez des patients ne nécessitant pas de trithérapie (taux de CD4 supérieur à 350).
- La méthode utilisée est de type empirique et compréhensive : entretiens qualitatifs, questionnaires semi-ouverts, observations directes des situations, recension des produits, revue de presse. Les données obtenues à propos de ces expérimentations proviennent essentiellement du croisement des informations obtenues par entretien auprès des producteurs, des promoteurs, des distributeurs et des prescripteurs de ces produits, auprès des professionnels de la santé, des associatifs et des PVVIH. Seulement quelques observations in situ ont pu être réalisées. Ceci nous a toutefois permis de relever de nombreuses limites méthodologiques et éthiques de ces expérimentations.

BIAIS METHODOLOGIQUES

La plupart des expérimentations n'étaient que des cohortes observationnelles qui comportent toujours différents biais favorables : effet placebo, exclusion des patients ayant des effets adverses et dont l'état se détériore.

Si dans certains cas, les cohortes sont suivies par des médecins investigateurs différents des promoteurs de la recherche, plusieurs cohortes l'ont été par les promoteurs eux-mêmes lorsqu'ils étaient pharmacien, biochimiste ou médecin. Ceci est d'une part contraire aux principes d'éthique et d'autre part entraîne la suspicion et peut nuire à l'acceptation des conclusions de la recherche.

ABSENCE DE DONNEES SUR LA TOXICITE

Une des étapes préliminaires à l'organisation d'un essai consiste à réunir suffisamment de données sur l'efficacité biologique des composés ainsi que leur toxicité. Nous n'avons pu avoir accès à presque aucune donnée publiée sur lesquelles s'appuieraient les études observées concernant la sûreté d'usage des composés. De nombreuses études se réfèrent à des quelques données pharmacologiques, quelques produits seulement ont fait l'objet d'étude in vitro, puis in vivo chez les souris ou chez les cobayes. Des recherches sont menées sur des traitements à la composition inconnue.

Presque aucune étude n'a donné lieu à des publications dans des revues scientifiques. La publication de brevet pour au moins 4 des produits inventoriés n'a pas été suivie de publications scientifiques.

RAPPORT BENEFICE / RISQUE

On peut s'interroger sur la prise en compte des intérêts des participants à ces expérimentations. Que dire du rapport bénéfice/risque pour le patient lorsqu'on teste un médicament dont on ne connaît pas la composition ? Sur les deux études réalisées à partir de « boîtes noires » (Cf. Latour, 1989) (aucune donnée disponible sur la composition du produit), seulement une proposait un suivi biologique de routine des patients (hémogramme, bilans rénaux et hépatiques, glycémie) et avait conclu un accord tacite (non contractuel) avec le tradipraticien qui s'engageait à prendre en charge financièrement les patients en cas de survenue d'effets indésirables en cours d'étude.

COUT DES TRAITEMENTS

Sur l'ensemble des études, dans six cas le coût du produit était à la charge du participant, et dans sept cas les analyses prescrites durant la recherche incombait au patient.

AUTORISATION A MENER DES RECHERCHES

Au Bénin, aucun des promoteurs des études observées (à l'exception d'un essai sur un complément nutritionnel) n'avait fait la moindre démarche auprès des autorités sanitaires et scientifiques locales pour soumettre le protocole.

Le recrutement dans de nombreuses études se fait à la discrétion du thérapeute. Les tradipraticiens ou les médecins recruteurs et/ou investigateurs proposent de manière informelle à leur « patient » de faire partie d'une étude. Il y a là une ambiguïté du statut des « recherches » qui à certains égards se présentent comme des « soins » ou sont difficiles à distinguer de l'activité clinique courante des thérapeutes. Cette ambiguïté est d'ailleurs renforcée par le fait que pour un nombre important de produits, la commercialisation est concomitante voire antérieure à l'expérimentation du produit. Certains malades sont aussi recrutés à la suite de présentations de produits faites dans des associations de PvVIH par des personnes impliquées dans la diffusion du produit testé (promoteurs, investigateurs, PvVIH consommatrices). Enfin, le recrutement se fait aussi par réseaux d'inter-relations, amis, famille.

Dans un tel contexte, les études menées dans une structure de prise en charge peuvent être méconnues des personnels de santé exerçant dans le même service mais non impliqués. Différentes études sont menées dans des cliniques et cabinets privés avec des PvVIH en situation d'échappement aux ARV.

CONSENTEMENT / CONFIDENTIALITE

Deux cas de non respect de la confidentialité ont été constatés : un produit à propos duquel circule un CD présentant les résultats d'essais avec des photographies de malades au visage non masqué ; un dossier collecté auprès d'un médecin libéral sur une expérimentation menée sur un second produit mentionnant les coordonnées des personnes incluses.

L'ambiguïté du statut de recherche est observable autour du recueil du consentement du patient. Une partie des recherches se dispense de recueillir clairement le consentement des participants, ce qui pose la question grave de l'expérimentation à l'insu. Lorsque que le consentement est recueilli, il se présente, le plus souvent, sous la forme d'un argumentaire (promesse de guérison ou amélioration de la santé) pouvant 1. provoquer de fortes déceptions à l'issue de l'étude ; 2. nuire à la santé du participant en cas d'abandon des ARV ; 3. nuire à la prévention de la transmission du VIH.

Enfin, dans la plupart des cas, aucune information n'est donnée au patient sur les standards de soin locaux disponibles et les possibilités locales de traitement. Le cas le plus extrême concerne une « expérimentation » dirigée par un médecin et menée avec des patients qui avaient un taux de CD4 inférieur à 200. Ces patients auraient-ils refusé de recourir aux ARV ? C'était le cas d'une partie d'entre eux, mais le médecin concédait aussi qu'une des patientes « vient d'un village » et elle « ne connaît pas les ARV » « elle s'est dirigée vers le tradipraticien toute seule ». Depuis son inclusion dans cette expérimentation aucune information sur les traitements biomédicaux disponibles ne lui avait été délivrée.

DISCUSSION

Une telle situation est évidemment favorisée par le fait que les populations concernées sont potentiellement les plus « dociles » : les plus pauvres, encore souvent victimes de discrimination et de stigmatisation, avec un accès aux soins difficile, un accès limité aux ARV et des services publics pas toujours efficaces. Toutefois, des éléments plus spécifiques aux expérimentations menées avec des traitements néo-traditionnels peuvent être avancés.

FACTEURS CONJONCTURELS

L'OMS n'a formulé des recommandations sur ce thème qu'à partir de 2000 (Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle WHO/EDM/TRM/2000.1, WHO, Stratégie pour la médecine traditionnelle, 2002-2005 WHO/EDM/TRM/2002.1, Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle, WHO, 2006). Et la difficulté à mettre en œuvre des recherches éthiques et scientifiquement valides est, en partie liée, au manque d'harmonisation des textes proposant des guides méthodologiques et éthiques pour l'expérimentation des traitements issus des plantes. Si on ne s'attache qu'au premier de ces textes, le propos oscille entre une première posture qui voudrait que la méthode expérimentale soit calquée sur la Déclaration d'Helsinki et une seconde dans laquelle les méthodes devraient être adaptées aux thérapeutiques traditionnelles. Le groupe de contrôle pourrait, selon le cas, recevoir : les standards de soin locaux disponibles, pas de traitement, un placebo, un dosage différent, un traitement minimal, un autre traitement alternatif ou traditionnel. Ces textes manquent, par ailleurs, de cohérence à propos des informations toxicologiques préalables à la mise en place d'expérimentation humaine : dans le premier texte, les produits d'usages anciens sont présentés comme a priori non toxiques, le second texte met l'accent sur les recherches toxicologiques en particulier pour des pathologies graves (dont le VIH/sida). Le troisième propose le concept de « pharmacologie inverse ». Ce concept est basé sur le fait que les traitements traditionnels font l'objet d'usages avant de faire l'objet d'expérimentation. Le conseil est alors de suivre la chaîne de progression suivante « Homme/Souris/Homme » : usages locaux/expérimentation à partir du modèle animal/expérimentation humaine. Les recherches toxicologiques ne sont pas non plus évoquées avec une innocuité supposée des produits du fait de leur consommation.

On constate, par ailleurs, des insuffisances des dispositifs locaux en matière d'éthique (inexistence de comité d'éthique, manque de visibilité et d'information délivrée par les structures à même de délivrer des autorisations de recherche). Les acteurs des expérimentations humaines dans le secteur néo-traditionnel méconnaissent souvent l'existence même de normes éthiques ou n'en ont qu'une connaissance sommaire.

ENJEUX IDENTITAIRES

Au-delà de ces données conjoncturelles, une des caractéristiques de ces expérimentations est l'importance des enjeux identitaires qui viennent les reconfigurer et qui expliquent l'élan d'enthousiasme suscité par certains produits au niveau national comme international. On peut se référer ici à l'article de J.P. Dozon (Dozon, 2001) qui décrit comment ces « découvertes africaines » fournissent une réponse identitaire positive à toutes les imageries du VIH/sida qui ont pu stigmatiser le continent.

Ces enjeux identitaires peuvent aussi se décliner sous la forme du ressentiment (histoire longue de rapports Nord/Sud inégalitaires) ou de sentiments d'injustice (Médicaments au Nord et malades au Sud) (Fassin, 2006). Ce ressentiment a souvent été évoqué comme un moteur de l'action chez les acteurs impliqués dans l'expérimentation des traitements néo-traditionnels :

« Mon engagement, c'est la révolte, j'ai vu comment le sida s'est propagé aux populations, j'ai vu aussi les Blancs arriver, circuler partout, et puis en Europe avoir le traitement et nous nous n'avions pas cette opportunité-là ». (médecin investigateur).

Si on reprend les typologies weberiennes des modes d'action, on se situe alors non plus dans l'action rationnelle à objectif rationnel (caractéristique de la recherche) mais dans l'action rationnelle à objectif idéologique. L'éthique de conviction (morale qui sous-tend l'action) devient parfois prépondérante au détriment de l'éthique de responsabilité (soucieuse de la conséquence de ses actions), ce qui contribue parfois à masquer les intérêts des malades.

C'est le cas notamment lorsque dans cette lecture des rapports Nord/Sud, certains développent des discours suspicieux nourris de la réalité (brevetage de certaines plantes médicinales, pratiques non éthiques de la recherche médicale au Sud ou « Tuskegee » aux USA). Dans ces discours, les différentes figures de l'Occident (firmes pharmaceutiques, corps médical, Organismes Internationaux, voire autorités locales compromises) s'opposeraient avec des moyens juridiques voire malveillants à la menée de leurs activités. On comprend qu'une majorité des expérimentations 1. restent informelles et discrètes ; 2. et n'ont que le brevet comme forme de publication.

On observe aussi parfois un déplacement des enjeux vers la valorisation du patrimoine, l'identité nationale, toujours au détriment des intérêts des malades. L'adjoint à la direction du service de Promotion des Pharmacopées et Médecine Traditionnelle au Bénin déclarait ainsi à propos du manque de garanties concernant un produit dont il soutient l'expérimentation : « D'accord, il y a des critères pour évaluer un produit, mais en même temps, il ne faut pas non plus exagérer, on peut sacrifier quelques-uns pour sauver tous les autres. ». Et cet engagement dans la promotion des médecines traditionnelles peut se retrouver aussi dans le discours des patients. Interrogé sur le déroulement du consentement éclairé qu'il avait reçu la veille, un malade me répondait ceci : « On s'est engagé à garder le secret, je n'avais pas vu ça comme si j'étais cobaye, pour moi c'était pour aider les tradipraticiens » ! Respecter la confidentialité devient alors : garder le secret sur le déroulement de l'expérimentation !

REPRESENTATIONS SOCIALES DE L'EXPERIMENTATION

Enfin, il convient de se pencher sur les interprétations locales et le sens attribué non pas aux normes éthiques souvent méconnues, mais au sens attribué à l'activité d'expérimentation humaine.

Une des singularités de ces expérimentations est le pluralisme des institutions et des acteurs impliqués. Ces expérimentations à l'image des produits qu'elles testent sont alors souvent de type syncrétique, apprenant à conjuguer des éléments parfois hétérogènes et des référentiels pluriels appartenant à la fois aux registres de la tradition, de la nature et de la science. Elles mettent en cause la distinction entre biomédical, tradition, entre secteur informel et formel, etc.

La place de l'empirie et de l'expérience individuelle dans ces recherches reste encore importante. On le voit, par exemple, dans le dossier constitué pour argumenter la mise en place d'un essai clinique sur un traitement au Sénégal. Le promoteur explique avoir administré son produit à une chèvre et à un mouton assurant ainsi l'efficacité du traitement. À cela étaient ajoutés les « dossiers de 5 malades ». Étaient

présentés les « plaintes initiales du malade » puis leurs impressions réunies dans un chapitre intitulé « l'évolution ». De même, les cas de non-respect de confidentialité désignés ci-dessus relèvent d'un principe similaire. Les portraits des malades aux visages découverts s'offraient en témoignages. On retrouve ici l'idée de témoignage qui est au centre de la construction de la renommée d'un tradipraticien ou phytothérapeute. Et finalement, l'essai sert parfois plus à mettre en scène les témoignages qu'à tester un traitement.

Enfin le déroulement des expérimentations doit être rapporté à leur objet singulier : les traitements néo-traditionnels. Or : « Many of perceptions about medicinal plants are not about the plants per se but about medicines and health care in general, including concerns over issues of safety, efficacy, cost and need – they very same themes that need to be talked in relation to 'rational drug use' ». (Tan, 1999, p. 161).

Examinons l'ensemble de ces points :

- **Besoin** : étant donné la prévalence du VIH/sida sur le continent, l'« invention » répond à un besoin. Et dans ce contexte, les déclarations anticipées de découverte de traitement du VIH/sida ne sont pas spécifiques des traitements néo-traditionnels, comme le signale D. Fassin (2006) citant un cas similaire à propos d'une recherche biomédicale en 1985 en France.
- **Accessibilité** : l'accessibilité économique et culturelle des traitements néo-traditionnels (mention récurrente d'une étude OMS qui aurait montré que 80% de la population aurait recours aux médecines traditionnelles) fait des essais sur les produits néo-traditionnels des essais éthiques *a priori*. Il ne s'agit pas, en effet, d'expérimenter sur les populations du Sud des traitements qui ne seraient ensuite accessibles qu'au Nord.
- **Sûreté** : les plantes sont du fait de leurs usages anciens, de leur familiarité, supposées non toxiques et d'usage sûr. La notion de « risque » est quasi-absente du vocabulaire des acteurs rencontrés. Cette notion pourtant au centre de l'expérimentation appartient à des sociétés post-modernes tournées vers l'avenir. Or les discours collectés à propos de la plantes font de nombreuses références à la notion de « tradition ». Est évoquée l'accumulation des expériences et des témoignages, le temps long dans lequel s'inscrit le savoir utilisé (« depuis toujours », « depuis des millénaires », etc.).

Dans le cas des potions et des tisanes, certains acteurs du corps médical ou de la santé publique avancent par contre des effets indésirables potentiels, notamment l'insuffisance rénale. Ceci est alors avancé en argument pour mettre en place des expérimentations. Ce fut le cas au Burkina où des essais ont été menés en collaboration avec le Ministère de la santé publique sur plusieurs produits avec l'argument suivant : sachant que 80% de la population y a recours, il faut pouvoir en évaluer la toxicité. De même, au Bénin, un médecin explique qu'il a commencé à suivre ses patients afin de les protéger d'éventuels effets secondaires.

- **Efficacité** : la question de l'efficacité est le plus souvent rapportée à celle du dosage, lorsqu'elle est mise en doute. En réalité, la certitude de l'efficacité a très souvent été observée, sous des formes différentes selon les acteurs. Le doute qui est au cœur de l'activité de recherche est quasi absent des discours des tradipraticiens qui pourtant se définissent de plus en plus régulièrement comme des chercheurs. À la question : « Avez-vous un moment douté de l'efficacité de votre produit ne serait-ce que dans le temps de l'élaboration ? » La réponse de l'un d'entre eux est significative : « Non, Madame, chez moi, c'est un don ». Le doute n'est pas moins absent chez les acteurs du corps médical encadrant les expérimentations. Un professeur de dermatologie décrit ainsi les objectifs de l'essai qu'il suit : « Confirmer l'efficacité » (document circulant sur l'immunicomplex). L'essai ne teste pas mais démontre.

CONCLUSION

De nombreux écarts d'avec les normes méthodologiques et éthiques ont été observés dans le cadre de cette étude. En réalité ces standards sont souvent ignorés des acteurs impliqués dans ces expérimentations humaines. Il serait pertinent que les acteurs de la recherche clinique menée en Afrique s'emparent de cette question des essais concernant des traitements néo-traditionnels. Une appropriation réflexive de la

recherche clinique par ces acteurs pourrait inclure une interrogation des guidelines considérant la spécificité de l'objet d'étude telle que cela semble s'esquisser en Asie ou en Europe (Adams, 2002a, 2002b).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADAMS V. 2002a. Establishing proof: Translating "science" and the State in Tibetan medicine, in Nichter M., Lock M. (eds.). *New horizons in medical anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, London and New York, Routledge: 200-220.

ADAMS V. 2002b. Randomized controlled Crime. *Social Studies of Science*, 32, 5-6:659-690.

DOZON J.-P. 2001. Que penser de la publicité faite à l'invention d'un remède anti-sida en Côte d'Ivoire. *Transcriptase Sud*, 7: 8-10.

LATOUR B. 2005. *La science en action*, Paris, La Découverte, Poche.

FASSIN D. 2006. *Que les corps se souviennent*, Paris, La Découverte.

TAN M. L. 1999. *Good Medicine, Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis, 325p.

8.5. L'ONG PROMETRA (PROMOTION DES MÉDECINES TRADITIONNELLES) ET LE VIH/SIDA AU SENEGAL

Emmanuelle Simon, Marc Egrot, Bernard Taverne

INTRODUCTION

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Depuis plus d'une trentaine d'années, différentes Organisations Internationales s'intéressent à la pharmacopée et aux savoirs thérapeutiques africains. Ce parti pris en faveur de l'intégration des thérapeutiques traditionnelles dans le système de santé a très largement été relayé par les gouvernements africains. En trente ans de promotion, les initiatives s'y sont multipliées et ont pris des formes plurielles (cabinets, cliniques, points de vente, associations, ONG) débordant aujourd'hui le seul secteur de la santé publique.

Des études de cas avaient été menées dans les années 1990¹ sur quelques-unes de ces initiatives. L'approche développée dans ma thèse de doctorat sur les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin² était basée sur l'idée qu'il était important d'avoir désormais une approche holiste, et non plus segmentaire de tels projets. Comprendre ces initiatives dans leur diversité passe par une analyse fine des enjeux à différents niveaux : enjeux microsociaux (leadership, stratégie de l'acteur), enjeux locaux, régionaux, nationaux, sans oublier les pesanteurs structurelles des politiques internationales et transnationales de développement. Afin d'appréhender ces différents niveaux, il s'agissait d'explorer ce que Marc-Eric Gruénais suggérait d'appeler des « situations exemplaires³ » en croisant les différents acteurs thérapeutiques avec les différents cadres de reconnaissance identifiés (projets gouvernementaux, programmes d'ONG, initiatives lucratives privées, etc.). Ces « situations exemplaires » n'étaient pas des « idéaux-types » puisqu'elles étaient puisées dans le réel. Chaque situation retenue renvoyait à une foule d'autres initiatives similaires.

L'antenne béninoise de l'ONG Prometra était parmi les cinq situations retenues ayant fait l'objet d'une enquête détaillée. Décrire les enjeux de pouvoir aux différents niveaux, dans le contexte particulier de l'ONG Prometra, ne pouvait être fait à travers une enquête de terrain restreinte au seul cadre national béninois. L'organisation institutionnelle de l'ONG se décline comme suit : 1. une structure internationale avec son siège permanent à Dakar et son bureau (réunissant des Sénégalais, des Ivoiriens et des Américains), 2. des structures nationales (selon les documents diffusés par l'ONG des antennes sont implantées aux USA et le sont ou sont en passe de l'être sur une large partie du continent africain : Afrique du Sud, Burkina, Bénin, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Ghana, Ouganda, Sénégal et Togo). L'antenne béninoise mène ses propres activités comme le rappelait la Présidente de la Prometra-Bénin mais celle-ci ajoutait

¹ - Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF, Fassin D., 1988, De la quête de légitimité à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal, *Cahiers d'études africaines*, XXVIII (2), 110: 207-231, Fassin D., 1994, Penser les médecines d'ailleurs, in Fassin, D. Aaïch P. (Dir.) *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos : 339-364, Gruénais M.-E., 1991, Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo, *la revue du praticien*, 141 : 1483-1490, Gruénais M.-E., 1992, Une rencontre à venir, *Cahiers des sciences humaines*, Vol. 28, 1 : 3-12, Hours B., 1992, La santé publique entre soins de santé primaires et management, *Cahiers des sciences humaines*, Vol. 28, n°1 : 123-140, Hours B., 1995, L'anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins, *Journal des anthropologues*, n°60 : 63-71.

² - Simon E., 2004, *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*. Thèse de doctorat en ethnologie, Université Montpellier III, Laboratoire du CERCE, 533p.

³ - Communication personnelle.

aussi : « on aspire à une indépendance financière, mais pour l'instant on vit sur les financements sénégalais » et « on ne peut pas comprendre la Prometra sans être allé au siège ». L'ensemble des événements marquant de la vie de l'antenne béninoise implique d'ailleurs systématiquement l'arrivée de délégations sénégalaises sous la Présidence du Dr E. Gbodossou, le Président et fondateur de Prometra-International.

Ce rapport d'enquête exploite des données collectées en octobre-novembre 2000 durant trois semaines de terrain. Mon intérêt pour l'ONG Prometra avait croisé celui de chercheurs de l'UR 36 de l'IRD à Dakar. L'occasion m'a alors été donnée de réaliser une enquête de terrain au siège de cette ONG. L'angle à partir duquel cette équipe avait été amenée à s'intéresser aux activités de l'ONG était celui de la prise en charge des PVVIH au Sénégal. Mener une recherche de terrain au sein de l'ONG Prometra devait donc permettre de :

- compléter le portrait de l'ONG Prometra que j'avais commencé à élaborer à partir de son antenne béninoise,
- préciser la position de l'ONG face à la prise en charge du VIH/sida par les guérisseurs ; prendre contact avec les guérisseurs réunis en association par l'ONG Prometra et pouvoir aborder leur prise en charge (thérapeutique et sociale) des PVVIH.

METHODE

Cette recherche fut construite sur une démarche ethnologique qualitative et compréhensive. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec la quasi-totalité des membres du « staff » de l'ONG : B. Traoré⁴, Président de l'ONG Prometra au Sénégal, P. Houeto, Trésorier de l'ONG, G. Ayayi, Communicateur de l'ONG, Y. M. Guissé, anthropologue à l'Institut Fondamental d'Afrique Noire, un guérisseur de l'association Malango, et avec un médecin anciennement responsable du CEMETRA (Centre Expérimental en Médecine Traditionnelle) à Fatick (Cf. Chapitre du même nom). Parallèlement, afin de mieux comprendre le champ concurrentiel dans lequel s'inscrivait l'ONG, j'ai réalisé des entretiens avec Y. Pares, responsable du centre de thérapeutique traditionnelle Keur Massar (<http://hopmedtrad.free.fr>), F. Sy, pharmacienne responsable du programme en « médecine traditionnelle » de l'ONG Enda-Santé (<http://www.enda.sn/plantesmed>) ainsi qu'avec la responsable de l'ONG italienne ACCRA qui préparait un projet en « médecine traditionnelle » dans la région du Siné Saloum. Dans une perspective comparatiste, cela m'a permis de mieux explorer les aspects singuliers de l'ONG Prometra, sans non plus négliger les caractéristiques plus généralement partagées. Les points abordés avec les personnes interviewées étaient : la perception des thérapeutiques traditionnelles et de son rôle dans la prise en charge du VIH/sida, sa place dans leur propre quête de soins, leur perception du système de santé au Sénégal, leurs formes de militantisme et d'engagement au sein de leur structure (sens donné à l'action, investissements, etc.)⁵.

La collecte des discours a été complétée par une observation directe des acteurs in situ. J'ai cherché à réaliser une description détaillée de l'ONG Prometra rendant compte du fonctionnement interne de l'organisation, des relations entre chaque membre, de l'organigramme de travail et des investissements, des coûts et des motivations dans l'action de chacun de ses membres. J'ai observé les activités quotidiennes de l'ONG à son siège et participé aux événements organisés par celle-ci durant mon séjour : la journée de formation pour la presse au siège de l'ONG (28 octobre 2000), les journées sur les « médecines traditionnelles » au Goethe Institut de Dakar (2-3 novembre 2000). Un descriptif de la formation sanitaire (le CEMETRA) fut dressé (matériel des différents services, disponibilité des différents médecins et tradipraticiens, effectif du personnel, coût d'une consultation, heures d'ouverture, nombre de patients reçus par année, pathologies les plus fréquentes, etc.). Par contre, je n'ai pu me rendre au CEMETRA à Fatick

⁴ - Certains noms d'informateurs membres de l'ONG ont été conservés puisqu'il s'agit de personnes publiques facilement identifiables.

⁵ - Quatre patients traités à C.E.ME.TRA ont aussi été rencontrés mais le présent article n'exploite pas les données collectées auprès d'eux.

qu'en présence des membres de l'ONG à savoir deux dimanches consécutifs à l'occasion de la mise en route d'un protocole d'expérimentation des traitements du diabète, de l'hépatite et du VIH/sida (dimanche 28 octobre 2000 : réunion avec les guérisseurs impliqués dans le programme ; dimanche 5 novembre 2000 : journée de démarrage du protocole, les malades impliqués étaient présents et venaient pour la première fois chercher leur traitement). Cette enquête étant articulée à mon programme de recherches doctorales, les données collectées au Sénégal ont été enrichies par les données accumulées au Bénin en quatre fois trois mois de terrain répartis entre 1997 et 2001. Dans ce rapport, il est plus particulièrement fait référence à : 1. l'inauguration du projet « La voie du souvenir » à Ouidah (9 janvier 2001) ; 2. la journée de formation organisée par E. Gbodossou, Président de Prometra-International pour les guérisseurs de l'ANAPRAMETRAB (Association NAtionale des PRAticiens des MEdecines TRADitionnelles du Bénin) à Cotonou (Janvier 2001).

Enfin, différents documents produits par l'ONG ont été dépouillés : rapports internes de l'ONG, plaquettes, sites Internet (le premier hébergé par l'ACCT puis le second www.prometra.org), sept numéros de la revue trimestrielle *Médecine Verte* et l'ouvrage signé par E. Gbodossou, *Formation d'auto-perfectionnement des guérisseurs, Méthode Fapeg*. Depuis l'année 2001 (année de rédaction initiale du présent rapport), de nombreuses données collectées sur le Net et dans la presse sur les activités de l'ONG ont été accumulées. Quelques références ont été incluses dans ce document.

L'ONG étant le théâtre d'enjeux de pouvoir forts (Cf. Chapitre Enjeux identitaires et religieux), l'enquête de terrain ne s'est pas déroulée sans difficulté. Le Président s'est montré hostile à toute enquête socio-anthropologique menée sur son ONG. Il m'a d'ailleurs été impossible d'obtenir un entretien avec ce dernier (« je suis en consultation, je n'ai pas le temps, rappelez la semaine prochaine », « je suis trop occupé »). Après maintes requêtes, il a fini par m'accorder une demi-heure le dernier jour, deux heures avant l'heure de mon départ ; rendez-vous auquel il n'est pas venu. L'idée de solliciter des contacts avec les guérisseurs par l'intermédiaire de l'ONG est vite apparue impossible tant rien n'était fait pour me faciliter les rencontres avec eux. Alors que je formulais le désir de séjourner au CEMETRA, une réponse négative m'a été donnée après une semaine de réponses évasives. Si je n'avais pas fait valoir les contacts chaleureux que j'avais pu nouer avec un des membres de la première délégation sénégalaise venue à Cotonou, je n'aurais probablement pas pu réaliser cette enquête. C'est par son intermédiaire que j'ai été présentée en quelques heures aux différents membres de l'ONG. Aussi, ma présence dans les locaux fut acceptée, les membres de l'ONG m'ayant « adoptée ». L'évitement devait toutefois caractériser les discussions avec les membres de l'ONG dès qu'il s'agissait d'aborder précisément en quoi consistaient les activités de la Prometra. Dans ce contexte, la plupart des éléments recueillis sur le thème de la prise en charge des PVVIH l'ont été par recoupements successifs de discours fragmentaires, cherchant manifestement à voiler plus qu'à dévoiler. Une partie des informations obtenues proviennent de personnes n'appartenant pas, ou plus, à l'ONG Prometra. Les informations collectées s'étant avérées souvent contradictoires (selon le locuteur, sa position dans la hiérarchie de l'ONG, son appartenance ou non à l'ONG, mais aussi selon sa perception de mes propres motivations), la confrontation des données collectées par entretien avec celles issues de l'observation quotidienne des activités de l'ONG n'en était que plus précieuse. Cela permettait de les compléter, de réaliser un descriptif plus détaillé du fonctionnement de l'ONG, d'observer les négociations et les compromis quotidiens, mais aussi de contrebalancer, de rectifier ou d'infirmer certaines informations.

Le terrain étant court et les difficultés rencontrées nombreuses, la collecte des données est restée lacunaire. De nombreuses questions restent en suspens, et y répondre demanderait un travail de terrain plus approfondi.

I. POSITIONNEMENT DANS L'ARENE DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE

LE CENTRE EXPERIMENTAL EN MEDECINE TRADITIONNELLE (CEMETRA), UN POSITIONNEMENT AU NIVEAU NATIONAL

Alors qu'au Bénin, il existe une unité ministérielle consacrée aux thérapeutiques traditionnelles depuis 1972, le Ministère de la Santé sénégalais ne s'est doté d'une Division des Médecins Libéraux et des

Tradipraticiens qu'en 1993. Le Directeur de l'unité, M. A. M'Bake déclinait les activités de son unité comme suit : « les organiser, créer un règlement, des statuts, approfondir et expérimenter, valider les résultats de ces recherches, il y a une dizaine de plantes à expérimenter. Il s'agit aussi d'aider les associations et ONG parfois en avance sur le Ministère de la Santé, à promouvoir leurs activités ».

Les différents points du programme ministériel ont été fixés à la suite du *Forum sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles* de décembre 1998. Etaient invités tous les acteurs associatifs de la promotion des thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. Une des directions du forum fut d'élaborer un pré-projet de texte légalisant l'exercice des thérapeutes traditionnels, et leur permettant de commercialiser leurs produits⁶. Les différentes commissions ont demandé la création d'une association nationale de thérapeutes rattachée au Ministère de la Santé. Une commission « protection de l'environnement » a recommandé la création de jardins botaniques et de pépinières pour les espèces végétales rares. L'unité ministérielle entendait effectuer une cartographie nationale des peuplements de plantes médicinales et dégager les caractéristiques des sols recommandées pour leur culture. Elle entendait associer les tradipraticiens à ce travail de recherche en ethnobotanique et pharmacologie. Enfin, des partenariats étaient envisagés avec le secteur de la recherche et avec les structures associatives oeuvrant dans le secteur de la promotion des thérapeutiques traditionnelles avec une promesse de financement des associations et des amicales par le biais du *Plan National Intégré* (plan d'investissement de 50 à 70 millions pour la division de la santé). La création de l'unité est relativement récente comparativement aux premières initiatives associatives remontant aux années 70-80 sur le territoire sénégalais (1971 début du recensement des thérapeutes traditionnels dans la région du Siné Saloum, 1988 création du CEMETRA et de l'unité médecine traditionnelle à Enda-Santé, 1980 création de Keur Massar). Cette politique d'appui aux initiatives existantes a contribué à donner à l'ONG une légitimité nationale. Jusqu'en 1998, les programmes de l'ONG étaient essentiellement organisés autour du CEMETRA ; ce sont les activités menées dans cette structure qui ont permis à l'ONG de figurer parmi les initiatives associatives retenues par l'Unité ministérielle.

HISTOIRE DU CEMETRA

En 1971, une équipe de recherche sous la direction des Professeurs H. Collomb⁷ (service psychiatrique du CNHU), P. Correa (botaniste) et H. De Lauture (médecin), entreprend de réaliser un recensement des tradipraticiens soignant les maladies mentales dans le Siné Saloum. La démarche méthodologique consistait à interroger les enfants plutôt que les adultes. L'hypothèse était qu'ainsi l'enquêteur neutraliserait le biais de l'influence des adultes qui auraient tendance à renvoyer plutôt à leurs proches. E. Gbodossou, futur président de l'ONG Prometra, est alors étudiant en troisième année de médecine et participe au « recensement ». Ensuite, devenu Directeur de la « Médecine scolaire » à Dakar il poursuit ce « recensement » en l'élargissant à tous les praticiens et affirme avoir rencontré au moins 1000 d'entre eux. Il semblerait qu'il soit alors sollicité par l'OMS pour monter un « projet médecine traditionnelle »⁸. De 1981 à 1983 des rencontres entre thérapeutes auraient été organisées et cela débouche sur une journée de réflexion co-dirigée par P. Correa et E. Gbodossou : *Où en est la médecine traditionnelle, rencontre de médecins, guérisseurs et chercheurs* en avril 1985. En 1986, le projet d'étude des thérapeutiques traditionnelles de la région de Fatick dirigé par E Gbodossou aurait reçu le soutien du Ministère de la Recherche Scientifique et Technique. Ce projet aboutit à la création de l'association Malango en 1987 et à la construction du CEMETRA l'année suivante.

En parallèle, en 1988, suivant le chemin ouvert par P. Correa et H. De Lauture, tous deux membres d'Enda

⁶ - L'exercice des thérapeutiques traditionnelles est en principe sanctionné pour exercice illégal de la médecine (loi du 4 juillet 1966).

⁷ - Il s'agit de H. Collomb, ethnopsychiatre au CHU de Fann à Dakar ayant fondé un village thérapeutique au Sénégal dans les années 60.

⁸ - Des liens entre l'OMS et E. Gbodossou ont existé et auraient donné lieu à un rapport sur l'association et le CEMETRA dont les références sont les suivantes ICP/RPD/002OMS (le rapport n'a pas pu être consulté). Par ailleurs, d'après D. Fassin, E. Gbodossou aurait publié en 1985 une encyclopédie de la médecine traditionnelle avec le soutien financier de l'OMS (Fassin, D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF). Il s'agit peut-être du document non consulté : *Alphabet de la médecine traditionnelle africaine*, Tome 1, 1980, Tome 2, 1985.

Tiers Monde, une équipe « thérapeutiques traditionnelles et plantes médicinales » est créée au sein d'Enda-Santé en collaboration avec la coopération autrichienne. L'équipe d'Enda-Santé devient partenaire de l'association Malango dès sa fondation. Et Enda-Santé fait intervenir l'USAID pour la construction des « cases de soins » du CEMETRA. Les activités d'Enda-Santé s'articulent alors autour des points suivants : appuyer en équipements le laboratoire d'analyse médicale, mener des activités de documentation de la recherche socio-médicale, apporter un appui technique et financier au fonctionnement du CEMETRA.

UN PROJET QUI REPREND LES MOTS-CLES DES DOCUMENTS PUBLIES PAR L'OMS

Prometra présente ses objectifs comme suit : « *promouvoir les médecines traditionnelles au Sénégal, améliorer les relations entre la médecine traditionnelle du terroir et la médecine moderne pour aider à atteindre les objectifs fixés par l'OMS et les pouvoirs publics : 'la santé pour tous en l'an 2000', contribuer à l'émancipation sociale, à la formation et à la diffusion de messages sanitaires au profit des populations, contribuer à asseoir une pratique saine des médecines traditionnelles conformément à l'éthique internationale* » (*Répertoire des ONG membres du CONGAD - Conseil des ONG d'Appui au Développement*, Sénégal, 1994-1995 : 233-234).

La première initiative de promotion des thérapeutiques traditionnelles revient à l'OUA qui organisait son *Premier symposium pour la pharmacopée et les plantes médicinales africaines* en mars 1968. Mais sur le plan sanitaire, l'influence la plus significative est celle de l'OMS qui préconise l'utilisation des thérapeutiques traditionnelles pour un meilleur développement sanitaire depuis la conférence d'Alma-Ata (URSS) en 1978. Cette conférence inaugurerait le plan « la santé pour tous en l'an 2000 », dont l'un des volets proposait une mise en valeur des ressources et savoirs locaux et une intégration des thérapeutiques traditionnelles dans les systèmes de soins de santé primaires.

Les arguments fondateurs de la politique de l'OMS en direction des thérapeutiques traditionnelles développés lors de la conférence d'Alma-Ata étaient :

- les thérapeutiques traditionnelles couvrent la majorité des soins des pays en voie de développement. Le chiffre de 80% de prise en charge pour la population africaine est avancé dans tous leurs documents. Elles seraient plus accessibles (proximité, coûts) que la biomédecine.
- les traitements des tradipraticiens ont une efficacité réelle, bien que le corps médical se plaigne des diagnostics imprécis, des posologies variables et de la mauvaise conservation des plantes.

L'intégration des thérapeutes traditionnels dans les soins de santé primaires se justifiait par : 1. l'autodétermination (prise en charge par les locaux de leur propre devenir sanitaire) ; 2. l'autosuffisance (meilleure gestion des ressources et des savoirs locaux). L'OMS recommandait donc : 1. d'organiser les thérapeutes en associations afin d'en exclure les « charlatans » ; d'articuler les secteurs modernes et traditionnels, 2. d'évaluer la pharmacopée.

En réalisant un inventaire rapide des textes publiés par l'OMS, il apparaît que depuis la conférence d'Alma-Ata, jusqu'à la période contemporaine post-ajustement (en passant par l'Initiative de Bamako, l'ajustement structurel et la dévaluation), on observe peu ou pas de variations dans les discours concernant les programmes de valorisation des thérapeutiques traditionnelles : récurrence du thème de la participation maintenant associé au recouvrement des coûts, passant ainsi d'une utopie d'équité des soins à une logique de management lié à l'essor du développement de type néo-libéral. Certes, le dernier document produit sur la thérapeutique traditionnelle par l'OMS *Who traditional Medicine Strategy 2002-2005*⁹ introduit les pays riches dans ces programmes, leurs marchés présentant une forte demande de thérapies naturelles (sont donc traitées ensemble « *traditional medicine* » et « *alternative medicine* »). Cette stratégie OMS pour les thérapeutiques traditionnelles ou parallèles en 2002 ne diffère pas moins des projets initiaux. Elle tient en quatre points : « *élaborer des politiques nationales portant sur l'évaluation et la réglementation de ces pratiques* », « *établir une base de données plus solide sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité des produits* », « *veiller à ce que ces médecines soient accessibles* » « *promouvoir le recours justifié sur le plan*

⁹ - Cf. http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf

thérapeutique à ce type de médecine ».

L'ONG Prometra, dans ses plaquettes et ses sites Internet successifs ou dans ses documents internes (document-projet, bilan d'activités) reprend ces différents arguments fort connus de tout « promoteur » des thérapeutiques traditionnelles.

L'organisation du CEMETRA est une forme intermédiaire entre les deux formes d'organisation des thérapeutiques traditionnelles proposées par l'OMS : l'organisation parallèle (le tradipraticien ayant comme interlocuteur le médecin) et l'intégration à la base de la pyramide sanitaire (le tradipraticien ayant comme interlocuteur l'agent de santé communautaire). L'implantation du CEMETRA à Fatick, relève de l'organisation en parallèle. En implantant le CEMETRA dans une des régions les plus pauvres du Sénégal, il s'agit de pallier une inaccessibilité financière de la médecine moderne en proposant des soins peu onéreux : la consultation coûte 200 FCFA et les médicaments délivrés ne doivent pas dépasser un coût de 3000 FCFA. Il s'agit, par ailleurs, de pallier l'inaccessibilité des soins biomédicaux en choisissant une localité décentralisée. Mais, en même temps, le CEMETRA héberge l'association Malango qui se trouve à la base de l'organigramme de l'ONG Prometra. Et la structure du CEMETRA en 6 « cases de soins communautaires » évoque une organisation pyramidale.

Quant à l'association Malango, elle répond aussi aux conseils de l'OMS. D'après les textes produits par l'ONG, l'organisation des guérisseurs en association aurait permis de distinguer les guérisseurs des « charlatans ». La procédure permettant de distinguer les « charlatans » des « authentiques » en se référant aux enfants reprend le critère discriminant retenu par l'OMS : « *la notoriété sociale* ». L'ONG reprenant encore une fois les recommandations de l'OMS assure que cette association est un premier pas vers la légalisation des thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. D'ailleurs, en 1996, l'ONG menait un groupe de travail soutenu par l'USAID sur les textes législatifs devant abroger la loi du 4 juillet 1966 rendant ses pratiques illégales au Sénégal. Le projet de loi a été soumis au *Forum sur la médecine et la pharmacopée traditionnelle* de décembre 1998. Des amendements ont encore été apportés et l'ONG a pris l'initiative d'intégrer une juriste dans ses rangs afin de militer dans le sens d'une élaboration effective d'une loi légalisant les thérapeutiques traditionnelles.

Enfin, les documents rédigés par l'ONG laissent croire que celle-ci aurait trouvé une solution au casse-tête posé par le « développement endogène et autocentré », elle aurait réussi :

– d'une part, à mettre en place des structures de protection des initiatives locales encouragées. La structure mise en place pour la sélection des membres de l'association cherche à protéger les initiatives contre les récupérations locales par les « charlatans ».

– d'autre part, à coller aux aspirations des guérisseurs (traitement exclusivement fait par les tradipraticiens réunis en cases communautaires et mise en avant du critère de notoriété locale pour la sélection des guérisseurs) et ainsi se fonder sur une réelle participation.

Aussi, aujourd'hui les 450 guérisseurs de l'association Malango (herboristes, marabouts, *saltigué*¹⁰, *yaal pangool*¹¹, etc.) issus « *de 250 villages que compte Fatick ont été associés à la gestion et au fonctionnement du Centre à travers l'Association des guérisseurs du Siné Malango créée à l'issue de séries de rencontres annuelles informelles entre les guérisseurs et de séminaires thématiques entre ces derniers et les médecins* » (n° 3, *Médecine Verte*).

Concernant le volet « évaluation », le CEMETRA dispose d'un laboratoire d'analyse installé sur les financements de la coopération autrichienne par l'intermédiaire de l'ONG Enda-Santé. Le laboratoire accolé au bureau du médecin responsable de Fatick est tenu en permanence par un laborantin. L'itinéraire du patient à l'intérieur du C.E.METRA est décrit comme suit : il est reçu à l'accueil où il remplit une fiche d'information (cette fiche sera utilisée pour dresser des statistiques de fréquentation du centre), il est ensuite orienté vers un médecin qui est chargé de faire un diagnostic biomédical et de prescrire les examens de

¹⁰ - Le *saltigué* est le « ministre » des cultes de la terre et de la mer.

¹¹ - « *Pangol* » signifie « ancêtre » chez les Sereer. Le *Yaal Pangol* s'occupe du culte des ancêtres.

laboratoire nécessaires pour confirmer le diagnostic, puis il est orienté vers l'une des 6 « cases communautaires de soins » selon son village d'appartenance pour y être soigné ou en fonction du guérisseur choisi ; le malade est ensuite invité à revenir quelques temps plus tard pour le constat de sa guérison. Il est alors à nouveau soumis à une consultation par le médecin et à des analyses permettant de constater sa *guérison* et de dresser des rapports statistiques sur les *succès* des thérapeutiques. Et en effet, selon le rapport de Prometra¹² rédigé à l'intention de la Fondation Ford (principal bailleur de fonds de l'ONG) les résultats seraient probants. Le CEMETRA aurait reçu plus de 10 000 familles en 10 ans et « *parmi les patients, 89% ont connu soit une guérison, soit une amélioration de leur état de santé* » (p. 160). L'ONG se félicite de tels résultats et affirme que le taux le plus bas de réussite au CEMETRA serait celui donné par Enda-Santé (60%). Ce « *taux de réussite* » est présenté par E. Gbodossou comme bien supérieur à la capacité de la biomédecine...

DES ECARTS ENTRE LES DISCOURS ET LES PRATIQUES

Le descriptif des documents-projets et des bilans d'activités de l'ONG met en avant sa maîtrise des différents discours qui gravitent autour des initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles. Toutefois, les observations (toutes ponctuelles fussent-elles du fonctionnement du CEMETRA) ont mis en évidence les écarts importants existant entre les projets tels qu'ils sont décrits dans les documents de l'ONG et leur inscription dans le réel.

Si l'ONG se prévaut d'une forte participation et d'un appui sur les aspirations des thérapeutes, il apparaît clairement qu'elle ne se donne pas en réalité les moyens de les identifier. L'ONG Prometra refuse d'envisager l'existence d'intérêts hétérogènes et non uniformes (homme/femme, aînés/cadets, éleveurs/agriculteurs, chefferie, partis politiques, etc.) à l'intérieur de la « communauté » des guérisseurs. Toute initiative indépendante est interprétée comme la résultante de l'action de « charlatans » à l'exclusion de l'association. La volonté d'empêcher l'émergence de personnalité forte parmi les guérisseurs a pu conduire à l'exclusion de ceux-ci de certains domaines, y compris dans celui des soins, comme en témoigne l'un d'entre eux : « *lors de la première expérience [il fait référence à l'évaluation des traitements du VIH/sida], il y avait des guérisseurs qui donnaient eux-mêmes les médicaments, et d'autres qui se jetaient des fleurs, qui disaient que leur traitement était le plus efficace, et puis ça parlait. Alors, ils [la direction de Prometra] ont trouvé qu'il valait mieux qu'ils donnent les traitements à quelqu'un qui les remettait sans que ce soit en contact direct avec les guérisseurs ; ils ont amené les médicaments, la posologie est déjà là et toi tu prends et tu remets au malade, c'est comme ça* » (M. B.).

Le président de l'association entretient des rapports à la fois paternalistes et infantilisants avec les guérisseurs. Les rapports oscillent entre brimades, récompenses et témoignages d'estime, voire d'affection. Les encouragements qu'il prodiguait pendant la « formation Fapeg » (cf. le paragraphe du même nom) évoquaient ceux qu'un professeur enthousiaste pourrait faire à sa classe balbutiante, un professeur entretenant une relation de type « fusionnel » avec celle-ci (tel bon comportement provoquerait le bonheur du professeur) : « *je voudrais très sincèrement vous laisser à vos occupations, je vois en vous de grands guérisseurs, des personnes respectables, des grandes majestés mais en même temps, je voudrais vous demander du fond de mon cœur, restez ce que vous êtes, si vous pouvez me donner ça, là je serai très content* ». En même temps E. Gbodossou écrit dans le n° 2 de *Médecine Verte* à propos de l'association Malango « *Nos difficultés sont de plusieurs ordres. Vous savez, si vous voulez diriger un troupeau de mille bœufs vous avez besoin d'un seul bâton. Mais si vous voulez diriger un groupe de mille hommes vous avez besoin de mille bâtons* ».

Sans étonnement, on constate que le nombre imposant d'adhérents à l'association Malango avancé masque le peu de pratiques collectivement partagées. En 1985, lors de la rencontre *Où en est la médecine traditionnelle ?* 56 thérapeutes s'y étaient rendus dont 46 venus du seul arrondissement de Niakhar. En 2000, lors du Séminaire au Goethe Institut, seuls le Président de Malango et le Président de l'Association

¹² - Promotion des Médecines Traditionnelles, Centre expérimental des Médecines Traditionnelles de Fatick, Rapport final juin 2000, 89-99

des guérisseurs de Tambacounda s'étaient déplacés ! Lors de mes deux visites à Fatick alors que débutait le protocole d'expérimentation sur le diabète, l'hépatite et le sida (voir plus bas) seulement une quarantaine de thérapeutes étaient présents. Le médecin ancien membre de l'ONG fait mention de 40 à 45 personnes avec un noyau actif composé de 20 thérapeutes¹³.

Des éléments concordants sont avancés dans le rapport d'Enda-Santé sur les activités menées durant dix années au CEMETRA¹⁴. Enda-Santé explique dans ce rapport les raisons de la rupture de collaboration avec l'ONG Prometra en 1999 : un bilan d'activités insatisfaisant pour les deux axes qu'ils cherchaient à développer, l'évaluation de l'efficacité des pratiques traditionnelles et l'appui organisationnel des thérapeutes traditionnels. Sur les 450 membres, un tout petit noyau prendrait en charge la grande majorité des consultations du centre : 5% d'entre eux sont présents très fréquemment, 25% sont plus ou moins réguliers et 74% sont rarement là. 3% des guérisseurs ont assuré les 81% des consultations. Il faut aussi souligner qu'il existe un hôpital à Fatick et que la fréquentation du CEMETRA semble être à majorité urbaine : les patients proviennent de Fatick à 53%, Dakar à 25%, Kaolak 10%, Thies 6%, autres régions à 3,4%, pays limitrophes, Europe et Amérique à 0,7%. Les deux tiers résident en milieu urbain.

Cette faible participation des guérisseurs aux associations de promotion des thérapeutiques traditionnelles a été souvent décrite dans la littérature anthropologique. Les thérapeutes de l'association Malango n'ont pas pu être interrogés. Toutefois, différents chercheurs ont pu observer que la protection légale-rationnelle (ou la promesse de protection) fournie par ces associations est la première motivation à l'adhésion avancée par les thérapeutes. Au Bénin, l'association nationale (ANAPRAMETRAB) qui affirme réunir plus de 6000 guérisseurs sur l'ensemble du territoire ne donne lieu en réalité à presque aucune activité. Toutefois, les thérapeutes expliquent leur adhésion par la protection fournie par l'association¹⁵. De même, Laurence Creusat s'interrogeant sur les associations de thérapeutes en Afrique du Sud avait fait une observation similaire : « *ils sont d'accord pour dire que ces associations leur donnent une image plus officielle, qu'elles peuvent leur assurer une protection juridique en cas de décès d'un patient et que le certificat de membre leur permet de se promener en zone rurale et de cueillir les plantes librement dans le même temps. Le fait d'avoir cotisé une fois donne la légitimité recherchée pour plusieurs années* »¹⁶.

La chaîne prétendument démonstrative : diagnostic biomédical/traitement traditionnel/vérification biomédicale n'est évidemment que d'apparence scientifique. Que mesure-t-on ? Que démontre-t-on vraiment ? Le même rapport d'Enda-Santé avance d'ailleurs que les résultats « *très positifs* » du centre sont à minimiser car sur l'ensemble des patients 30% seulement sont revenus en visite de contrôle. Il est aussi précisé que la définition des pathologies est de sources variables : détermination par le patient, par le préposé à l'accueil, par le guérisseur. Par ailleurs, il apparaît très difficile de produire des statistiques fiables sur le taux d'efficacité des guérisseurs (évalué à 60% pour Enda-Santé), car les maladies ont été classées en trois catégories : 22% catégorie A (diabète et hypertension, démangeaisons, parasitoses), 57% catégorie B (maladies fonctionnelles), 20% catégorie C (maladie dites mal spécifiées, ex. sorcellerie, envoûtements) et il n'y a qu'environ 40% des patients de la catégorie A qui ont été revus. Enfin, « *En 1989, seuls des guérisseurs de 3 communautés rurales ont délivré des soins aux patients et deux parmi elles ont obtenu 100% de taux de réussite* » (p. 53).

Toutefois, contrairement au Centre Keur Massar tenu par le Dr Y. Pares, l'ONG Prometra n'est pas en rupture avec l'ensemble du corps médical. Elle a su s'entourer de diverses personnalités scientifiques qui

¹³ - L'ancien médecin permanent au CEMETRA résume les limites du programme mené par l'ONG Prometra comme suit : « 450 guérisseurs, c'est le plus gros mensonge qui soit, ils sont au plus 40-45. Il y a 20 personnes qui sont plus particulièrement présentes et dans un cadre où les guérisseurs n'ont aucun pouvoir de décision, on choisit pour eux [...] ça favorise pas l'épanouissement [...] On regroupe les gens dans ce centre alors qu'on n'a pas créé les conditions économiques de vivre de leur art. 35-40 patients par mois, ça fait un patient par jour pour les 7 ou 8 guérisseurs présents en permanence dans le centre. Sur ce on amène un projet qui est chargé de soigner les personnes vivant avec le VIH, où les patients qui viennent reçoivent de l'argent et sont nourris ! Des personnes plus riches que les guérisseurs comparativement, alors que c'est eux qui leur donnent les soins ! ».

¹⁴ - Enda-Santé, Rapport statistique Malango, 89-99

¹⁵ - Sous le régime de Kérékou 1 et notamment durant la période appelée « la chasse aux sorcières », l'adhésion à l'association nationale offrait une protection à ses membres.

¹⁶ - Creusat L. 2000, *Gestion de la maladie et politique de santé en Afrique du Sud*, PUBlaise Pascal, p. 129.

viennent cautionner les activités de « recherche » qu'elle mène. Le laboratoire installé par la coopération autrichienne le fut sous la direction du Dr A. Prinz. Les travaux menés à Fatick ont ainsi fait l'objet de publications dans des revues scientifiques¹⁷. Le réseau scientifique que l'ONG s'est constitué lui fournit, par ailleurs, de précieux appuis auprès des ministères locaux¹⁸ ou des organismes internationaux.

PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET POSITIONNEMENT AU NIVEAU INTERNATIONAL

En 1999, l'ONG oriente une part de ses activités sur la question du VIH/sida. Elle organise le *Premier Congrès International sur les médecines traditionnelles et le VIH/sida*, à Dakar le 11 et 12 mars 1999.

Après la conférence de 1999, les 7, 8 et 9 février 2000, l'ONG co-sponsorise les *Rencontres consultatives en médecines traditionnelles et VIH/sida* à Kampala (Ouganda). Du 10 au 14 juillet 2000, l'ONG se rend à la 13^{ème} *Conférence Internationale sur le VIH/sida* à Durban avec une délégation internationale de guérisseurs (sénégalais, camerounais et togolais) qu'elle fait défiler à Durban. Elle sera ensuite présente aux différentes Conférences Internationales (Barcelone, 2002 ; Bangkok, 2004). Par ailleurs, l'ONG met en place un « essai » concernant les traitements du diabète, de l'hépatite et du VIH/sida en 1999 dont les premiers « résultats » furent présentés en 2001.

Le contexte national dans lequel s'insère l'ONG est un contexte singulier au niveau de la prise en charge du VIH/sida. En 1998, le Sénégal est le premier pays d'Afrique Sub-saharienne à mettre en place un programme de soin du VIH/sida par les trithérapies (ISAARV)¹⁹ indépendamment de l'initiative de l'ONUSIDA (Ouganda, Côte d'Ivoire). Toutefois, malgré la reconnaissance de l'efficacité des ARV, à l'échelle du continent ces produits restent inaccessibles. Ce n'est que depuis fin 2001 que l'accès aux ARV ait été finalement reconnu par l'ONUSIDA comme un élément indispensable à toute politique de lutte contre le sida dans les pays du Sud. A défaut de préconiser et de favoriser un accès aux ARV, certaines recommandations internationales, en particulier celles de l'ONUSIDA²⁰, vont insister sur les bienfaits potentiels des thérapeutiques traditionnelles dans la prévention, la prise en charge des infections opportunistes et les soins de confort. Elles deviennent une solution alternative présentée comme un palliatif de la prétendue incapacité économique et technique des États africains à développer des programmes de traitement du sida. Parallèlement en 2000, lors de la *Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicines and Local Communities in Africa*, la déclaration dite de Nairobi réaffirme le rôle fondamental des thérapeutes traditionnels dans la lutte contre le paludisme, les diarrhées et le VIH/sida. La même année, le « Committee for Health Research and Development » de l'OMS AFRO recommandait de revitaliser les recherches en thérapeutiques traditionnelles dans le domaine du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme et des maladies de l'enfant (Cf. Working Document 22-24 avril 2002). L'année suivante l'OUA entérinait la déclaration de Nairobi en déclarant la période 2001-2010 comme étant la « *décennie de la médecine traditionnelle africaine* » (AHG/dec.164(XXXVII)).

C'est dans ce contexte extrêmement favorable à la prise en charge du VIH/sida par les thérapeutiques

¹⁷ - Prinz, A., Gbodossou E., Langer R., 1994, Die Behandlung des Diabetes mellitus mit des Mitteln des Traditionellen Medizin Erste Ergebnisse aus dem Znetrum Fatick, Senegal, *Mitt ; Osterr. Ges. Tropenmed. Parasitol.*, 16 : 67-74 ; Iwu M. M., Gbodossou E., 2000, The rôle of traditional medicine, *lancet Perspectives*, 356.

¹⁸ - Lors du Forum national sur les thérapeutiques traditionnelles, il a été proposé de créer des jardins botaniques. Encore non débuté en 2000, une certaine confusion règne autour de ce projet de la division Suivi de projets en agronomie du Ministère de la Recherche Scientifique et Technique (dirigé par B. Traoré, Président Prometra-Sénégal). Comme l'explique P. Houeto, agronome co-chargé du projet avec B. Traoré, il s'agit d'un programme du Ministère ou trois plantes font l'objet d'une étude écologique : *Guiera senegalensis* (contre la toux), *Euphorbia hirta* (contre la dysenterie), *Cassia italica* (laxatif). Des plantations expérimentales de ces trois espèces seront réalisées pour en déterminer les profils de terrains adéquats. B. Traoré interrogé en sa qualité de responsable du siège de la Prometra au Sénégal, présentera pourtant ce projet comme étant porté par l'ONG.

¹⁹ - Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (Dir.), 2002, *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux*, Paris, ANRS.

²⁰ - Malgré le fait que depuis fin 2001, l'accès aux ARV ait été finalement reconnu par l'ONUSIDA comme un élément indispensable à toute politique de lutte contre le sida dans les pays du Sud, les multithérapies antirétrovirales restent encore aujourd'hui inaccessibles à la plupart des PvVIH qui en ont besoin en Afrique. Le rôle des thérapeutes traditionnels dans la prise en charge du sida a fait l'objet d'un rapport en fév. 2003 : *Des remèdes ancestraux pour une maladie nouvelle, l'intégration des guérisseurs traditionnels à la lutte contre le sida accroît l'accès aux soins et à la prévention en Afrique de l'Est*, Genève, ONUSIDA, rapport de cas, Collection Meilleurs Pratiques.

traditionnelles que l'ONG est devenue une ONG internationale et s'est dotée d'un bailleur de fonds important : la Fondation Ford. La Fondation Ford est une organisation internationale d'origine américaine. Dr V. Floyd, membre du bureau de l'ONG Prometra-International est aussi Directrice du programme « Human development and reproductive health » à la Fondation Ford. La Fondation Ford subventionne l'ONG Prometra dans une perspective de prévention : « *Jusqu'à ce qu'un vaccin soit disponible, l'éducation et le changement de comportement sont nos armes pour avoir un impact sur l'épidémie du VIH/sida. L'un des engagements de Prometra concerne l'éducation des populations africaines en matières de VIH/sida* » (Floyd V., *Médecine Verte*, n°6, 2000, p11). L'antenne d'Afrique de l'Ouest (Lagos) de la Fondation a alloué 300.000 dollars « *For educational conference, programs for groups disproportionately affected by HIV/AIDS and efforts to increase the availability of treatment options in developing countries* ». La même somme a été allouée pour la diffusion de la méthode Fapeg, dans le cadre du programme « *Humanity development and community development* » et « *Human development and reproductive Health* » (programme dirigé par V. Floyd). Celle-ci n'est pas spécifiquement consacrée au VIH/sida mais s'inscrit tout de même dans le volet prévention de l'épidémie financé par la Fondation. En 2000, la Fondation Ford USA alloue 100.000 dollars à la Prometra « *To advance the role of traditional medicine practitioner in addressing the VIH/sida epidemic* ». De même, 105.000 dollars ont aussi été alloués à la Prometra pour le projet « *To analyse the efficiency of indigenous healers* »²¹.

LE METRAFAIDS

En 2001, l'ONG déclarait avoir « découvert » un traitement contre le sida : le Métrafaids. Cf. Chapitre spécifique.

LA METHODE FAPEG

Ce terme provient du titre d'un document dont les références sont *Formation d'auto-perfectionnement des guérisseurs. Pour une meilleure implication dans la lutte contre les MST-VIH/sida et pour la survie de la mère et de l'enfant. Méthode FAPEG*. Erick Vidjin' Agnih Gbodossou, édition METRAF, 2000, 109 p.

Les deux titres immédiatement visibles sur la couverture sont « *Formation d'auto-perfectionnement des guérisseurs* » en capitales vertes, puis plus bas « *Méthode FAPEG* » en grandes capitales rouges. Le document de 109 pages, comprend 16 pages introductives, avec un avant-propos, une photo et un préambule ; la suite compte trois parties intitulées successivement « *FAPEG et la santé maternelle et infantile* », « *les maladies diarrhéiques de l'enfant par la méthode FAPEG* », puis « *les MST-VIH/sida par la méthode FAPEG* ».

L'avant-propos (pp. 7-8) est signé par V. Floyd, elle souligne la gravité des problèmes de santé en Afrique et la nécessité d'agir d'abord auprès des mères et des enfants à travers une « *éducation appropriée* » de la population. Cette éducation passe, selon elle, par les « *guérisseurs traditionnels* » dont il est « *évident [qu'ils sont] les bons messagers* » ; il est donc nécessaire de les impliquer dans toutes les stratégies sanitaires, et cette implication passe par leur reconnaissance par le « *système sanitaire officiel* ». La méthode FAPEG (Formation d'Auto-Perfectionnement des Guérisseurs), est qualifiée de « *formation culturelle et géographiquement spécifique* », elle doit permettre de s'assurer que les guérisseurs véhiculent « *le bon message* ». Enfin, elle termine par un appel au respect et à la « *franche collaboration* » entre les médecines, et au soutien de Prometra. A la suite de cet avant-propos, la reproduction d'une photo ancienne en noir et blanc montre un vieil homme à la barbe blanche, en tenue traditionnelle (grand pagne porté en travers de l'épaule gauche), son nom mentionné en légende (John Gbodossou Loko) et une mention évoquant la disparition des guérisseurs indiquent qu'il s'agit d'un parent guérisseur du Dr E. Gbodossou²². Dans un préambule d'une page (p. 10) l'auteur résume brièvement son parti pris : il se déclare dans une attitude

²¹ - Selon les déclarations de l'ONG faite à la presse après la « découverte » du Métrafaids, la Fondation Ford aurait alloué 2 millions de dollars à l'ONG de 1999 à 2001 pour leur « programme d'expérimentation » des thérapeutiques traditionnelles.

²² - Dans d'autres documents, ce personnage apparaît comme étant le grand-père d'E. Gbodossou.

« *d'objectivité désintéressée* », en appelle à « *l'écoute des hommes de bonne volonté* » et à la compréhension « *du passé pour mieux construire l'avenir* » ; à partir de là, il affirme qu'en vertu de la capacité avérée à soulager les souffrances humaines la médecine traditionnelle doit être « *répandue (...) même si elle s'oppose à la science conventionnelle* », il juge ensuite que cette diffusion participe à la conservation du « *trésor de la race noire* » menacé de disparition à travers le « *bouleversement* » de la civilisation africaine.

Dans l'introduction, l'auteur affirme que l'ouvrage apporte « *des solutions concrètes et durables aux problèmes de santé en Afrique* » à travers « *l'implication des guérisseurs* » dans trois domaines (fécondité, santé maternelle et infantile, et MST/VIH). Cette implication passe par « *la formation endogène et l'encadrement soutenu des guérisseurs triés et organisés ayant fait preuve de sérieux et de compétence* ». L'objectif général serait de « *former des guérisseurs-formateurs* » et de « *mettre en place des structures permettant aux guérisseurs de vulgariser leurs acquis et de mieux servir les populations* ». Il s'ensuit l'énoncé de 7 objectifs spécifiques : « *Créer des cases de santé pour les guérisseurs, évaluer leur pratique par des études socio-anthropologiques et épidémiologiques, former les guérisseurs suivant la méthode FAPEG, mettre en place le potentiel pour une meilleure collaboration entre médecines moderne et traditionnelle, mener des études socio-anthropologiques et épidémiologiques auprès des guérisseurs et des structures sanitaires modernes locales* ».

Les trois chapitres qui constituent le corps de l'ouvrage sont constitués de manière identique : ils comprennent un guide thématique pour une enquête socio-anthropologique et un guide d'enquête de connaissance-attitude-pratique (qualifiée d'enquête épidémiologique) sur le thème défini, suivi d'une section de rappel anatomique et physiologique (l'appareil reproducteur masculin et féminin, le cycle menstruel, l'appareil digestif, les différentes MST et le VIH/sida), puis l'énoncé des principes d'organisation d'une formation avec une description du « *matériel pédagogique de FAPEG* », illustré de quelques dessins représentant les situations décrites.

La méthode est destinée aux ONG ou associations de promotion des thérapeutiques traditionnelles qui voudraient former les thérapeutes traditionnels à leur rôle d'agent IEC. Pourtant, le contenu de ces différents chapitres est un mélange surprenant de conseils ou d'informations dont il n'est pas clairement possible de comprendre à qui ils sont destinés : professionnels de santé, guérisseurs, formateurs pour les guérisseurs, organisateurs de la formation ? Ainsi, les « *modèles de questionnaires socio-anthropologiques* » semblent être rédigés à l'intention d'enquêteurs débutants dans la discipline, il en est de même pour les « *études épidémiologiques* » (cf. p. 27, énumération des tâches à accomplir : « *1) faire le choix des enquêteurs, 2) élaborer les questionnaires d'enquête CAP, 3) former les enquêteurs, etc.* »). Le même doute ne manque pas d'apparaître à la lecture des sections constituées par les rappels anatomiques et physiologiques : l'on y retrouve des informations de sciences naturelles assorties de schémas médicaux pratiquement incompréhensibles pour toute personne n'étant pas déjà bien informée des concepts de la biomédecine (ex. p. 34 : illustration de l'évolution de la muqueuse utérine et de l'ovocyte selon la période du cycle menstruel). Certaines informations semblent provenir directement d'un cours destiné à des professionnels de santé bien que l'on y trouve parfois des erreurs grossières (ex. p. 35 : « *Le 14^{ème} jour des règles, le col [utérin] est presque à la vulve* » [faux] ; p. 85 : « *Il est très fréquent de voir une glomérulonéphrite aiguë secondaire à une gale* » [faux]). La section intitulée « *L'accouchement vertical pour une meilleure survie de la mère et de l'enfant* » (pp. 43-47) est particulièrement intéressante ; ces quelques pages accusent « *l'obstétrique moderne* » d'avoir imposé aux femmes de s'allonger sur le dos pour accoucher, l'usage excessif de médicaments ou de la césarienne, ensemble d'éléments qui sont jugés « *contre nature* » ; ces pages proposent une interprétation péjorative des méthodes d'accouchement développées par la biomédecine contemporaine, en poussant le trait jusqu'à la caricature (« *avec l'avènement de la médecine vétérinaire, certains propriétaires de chiennes et de chattes font subir des consultations prénatales (...) et ces animaux mettent bas de plus en plus par césarienne* » p. 45), pour affirmer que les méthodes traditionnelles d'accouchement vertical « *limitent la souffrance de la mère et de l'enfant* » et doivent donc être réhabilitées. Dans le domaine des MST et du VIH/sida (pp. 73-78) l'auteur reprend les idées déjà classiques en 2000 présentant le sida comme un « *problème social* », la plus grande « *vulnérabilité des femmes (...) liée aux coutumes et traditions* » pour affirmer que les guérisseurs sont « *les agents incontournables* » de l'information, et que les stratégies passent par « *les groupements de femmes, de jeunes, les leaders* ».

d'opinion », mais là encore sans clairement préciser quelles informations il faudra donner à ces personnes. Enfin, les sections qui traitent des étapes de la formation FAPEG ne précisent pas le contenu de la formation, mais seulement son organisation : présenter l'équipe de formateurs aux guérisseurs, répartir les guérisseurs par groupe de travail, désigner des rapporteurs de sessions, etc. Ces différents éléments sont décrits de manière très succincte, et ne constituent en eux-mêmes ni un réel guide pour réaliser des formations, ni un contenu précis des informations délivrées.

La lecture complète du document ne permet pas de savoir ce qu'est effectivement la « méthode FAPEG », quel est son contenu ? Quelles informations sont transmises aux guérisseurs ? Comment doivent-ils ou peuvent-ils les intégrer dans leurs pratiques ? On n'y trouve pas la moindre réflexion sur la délicate question de la confrontation des savoirs, de la discordance des nosologies ou des systèmes de causalité des maladies qui sont pourtant au cœur des processus de rencontre entre différentes formes de médecine. La seule orientation clairement affirmée est la volonté « *d'encadrer, sélectionner, trier les guérisseurs* » pour les « *protéger* », sans que cela apparaisse clairement comme une volonté de leur part. Devant la nature variée et disparate de l'information qu'il contient on en vient à se demander à qui est finalement destiné ce document ? Manifestement pas aux guérisseurs eux-mêmes, il n'est fait mention qu'une seule fois de leur savoir (dans le traitement des diarrhées, p. 63), aucune indication n'est donnée sur la manière dont ils pourraient tenter d'articuler leur pratique avec les services de santé ; ce document ne semble pas destiné à des professionnels de santé : les informations médicales qui s'y trouvent sont succinctes, rien ne leur décrit ce que sont les guérisseurs ni comment ils travaillent, ni même comment ils pourraient « respecter » les guérisseurs. Les professionnels de la communication sanitaire n'y trouveront rien de nouveau. Seule demeure la dimension politique du document qui milite pour la « reconnaissance des guérisseurs » sur la base d'une critique globale de la biomédecine et au-delà, de l'Occident, critique clairement énoncée dans la conclusion (« *il faut cesser de jouer le jeu des Occidentaux* » [p. 106]) au nom de la « *renaissance africaine* »).

Parcouru de manière rapide, ce document donne parfaitement l'illusion d'un ouvrage produit par des spécialistes de la communication sanitaire, l'on y retrouve les mots clés et les idées à la mode (« auto-perfectionnement, planification familiale, mère-enfant, MST/sida, durable, culturel, social, anthropologue, critique de la biomédecine, valorisation des médecines traditionnelles, ... ») permettant à tous lecteurs pressés de retrouver quelques balises connues et donc de croire en la validité du titre annoncé.

L'ONG présente donc une capacité à communiquer, à articuler dans ses documents les concepts de la santé publique en vogue (participation pour l'intégration des thérapeutiques traditionnelles et prévention pour le VIH/sida) et à valoriser ses activités (réelles ou prétendues). Elle a su, par ailleurs, s'aménager des appuis tant locaux qu'internationaux tout particulièrement au niveau de la communauté scientifique. La véritable ascension de l'ONG doit être rapportée à sa capacité à maîtriser deux éléments clés du monde contemporain et globalisé : la circulation de l'information et les réseaux transnationaux.

En 2002, l'ONG faisait partie des « Nongovernmental organisations » retenues par l'OMS dans son document *Who traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Ces activités étaient décrites comme suit : « *As well as running an association of 450 certified healers and a research treatment clinical site in Fatick Senegal, it produces health education information for the fight against HIV/AIDS. Its communication strategy incorporate the use of print, electronic media and digital satellite technology and is being implemented with the help of the Foundation Du Présent in Geneva Switzerland and World Space Foundation in the USA* » (p. 39).

DES ENJEUX IDENTITAIRES ET RELIGIEUX

UNE ONG NEW AGE

L'ONG Prometra se distingue des autres initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Sénégal (Keur Massar, Enda-Santé ou ACCRA) par sa dimension spirituelle revendiquée. L'ONG se présente comme suit dans son site Internet « *Prometra [a] pour objectif [de] promouvoir les recherches relatives à la spiritualité et favoriser ses applications pratiques pour une humanité meilleure et plus*

éclairée ». On retrouve dans les programmes de l'ONG Prometra, les critiques du monde contemporain portées par la nébuleuse *new age* : sur-technicité des rapports humains, médecine moderne non humaine, intérêt pour les médecines traditionnelles (ethnomédecine, yoga, shamanisme, etc.), et critique des religions monothéistes (chrétienne comme musulmane).

LE COUMBA LAMBA (USA) ET LA VOIE DU SOUVENIR A OUIDAH (BENIN)

Le Coumba Lamba USA a été organisé à St Helena Island en Caroline du Sud du 11 au 19 août 1996. Il s'agissait d'une cérémonie du *ndepp*²³ dédiée à Mame Coumba Lamba. Chez les *Lébu*, Coumba Lamba (ou Mame²⁴ Coumba Lamba) est le nom du génie protecteur, ou *rab*²⁵, de la ville de Rufisque. D'après le document *Coumba Lamba*²⁶, cet événement était organisé en l'honneur de la « cheftaine » des *rab*, Mme Mame Fatou Seck. Toujours d'après ce document, l'invitation de Mame Fatou Seck au Coumba Lamba USA aurait été une manière de rendre à cette dernière l'honneur qu'elle avait fait en janvier 1995 aux *Sereer* de Fatick en assistant avec des praticiens du *ndepp* à l'une de leurs cérémonies. Par ailleurs, aux USA, l'organisation de cette cérémonie devait permettre aux 540 participants de retrouver leurs origines ancestrales africaines par des trances collectives. Ce projet a été initié par les docteurs C. Finch et V. Floyd avec la Morehouse School of Medecine et la Cosaan Foudation²⁷. L'association Prometra a été un des co-sponsors de l'événement et une délégation de guérisseurs y a participé. Dans l'organisation du Coumba Lamba USA on retrouve en fait, la quasi-totalité des figures de l'ONG Prometra-Internationale : C. Finch, V. Floyd, A. Colorado et E. Gbodossou. Les membres du corps médical qui serviront d'intermédiaire entre l'ONG et les bailleurs de fonds (USAID, Fondation Ford²⁸) et de cautions scientifiques à l'ONG sont, en fait, tous issus du réseau *new age* de l'ONG. Cette forte présence du milieu médical, ainsi que le niveau d'instruction universitaire de la majorité des membres de l'ONG, rappellent le milieu social bourgeois au sein duquel est née la nébuleuse *new age* en Occident²⁹.

Au Bénin, l'ONG a signé un protocole d'accord avec le Comité National du Culte Vodun du Bénin (CNCVB) et cela a débouché sur plusieurs actions. L'ONG avait convié, au *Premier Congrès en Médecine Traditionnelle et VIH/sida* en mars 1999 à Dakar, 10 béninois dont le Roi de Dassa, Sossa Guèdèhounguè, Président du CNCVB et Daagbo Hounon, Président du *Vaudou Houindo* (*Houindo* [ou *Wando*] se traduisant par origine/racine en langue fon). L'ONG finance la fête nationale du culte *vodun* organisée par le CNCVB (10 janvier) depuis 1999. Enfin, en janvier 2001, l'ONG a inauguré en collaboration avec le CNCVB le projet « La voie du souvenir » à Ouidah (ville emblématique du culte *vodun* et de la traite des esclaves au Bénin) qui aurait pour objectif de permettre aux noirs-américains de revenir sur la terre de leurs ancêtres et de retrouver leur « identité ethnique originelle ». La « Voie du Souvenir » a été inaugurée le 9 janvier 2001 par l'ONG Prometra-Internationale et Prometra-Bénin à Ouidah sur la route des esclaves. La route des esclaves reliant Ouidah-ville à Ouidah-plage est un parcours qui s'inscrit dans les pas des esclaves qui quittaient le continent noir. Depuis 1992, cette route est balisée par des œuvres d'art rappelant l'histoire de la traite des esclaves. La dernière station est « La porte du non-retour », où on raconte qu'on faisait tourner les esclaves autour d'un arbre afin qu'ils oublient leur terre d'origine. L'ONG Prometra propose donc de construire à une centaine de mètres de cette porte « La porte du retour » et de la mnésis. Le passage de cette porte fera

²³ - Le *ndepp* (ou *ndoepp*) est un culte de possession organisé pour honorer les esprits protecteurs. On peut consulter : Zempléni, A., 1966, La dimension thérapeutique du culte des *rab*. Ndôp, tuur et Samp, rites de possession chez les *Lébu* et les *Wolof*, *Psychopathologie Africaine*, III : 295-439.

²⁴ - Ce terme peut signifier à la fois ancêtre ou grand-père/grand-mère.

²⁵ - Les *rabs* sont des esprits ou génies ancestraux.

²⁶ - *Coumba Lamba, USA, an African Traditional Healing Ceremony held in gathering with Native Americans*, The Morehouse School of Medecine, Office of International Health, Cosaan Foundation, August 11-19 1996, 29p.

²⁷ - Le Cosaan Foundation est une association créée sur le modèle de l'Ong Prometra (les deux fondateurs étant membres fondateurs de l'Ong), pour soutenir financièrement le Coumba lamba USA.

²⁸ - On peut ajouter l'Institut Fetzer implanté dans le Michigan, qui suite au *Coumba lamba USA*, proposera à l'Ong Prometra, fortement représentée lors de cette cérémonie en partie financée par l'Institut, une collaboration sur le thème suivant : *The role of spirituality in the lives of persons with Disabilities* entre 1997 et 98. Ce qui finalement donnera lieu à une enquête appelée *Rôle de la religion et de la spiritualité dans la réhabilitation médicale des personnes handicapées*.

²⁹ - Hervieu-Leger D., 2001b, *La religion en miettes ou la question des sectes*, Paris, Calmann-Lévy.

l'objet d'une cérémonie thérapeutique *vodun* où les tambours joueront différents rythmes ethniques provoquant des trances et permettant aux Noirs américains, descendants d'esclaves, de connaître leurs origines ethniques.

On retrouve dans ces deux réalisations construites sur un modèle identique, l'argument de l'expérience (contre l'argument scientifique extérieur) caractéristique de pratiques *new age* valorisant l'expérimentation personnelle (near death experience, ou le succès éprouvé de telle ou telle pratique shamanique). De même dans cette recherche d'expérience intérieure de la nébuleuse *new age*, le vocable « spiritualité » est préféré à celui de « religion » pensé comme non authentique et n'impliquant pas une croissance personnelle. On retrouve cet argument dans le discours d'E. Gbodossou lors de la pose de la première pierre de la *Voie du Souvenir* qui définit les croyances *vodun* comme suit : « nous devons montrer que l'Afrique a quelque chose à donner au monde. Il faut promouvoir la spiritualité. La religion a perdu son but. Il y a une différence entre la religion et la spiritualité. C'est à l'intérieur de l'être que réside la porte du non-retour. C'est notre objectif » (*Médecine Verte*, n°2).

Par ailleurs, le retour vers les savoirs traditionnels s'inscrit dans un processus de légitimation de la quête spirituelle des « newagers ». Le mouvement cherche à ancrer sa légitimité dans l'ancien (« traditionnel », « ancestral », « millénaire », dans cette médecine qui « existe depuis que la douleur existe »). Cela passe souvent par une authentification des pratiques par les discours des ethnologues ou sociologues « newager » sur lesquels la nébuleuse cherche à s'appuyer en réactivant des symboles identitaires et ré-enchantant la tradition. Le discours de l'anthropologue devient alors une caution scientifique justifiant la quête spirituelle de la source dans tel ou tel groupe ethnique. L'ONG Prometra remplit cette tâche en réalisant ses enquêtes socio-anthropologiques, préliminaires de la Méthode Fapeg. Les outils anthropologiques utilisés par l'ONG dans cette méthode ne sont que le reflet d'une vision close de la culture³⁰. La culture y est abordée comme un ensemble de pratiques et de représentations fixes, uniformément réparties dans un groupe culturel défini.

En outre, l'ethnologie ancrée dans des concepts passésistes et fixistes de la tradition permet de légitimer le mouvement « revival ». Ceci débouche sur une littérature socio-anthropologique stéréotypée participant de l'idéal d'une tradition perdue. Les travaux décrivent les guérisseurs comme des illettrés (C. Katy : « il faut distinguer le guérisseur du marabout, le second n'est pas authentiquement africain, un guérisseur c'est quelqu'un qui ne sait pas écrire »), vivant en harmonie avec la nature et avec leur communauté, dénués d'intérêts différenciés. Les postulats théoriques retenus dans ces enquêtes sont de type culturaliste et primordialiste basés sur les notions de « communautés agraire et ethnique, essence culturelle, équilibre, fonction régulatrice, patrimoine » (conférence de l'anthropologue Y. M. Guissé³¹ au Goethe Institut, novembre 2000). Autour de cette conception culturaliste s'articulent parfaitement les représentations de l'Autre développées par le mouvement *new age*. Les résultats de ces enquêtes prennent souvent l'allure de simples descriptions de « confidences » faites par les informateurs. La force du témoignage devient un argument scientifique, gage d'un travail de proximité et de confiance existant entre les sociologues de l'ONG et les détenteurs de l'authenticité !

Mais si le retour aux sources et l'ancrage dans la tradition passent généralement dans les mouvements *new age* par un intérêt pour les « Native Americans » ou pour les pratiques thérapeutiques asiatiques (yoga, médecines chinoises, ayurvédiques, etc.), on voit par le biais de l'ONG Prometra, que l'on commence à se tourner vers les pratiques autochtones africaines. Le projet du *Coumba Lamba USA* établit d'ailleurs un pont entre les « Native Americans » et les tradipraticiens Sénégalais. La cérémonie du *Coumba lamba* est définie comme suit : « an African traditional healing ceremony, held in gathering with native Americans, (...) was also designed to link healers with native Americans medicine people in a spirit of cultural exchange and mutual enhancement of healing knowledge from both sides of Atlantic ». Cette cérémonie a permis d'établir

30 - La méthode d'enquête en science sociale décrite dans le document Fapeg est de type CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques), dont G. Bibeau dit qu'elle est « l'ABC de la recherche socioculturelle [...] qu'il est urgent de remplacer par des approches davantage susceptibles de resituer les contextes cognitifs complexes dans lesquels les personnes agissent » (1996, La spécificité de la recherche anthropologique sur le sida, in Benoist J., Desclaux A. *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Paris, Karthala, p. 25).

31 - L'anthropologue Youssou Mbargane Guissé, travaille pourtant à l'IFAN sur les pratiques migratoires et les changements urbains rapides.

des connexions formelles entre un groupe spiritualiste hawaïen (Kuma, Congrégation des guérisseurs et spiritualistes du Pacifique), un groupe d'amérindiens (l'Association du White Bison Amérindien), le groupe de praticiens du *ndepp* de Rufisque et l'association *Malango* des guérisseurs du Siné Saloum. Des contacts avec des groupes shamans (ou néo-shamans) avaient déjà été pris avant la cérémonie du Coumba Lamba. En septembre 1995, C. Finch et E. Gbodossou participaient à un « tour d'observation de la médecine traditionnelle » organisé par l'USAID. Le contact a été fait alors avec les praticiens du Pow Wow à Washington DC, puis en Californie avec une délégation de shaman organisée par A. Colorado (co-Directrice du Programme de redécouverte des savoirs indigènes au California Institute for Integral Studies à San Francisco, devenue ensuite membre de l'ONG Prometra-International) et enfin dans le nouveau Mexique avec des médecine men dans la réserve des Apaches de Mescalero.

En retour, des rapports de manipulation de l'ONG se mettent en place du côté des tradipraticiens. L'anthropologie « d'urgence » (il faut réaliser les enquêtes tant qu'il reste encore des traces de culture authentique...) pratiquée et revendiquée par l'ONG, vient renforcer la légitimité des cultes ayant reçu leurs accréditations : les praticiens des cultes *vodun* du CNCVB, les *saltigués* du CEMETRA, les praticiens du *ndepp*. Par ailleurs, en favorisant les contacts entre différentes traditions religieuses, l'ONG permet la mise en place de processus d'interlégitimation entre élites religieuses locales et élites religieuses issues d'autres traditions (shamanes et néo-shamanes). De même, l'ONG favorise la présence des guérisseurs aux différentes conférences qu'elle organise (sénégalais, béninois, camerounais et togolais), et elle a permis à un groupe de guérisseurs de se rendre à Durban. Concernant les prêtres *vodun*, en les portant sur la scène internationale, l'ONG participe au renforcement de leur capital symbolique et vient renforcer leur aspiration à l'universalité³².

LES OUTILS DE COMMUNICATION ET L'ONG PROMETRA

D'après C. Ghasarian³³, la nébuleuse *new age* trouvant sa légitimité dans l'ancien, est paradoxalement caractérisée par une tendance au nomadisme, au temporaire, à l'informel. Elle essaie de tenir une position permettant une connexion entre le local et le global ; « *une grande partie des sites new age sont virtuels* » ou symbolisés par « *des objets nomades* ». Il n'est donc pas étonnant de voir que l'ONG Prometra est la seule à avoir développé aussi tôt et avec un investissement financier conséquent, le secteur de la cybercommunication. L'ONG a développé un site Internet régulièrement mis à jour (www.prometra.org) et présentant son organigramme, ses partenariats, ses bailleurs de fonds, son calendrier d'activités, un bilan de ses activités passées. L'ONG mène, par ailleurs, actuellement des projets de collaboration avec la Fondation du Présent (Organisation caritative Suisse ayant entre autres la Fondation Ford comme bailleur de fonds) afin de participer à des « list serves » sur le VIH/sida et les thérapeutiques traditionnelles sur le web.

Par ailleurs, on retrouve des objets nomades de communication : la revue *Médecine Verte*. Cette revue est assez coûteuse (750 FCFA le numéro et 10 000 FCFA l'abonnement). Mais, elle n'est pas comparable aux productions habituelles des associations de guérisseurs à ambition plus modeste. Le coût de la revue est justifié par une souscription de soutien à l'ONG Prometra. Ce qui permet à l'ONG de distribuer les numéros de *Médecine Verte* à chacune des conférences où elle est représentée (nomadisme toujours) et de faire valoir ses activités. Par ailleurs, l'ONG a créé en 1998 le RE.JO.ME.TRA (Réseau de Journalistes en Médecine Traditionnelle) présidé par Fara Diaw journaliste du quotidien sénégalais *Le soleil*, et Conseiller en éducation du Ministre de la santé du Sénégal. Le réseau regroupe une quarantaine de journalistes, sénégalais, américains et béninois d'après un membre béninois, journaliste pour *Le Progrès*. Enfin, l'ONG développe des activités à fortes retombées médiatiques potentielles. Il s'agit notamment du défilé des guérisseurs à Durban pour la XIIIème Conférence Internationale sur le VIH/sida.

LA PERSONNALITE DU PRESIDENT-FONDATEUR DE L'ONG

La personnalité du président-fondateur est centrale dans la connexion entre l'ONG et les réseaux *new age*.

³² - Simon E., 2004, op. cit.

³³ - Ghasarian C., 2002, Santé alternative et *New age* à San Fransisco, in Raymond Massé, Jean Benoist (Dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala : 143-165.

Dans le document du Coumba Lamba, il est écrit : « *Le Dr. Gbodossou, a native of Benin and a full initiate in the spiritual tradition of this country known as Vodoun, is also a fully-trained, practicing allopathic physician who has emerged as a leading spokesman and advocate for African traditional medicine with an increasingly international scope* » (Coumba Lamba, MoreHouse School, p. 3). E. Gbodossou est décrit comme un leader religieux au Sénégal, p. 11 : « *In fact, Erick Gbodossou, director of PROMETRA, became Fatou Seck's group co-leader. Gbodossou, though a native of Benin, has won unqualified respect among the community of traditional healers in Senegal because of his persistent and untiring efforts to promote the revalidation medicine there. The ndepkats accepted his co-leadership automatically* ».

En sa qualité de médecin qui affirme avoir été initié aux secrets des guérisseurs du Siné Saloum et aux cultes *vodun*, E. Gbodossou évoque les figures des néo-shamans amérindiens de la nébuleuse *new age* : indiens des villes lettrés de retour dans les réserves, instigateurs des mouvements de renouveau culturel et acteurs du mouvement *new age*. Il recompose son histoire en mettant en exergue ce qui laisserait croire qu'il avait un parcours prédestiné. Dans l'encadré ci-dessous il est avancé qu'E. Gbodossou aurait été choisi à l'âge de deux ans pour succéder à son grand-père³⁴. Il aurait ensuite grandi dans un « couvent »³⁵. D'après les observations faites sur le terrain, ce choix à l'âge de deux ans n'est pas courant au Bénin. De même, la littérature anthropologique consacrée aux cultes *vodun* et à la géomancie du *Fa* fait plutôt état de transmissions intergénérationnelles au moment de l'adolescence et non durant la prime enfance³⁶.

Devant les guérisseurs, il mettra davantage en avant sa personnalité d'intellectuel et de « chercheur en médecine ». Durant la formation Fapeg à Cotonou, il raconte qu'à l'âge de sept ans³⁷, il est allé vivre en milieu urbain (à Grand-Popo ?) avec son père, alors Secrétaire Général du Gouvernement. Il partira ensuite au Sénégal pour étudier la médecine à partir de laquelle il aurait découvert les thérapeutiques traditionnelles locales : « *en 1968, je suis allé à Dakar pour faire mes études de médecin, quand j'ai choisi ça je croyais que c'était la meilleure branche pour soigner les humains, puis j'ai vu qu'il y a trop de lacunes. Quand j'étais dans ma 7^{ème} année, j'ai dit à Colomb que je voulais arrêter pour vendre des cacahouètes, il m'a dit non, il te faut un diplôme ; je suis alors allé en psychiatrie puis en obstétrique, mais c'était toujours pas ça. Puis en 1971, toujours avec Collomb, nous sommes partis pour valoriser les ressources locales et on a lutté contre le charlatanisme* » (formation Fapeg, à Cotonou).

Fort de son double statut affirmé, il condamne les « médecines modernes » inhumaines et s'autocritique en tant « *qu'Africain blanc* » ayant reçu une formation médicale. Il propose une définition de la santé comme le résultat de l'équilibre des contraires, entre mouvements, stagnations, joies, peines, bien-être, douleurs, etc. Il suggère de substituer une conception plus souple et plus complexe de l'homme à la perception technique réductrice de la biomédecine. Il propose d'aborder la santé et l'homme à travers d'autres concepts : expérience personnelle, transe, « réincarnation », « méditation », « rayonnement ou résonance morphique », « succession d'enveloppes du vivant » (« Karma », « physique biologique », « physique bio-énergétique », « physique bio-luminescent », « psychisme », « morale et âme »), « giration » ou « vibration » (mouvement cyclique qui organise le vivant) ou encore « impulsion vitale ». On retrouve dans ces notions, ce que Hervieu-Leger³⁸ désigne par le terme de « *thèmes convertisseurs* » caractéristiques de la rhétorique *new age*. Ces concepts justifiant ici un retour aux thérapeutiques traditionnelles sont simples ou simplifiés (car l'ONG se réfère aussi aux 256 signes de la géomancie divinatoire du *Fa*, aux mythes d'origine *dogon* et *sereer*), standardisés et suffisamment flous pour être interprétés à loisir selon l'imaginaire individuel quels que soient la communauté ou le groupe ethnique d'appartenance.

³⁴ - Celui auquel nous avons déjà fait référence dans le chapitre « Méthode Fapeg ».

³⁵ - Le terme de « couvent » désigne l'ensemble des bâtiments dédiés au culte d'un *vodun*. Le *Hunon* (prêtre), sa famille et parfois certain(e)s *vodunsi* (adeptes ; littéralement « épouses du *vodun* ») y vivent. Les « novices » y sont traditionnellement reclus(es) durant leur initiation.

³⁶ - On peut notamment se référer à Maupoil, B., 1943, *La géomancie à l'ancienne côte des esclaves*, Paris, Institut d'Ethnologie.

³⁷ - Notons que si il est effectivement parti du « couvent » à sept ans, alors il peut difficilement se prévaloir d'une initiation différente de celle d'un(e) simple novice. Les différents niveaux d'apprentissage et d'initiation pour « l'homme de savoir » qu'il s'agisse des cultes *vodun*, de l'oracle du *Fa* (géomancie), de l'usage des *Bo* (amulettes) ou des *amasi* (plantes) ne sauraient être atteints avant 7 ans.

³⁸ - Hervieu-Leger D., 2001, Crise de l'universel et planétarisation culturelle : les paradoxes de la 'mondialisation' religieuse, in Jean-Pierre Bastian, Françoise Champion, Kathy Rousselet (Dir.), *La globalisation du religieux*, Paris, L'Harmattan : 87-96.

Extrait de http://www.prometra.org/FrenchWebsite/French_PresidentBio.html, le 9/11/2004

ERICK VIDJIN' AGNIH GBODOSSOU, MD

Président de PROMETRA International

Dr Gbodossou est un gynéco-obstétricien et un psychiatre, diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar au Sénégal. Devenu citoyen sénégalais, Dr Gbodossou est né à Grand Popo, au Bénin, ville côtière à l'Atlantique. Il est marié avec quatre enfants.

Dr Gbodossou a servi comme Gynéco-obstétricien au CHU de Dakar vers la fin des années 70 et plus tard a été nommé Médecin chef des Inspections Médicales des écoles au Sénégal. Il exerce présentement dans un cabinet privé à Dakar en même temps qu'il assure la fonction de Président de PROMETRA International.

Dr Gbodossou tire ses racines des médecines traditionnelles de sa tendre enfance. Il a été choisi à l'âge de deux ans pour être formé et être initié dans la forêt en tant que guérisseur, sous la direction de son grand-père, avec une équipe d'aînés. Il raconte souvent la façon dont il a appris la médecine à travers la forêt et ses résidants. Une fois, il avait passé son temps à observer trois bébés-oiseaux dans leur nid. Deux d'entre eux avaient grandi et se sont envolés, mais le troisième est resté. Il avait grimpé sur l'arbre pour voir ce qui n'allait pas et s'était rendu compte que les yeux du bébé-oiseau étaient gonflés et fermés à cause d'une infection. Dans la semaine qui suivit, il vit comment la mère et le père du bébé-oiseau ont apporté une feuille d'arbre dans le nid qu'ils ont mâché et placé sur les yeux infectés de l'oiselet. Après une semaine, le bébé oiseau était guéri et s'envola. Dr Gbodossou emploie de nos jours cette plante efficace pour soigner la conjonctivite, et il considère les oiseaux comme étant ses professeurs.

Au Sénégal, Dr Gbodossou a travaillé avec les guérisseurs traditionnels du groupe ethnique Sereer. Il apparut bientôt clairement que leur connaissance précieuse courrait le danger de disparaître pour toujours. Les aînés qui étaient les dépositaires de la tradition orale et de la connaissance endogène disparaissaient, et il n'y avait pas assez de jeunes pour reprendre le flambeau et maintenir ainsi ces pratiques en vie. Déterminé à préserver et à ressusciter cet ancien art de guérir, Dr Gbodossou, durant l'année 1976, créa une organisation au Sénégal dénommée PROMETRA - l'association pour la promotion de la médecine traditionnelle. Il établit plus tard un centre curatif et de recherches dans la ville de Fatick, situé à 150 kilomètres au sud-est de Dakar, le Centre Expérimental des Médecines Traditionnelles (CEMETRA). A ses débuts modestes, avec seulement quelques guérisseurs au Sénégal, PROMETRA dispose maintenant de représentations dans 21 pays et collabore avec les guérisseurs traditionnels d'Afrique, des Etats-Unis, du Brésil et des îles Pacifiques.

Dr Gbodossou et le réseau de PROMETRA collaborent également avec des chercheurs de la médecine moderne qualifiés venant d'Afrique, d'Europe et d'Amérique, y compris le *National Institutes of Health* (NIH), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, le *Global Health Council* à Washington DC, la NOVIB en Hollande, le *International Medical Exchange* en Afrique du Sud, l'*Institute of Medical Anthropology* de Vienne, Autriche. Son plus grand souhait demeure la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, qu'elles puissent travailler de concert pour aider à maintenir et reconstituer la santé des peuples de l'Afrique et du monde.

Dr Gbodossou a rédigé de nombreuses publications sur la médecine traditionnelle et a été désigné l'un des 2000 Outstanding Scholars (2000 Chercheurs émérites) du 21ème siècle par le Centre Bibliographique International de Cambridge, en Angleterre. Il a bénéficié de plusieurs décorations, récompenses et honneurs internationaux, parmi lesquels, le Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal, un certificat de distinction de L'USAID attribué par l'ambassadeur des USA au Sénégal, un certificat de distinction de l'Association des Psychiatres Noirs de l'Amérique, un certificat de distinction de Morehouse School of Medicine d'Atlanta, en Géorgie, et des médailles d'honneur des gouvernements d'Afrique du Sud et de l'Ouganda.

UNE IDEOLOGIE PANAFRICAINNE ET AFROCENTRISTE

LES RESSORTS DE L'AFROCENTRISME DE L'ONG

Qu'il s'agisse du Coumba Lamba USA ou de la Voie du souvenir à Bénin, ces deux opérations répondent à ce que l'ONG décrit comme un besoin de retour aux sources des populations noirs-américaines : « *this ritual [...] was a response to the heartfelt need expressed by many african-americans to reconnect with their ancient heritage and to experience healing from it* » (Coumba Lamba USA, Morehouse School of Medicine, p. 1). Ce retour vers les thérapeutiques traditionnelles participe d'une amélioration et de l'équilibre de l'humanité entière : « *Certains noirs américains peuvent retrouver leurs origines en revenant en Afrique, avec les tam-tams on identifie les sources. Les gens sont comme amputés de leur source d'origine, d'autres se sentent coupables, d'où le besoin de promotions spirituelles. Quand nous serons guéris de tout cela, alors main dans la main nous irons vers un monde parfait* » (G. Ayayi, communicateur Prometra), « la réalisation pourrait contribuer à soigner les plaies enfouies dans la conscience universelle mais encore permettre de ramener l'équilibre et l'harmonie des hommes », (E. Gbodossou, discours lors de la pose de la première pierre de La Porte du Retour).

Tous sont portés par la conviction que l'amélioration individuelle par capillarité conduirait à une amélioration de l'humanité entière. L'humanité souffre de la blessure toujours ouverte de la traite négrière. Le Président de l'ONG dans son discours d'inauguration de la Voie du Souvenir parle bien de ce travail insidieux de la mémoire et de l'oubli : « la réalisation [de ce projet] pourrait contribuer à soigner les plaies enfouies dans la conscience universelle mais encore permettre de ramener l'équilibre et l'harmonie des hommes ». Chaque projet fait référence à des lieux historiques de la traite alors purgés de la *malédiction*. Comme on l'a vu plus haut la route des esclaves reliant Ouidah-ville à Ouidah-plage est un parcours de commémoration de la traite des esclaves. De même pour le Coumba Lamba, St Helena Island a été choisie car ce lieu héberge le Penn Center for Preservation of Gullah/Sea Island Culture³⁹ ; les *Gullah* étant des noirs-américains descendant d'esclaves qui selon leurs propres discours identitaires seraient restés fidèles aux traditions africaines.

La notion de diaspora est perçue comme le chaînon intermédiaire entre le maillon individuel et le maillon universel à partir duquel peut être reconstruite une humanité plus éclairée : « *le devoir est alors de réfléchir sur l'existence de l'Afrique, non pas comme territoire physique et géographique, mais comme diaspora à l'échelle mondiale* » (site Internet), une diaspora qui aspire à être réunie par le projet de la *Voie du Souvenir* permettant à « *nos frères noirs-américains* » de retrouver leur « *terre ancestrale* ». Il s'agit d'un choix fait pour un afrocentrisme noir. Il est notable que les membres de l'ONG Prometra-USA soient pour une majorité d'entre eux impliqués dans des institutions ou associations caritatives de type afrocentriste. D'ailleurs, l'ONG en excluant de son projet afrocentriste les Nord-Africains (désignés au mieux comme des cousins au pire rejetés au même titre que l'est l'Islam) rejoint le concept de diaspora noire et donc celui de diaspora noire américaine.

Si la notion de diaspora - sur laquelle est construit le panafricanisme ou plutôt l'afrocentrisme de l'ONG - est géographique, essentialiste et profondément relativiste, elle est aussi abordée sous un angle diachronique. J.-L. Amselle⁴⁰ a déjà montré, par ailleurs, comment la pensée afrocentriste en ayant des parentés avec la pensée diffusionniste (recherche des survivances et des origines, référence à la diaspora), n'en était pas moins étrangère de l'évolutionnisme. Le discours d'E. Gbodossou pour la pose de la première pierre de la Porte du Retour, disait ceci : « Que l'Afrique soit le berceau du monde, la terre des premiers balbutiements, la source de toutes les civilisations n'est plus à démontrer. Ce qui est regrettable, c'est que cette Afrique, à un moment donné de l'histoire des hommes, a été vidée de toutes ces potentialités et ressources à travers la traite des noirs et la colonisation ». Il écrit aussi dans la Méthode Fapeg, p. 106 « *Jusqu'en 1500, il y avait*

³⁹ - Coumba Lamba, USA, *An African Traditional Healing Ceremony held in gathering with Native Americans*, document interne Cosaan Foundation, 1996.

⁴⁰ - Amselle, J.-L., 2001, *Branchements, anthropologie de l'universalité des cultures*, Paris, Flammarion.

*un équilibre réel et une complémentarité remarquable entre les continents. La notion de pays développés et de pays en développement n'avait aucun sens. Malheureusement, après que Christophe Colomb eut mis pieds en Amérique en 1492, quatre siècles d'esclavage ont décimé l'Afrique. Ce continent, berceau de l'humanité et source de la renaissance scientifique a perdu une grande partie de sa population. Après l'esclavage, ce continent a été morcelé en petits Etats par les colonisateurs. Aujourd'hui, après les indépendances, les systèmes économiques internationaux ne donnent aucune chance à l'Afrique fragilisée par son histoire ». Les élites africaines sont désavouées et dénoncées comme passives devant l'expansion toujours croissante d'un Occident décadent. L'ONG propose de rompre avec cette situation : « les pharmaciens ne sont aujourd'hui que des vendeurs de produits fabriqués par l'occident et [que] les Africains doivent cesser d'être des vendeurs. Ils doivent être des producteurs et des leaders » (site Internet, réunion de consultation à Kampala) de même « l'enfant africain doit être un leader et non un suiveur » (*Médecine Verte*, n° 2, G. Ayayi, p. 11). Les acteurs africains doivent enfin reprendre en main leur devenir historique. Cela commence par réécrire cette histoire. E. Gbodossou a co-écrit avec Félix Iroko, professeur d'histoire africaine de l'Université Nationale du Bénin, une histoire du continent africain : *African History and African Consciousness through History*, METRAF (date de publication inconnue).*

Contre tout afropessimisme, l'ONG tâche de reconstruire une image optimiste du continent africain ce qui prend une forme offensive, amère envers l'Occident sur lequel elle veut prendre une revanche. On voit alors se dessiner un autre évolutionnisme (simple inversion de celui du XIX^{ème} siècle) qui prend la forme d'un récit mythique d'un âge d'or disparu : déclin avec la colonisation et la traite des esclaves, aboutissant à un monde moderne décadent, rejet des élites africaines contemporaines à la botte de l'Occident pour lui substituer une véritable élite travaillant au renouveau et au rétablissement du temps ancien d'une Afrique forte. La lutte contre le VIH/sida apparaît comme étant une des veines principales de ce nouvel évolutionnisme.

Reprenons les différents paliers de l'histoire du continent : 1. âge d'or africain, 2. déclin (colonisation, néocolonialisme et VIH/sida). 3. renaissance (la pandémie suscite une prise de conscience et la constitution d'un corps d'élus). Raccrochant l'origine du VIH/sida à sa conception critique du monde contemporain, pour les membres de l'ONG, le développement de la pandémie plonge ses racines dans la perturbation par la modernité des relations sexuelles africaines présumées harmonieuses. Dans les discours de l'ONG, le sida est perçu comme un fléau prenant le relais de la colonisation : « L'Afrique a connu quatre siècles d'esclavage qui ont dévasté le continent et causé la pire déportation de l'histoire de l'humanité [...] Au cours des deux décennies, l'Afrique, déjà blessée par son histoire, est en train d'être gravement touchée par la pandémie du VIH/sida qui ravage ce continent et remet en cause son avenir de façon préoccupante. Si rien n'est fait dans 10 ans les conséquences de cette pandémie seront plus désastreuses que l'esclavage et la colonisation. En outre, le manque d'intérêt manifesté par l'Occident devrait permettre à l'Afrique de prendre son destin en main » (E. Gbodossou, *Médecine Verte*, n°6, p. 8). Aussi, les membres de l'ONG « voient dans le sida une crise salutaire » comme l'observait ailleurs B. Paillard⁴¹. C'est bien à travers lui que les thérapeutiques traditionnelles ont pu être réunifiées, et qu'une élite motivée a pu se constituer et reprendre du terrain pour l'avènement d'un monde meilleur : « Depuis deux décennies le VIH/sida a permis à tous les partenaires impliqués dans la santé des populations, de se rendre compte que cette pandémie reste un défi commun », « Nous sommes tous interpellés par cette décision (collaboration entre les médecines) parce que le VIH/sida a permis à notre génération de mieux percevoir l'unicité du monde et des hommes, la nécessité pour chacun et pour tous d'être unis pour relever les différents défis qui interpellent notre village planétaire en matière de soins de santé », « Le pont est nécessaire et permettra aux deux médecines de se donner les mains pour qu'enfin les personnes vivant avec le VIH/sida notamment, puissent regarder l'avenir avec confiance » (E. Gbodossou, *Médecine verte*, p. 7). L'introduction du *Premier Congrès International sur les Médecines Traditionnelles et le VIH/sida* sera faite par E Gbodossou sur ce thème : « Le VIH/sida est une pandémie qui a permis de mieux percevoir l'unicité des hommes et du monde et la nécessité pour chacun et pour tous d'être ensemble pour lever les différents défis qui interpellent notre village planétaire » (site

⁴¹ - Paillard B., 1996, Le mythe de la civilisation sidatogène, in J. Benoist, A. Desclaux (Dir.), *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Paris, Karthala, p. 163

Internet). On perçoit comment cette représentation du VIH/sida véhicule des revendications panafricaines tremplin vers le village planétaire cher aux membres de la nébuleuse *new age*.

On observe une conjonction entre la pensée magique *new age*, la maîtrise des technologies de communication et la pensée utopique africaniste. La conjonction des deux premiers éléments est caractéristique de la nébuleuse comme symptôme de la sur-modernité (enchevêtrement des progrès techniques et des imaginaires globalisés). La sur-modernité étant entendue comme la période historique de la chute des utopies, le dernier élément de ce triolet paraît plus atypique. La notion de diaspora noire porte en son sein une logique afrocentriste de type utopiste (j'entends par utopie une représentation du monde qui soit le fruit d'une imagination créatrice et contestataire) qui vient bousculer l'individualisme du mouvement *new age*. Les discours classiquement portés par la nébuleuse *new age* – « *jeux paradoxaux d'une protestation opposant à cette [la] modernité la non réalisation de ses propres promesses [...] recherche de l'être soi dans ce monde-ci, la spiritualité de la performance, l'alliance de la quête spirituelle avec la science moderne* »⁴² – traduisent aussi désormais les frustrations, les colères et les imaginaires qui structurent les rapports de domination Nord/Sud et qui plongent leurs racines historiques dans le colonialisme.

Afrocentrisme et nationalisme

B. Hours⁴³ avait souligné que l'utopie de « la santé pour tous en 2000 » de l'OMS relevait d'une idéologie culturaliste alors à son âge d'or quelques décennies après les indépendances. Il avait montré comment la promotion des thérapeutiques traditionnelles servait la quête d'identité nationale des jeunes États indépendants. Agés alors d'une vingtaine d'années, ces derniers vivent une grave crise économique et sanitaire et sont de plus en plus dépendants de l'aide internationale. Aussi, ils accueillirent favorablement cette nouvelle orientation des politiques de développement. Qu'ils aient adopté le modèle de l'État-Nation ou celui du régime socialiste révolutionnaire, il leur fallait malgré tout arriver à construire une identité nationale. Ces nouveaux programmes de développement de types culturaliste, puisant dans les savoirs et ressources locales, permettaient aux États d'affirmer leur identité africaine (rompant avec la colonisation) et leur spécificité nationale en réactivant des symboles identitaires (thérapeutique et religion traditionnelle locale). Notons, que cette quête d'identité nationale s'articulait déjà à des revendications panafricaines. Le Ghana avec Kwamé Nkrumah, un des pères du panafricanisme, n'était-il pas le premier État à prendre position en faveur des thérapeutiques traditionnelles ? Aujourd'hui, les États africains affaiblis par la mondialisation semblent trouver dans un « panafricanisme scientifique » (en référence aux scientifiques découvreurs de médicaments locaux) une solution pour continuer à exister selon le modèle de l'État-nation (« la renaissance noire scientifique » offre une identité en rupture avec celle de l'Occident).

Par ailleurs, le jeune afrocentrisme européen se détourne de plus en plus du continent noir pour se tourner vers la communauté noire américaine où il trouve ses nouveaux référents culturels, esthétiques, politiques, religieux et sociaux. La diaspora noire américaine cristallise aujourd'hui les aspirations identitaires d'une bonne partie des autres diaspora noires. Il y a donc un enjeu pour le continent africain qui consiste à exhumer la filiation au continent noir des membres exilés de la diaspora et maintenir ainsi une solidarité tournée vers l'Afrique et non pas seulement entre les membres émigrés en difficultés dans leur pays d'accueil.

Ainsi, au Bénin, le projet de l'ONG la Voie du Souvenir fait écho aux initiatives étatiques concernant la diaspora noire désireuse de revenir sur sa terre d'origine. Le Bénin a donné aux membres de la famille Jah (congrégation rasta issue de la diaspora noire et de retour sur le continent noir), la nationalité béninoise ainsi qu'un terrain pour établir leur communauté. La Présidente de l'ONG Prometra-Bénin promet, d'ailleurs, la nationalité aux futurs candidats à la Voie du Souvenir. L'ONG finance la journée du 10 janvier (fête nationale des cultes *vodun*) depuis 1999, alors que le Ministère de la Culture avait cessé de financer cette journée. L'ONG s'est donc imposée en relais du Ministère de la Culture dans la mise en valeur du patrimoine local. Alors que le Ministère de la Culture essaie de réconcilier les deux branches du culte *vodun* à savoir le

⁴² - Hervieu-Leger D., 2001b, *La religion en miettes ou la question des sectes*, Paris, Calmann-Lévy.

⁴³ - Hours B., 1990, La santé publique entre soins de santé primaires et management, *Cahiers des sciences humaines* : 123-140.

CNCVB et le *Vaudou Houindo*, l'ONG Prometra se pose comme l'organe de réconciliation en essayant en 1999 de faire signer un protocole d'accord entre les deux responsables rivaux.

Dans ce cadre, il est facile pour l'ONG de trouver un soutien auprès des instances politico-administratives et cela malgré la dimension spiritualiste affirmée. Aussi, si Prometra ne bénéficie pas d'aides financières locales importantes, elle fait parrainer ses activités par les plus hautes figures de l'État : le *Premier Congrès International sur les médecines traditionnelles et le VIH/sida* fut parrainé par l'épouse du chef de l'Etat du Sénégal (Mme Diouf), la pose de la première pierre du projet *les Voies du souvenir* à Ouidah est parrainé par le Président Mathieu Kérékou. Une lettre du Président de la République du Sénégal (A. Diouf) datée du 24 juillet 1985 est régulièrement citée : « Vos travaux ont suscité de ma part un intérêt tout particulier. C'est pourquoi j'ai demandé aux ministres de la santé publique et de la recherche scientifique et technique de faire procéder à l'étude attentive des résultats auxquels vous êtes parvenus en vue de leur exploitation judicieuse ». Le CEMETRA est sous la tutelle du Ministère de la Recherche Scientifique depuis sa création en 1988. Enfin, l'ONG invite à l'ensemble de ses séminaires les représentants de l'autorité politico-administrative du Ministère de la Recherche (par exemple, le 5 janvier 1998, le *Séminaire d'information et de Diffusion des Médecines Traditionnelles* se déroula en présence du Ministre de la Recherche Scientifique et Technique et le Ministre de la Femme et de l'Enfant).

UNE DERIVE SECTAIRE ?⁴⁴

La nébuleuse *new age*, comme cette formulation l'indique, se caractérise par des contours vaporeux et par une tendance marquée au nomadisme. C'est moins la proximité territoriale (ou l'existence d'une structure socialisante) qui maintient l'homogénéité du mouvement, que la circulation de ses membres à travers les stages ou dans différents sites d'implantation. L'ONG tisse ainsi sa toile à travers la circulation de ses adhérents et des documents produits. Son unité est maintenue grâce à la circulation régulière dans les différentes antennes nationales des délégations de la Prometra-Internationale ou du siège à Dakar. Inversement, les membres des antennes sont fréquemment invités au siège sénégalais. Cette circulation de l'information permet d'uniformiser les pratiques et les dogmes de l'ONG sans imposer une logique sociale structurante. L'ONG développe aussi des moyens de communications importants permettant de faire circuler ses dogmes dans les journaux, sur l'Internet, à travers des objets dérivés (badges, éventails, cartables, etc.). Toutefois, comme le décrit M.-J. Ferreux⁴⁵, quelques noyaux plus rigides peuvent parfois être rencontrés au sein de la nébuleuse. Ainsi, on observe à Dakar un noyau à « *dérive sectaire* » construit autour de la figure charismatique d'E. Gbodossou.

UN SEUL ENONCIATEUR DANS L'ONG

Il est observable, qu'il existe un rapport d'identité entre l'ONG Prometra et son président-fondateur. L'ONG comme l'expliquent les membres est un peu « son bébé ». Les confusions sont parfois curieuses. Ainsi, après une réunion à Fatick, il déclare « j'ai déjà dépensé trop d'argent aujourd'hui, 175 000 Fcfa ! » alors que cette somme a été réglée sur le budget de l'ONG. De même, un autre membre de l'ONG, vantant la générosité du directeur affirme « qu'il a payé sur des fonds personnels » l'équipement en panneaux solaires du centre, alors qu'il s'agit, selon un autre, d'une réalisation de l'USAID.

Des personnes travaillant à la périphérie de Prometra décrivent l'ONG comme étant productrice d'un discours unique : « le problème là-bas [c'est que] les divergences de vues ne sont pas considérées comme un enrichissement mais plutôt comme une raison à l'éclatement », une autre affirme : « moi, j'ai milité dans une autre association où la parole était libre, la première réunion à Prometra, j'ai écouté, pendant 3 heures Gbodossou. La deuxième réunion j'ai voulu intervenir dans les débats, on m'a dit que j'exprimais mon point de vue à tors et à travers, c'est un mode de fonctionnement qui n'est pas du tout démocratique ». En fréquentant régulièrement les membres de l'ONG, on ne tarde pas à s'apercevoir que leurs discours ne sont

⁴⁴ - Cette expression est reprise de : Fournier A., Monroy M. 1999, *La dérive sectaire*, Paris, PUF. Cette expression désigne une dynamique et non un état. Elle a été préférée au terme « secte » immédiatement stigmatisant.

⁴⁵ - Ferreux, M.-J. 2000, *Le new-age ritualités et mythologies contemporaines*, L'Harmattan.

que des copies standardisées de celui d'E. Gbodossou sur l'homme, la maladie et les thérapeutiques traditionnelles. La revue *Médecine Verte* se résume le plus souvent par un développement des idées d'E. Gbodossou depuis l'éditorial (systématiquement signé par lui) en passant par les articles sur les thérapeutiques traditionnelles, jusqu'aux « recettes de grands-mères », seuls les rapports d'activité de l'ONG et les articles de botanique ne sont jamais signés par lui⁴⁶. De plus, à la lecture des différents numéros de *Médecine Verte*, on est frappé par la récurrence des citations placées en exergue en couverture, dans des encadrés en bas des articles ou en commentaire des photographies, semblables à des adages : « *les médecines traditionnelles, une sagesse aussi vieille que le monde* », « *une maladie peut être incurable dans une médecine et ne pas l'être dans une autre* », « *le sida connaîtra une solution africaine* », « *le saltigué, le maître voyant, un sage, un savant* », « *le savoir c'est la source de la création* », etc. La majorité d'entre elles sont des citations extraites des articles, des discours et des publications d'E. Gbodossou⁴⁷, un kit de pensées-slogans qu'il reprend à loisir dans toutes ses interventions.

Les membres de l'ONG présentent une foi inconditionnelle dans le jugement d'E. Gbodossou. La reconstitution de quelques éléments du protocole d'expérimentation des thérapeutiques traditionnelles et du VIH/sida est éclairante à ce propos : « étant donné que 15 guérisseurs donnent des produits comment se passe l'expérimentation ? – Comme le docteur travaille dans ce domaine depuis longtemps, moi j'ai beaucoup confiance en lui, je me dis qu'il est guidé par autre chose *qui n'est pas naturel* parce qu'il fait des choix dans les médicaments mais il ne dira pas j'ai utilisé tel médicament de tel guérisseur. Donc, par exemple, le diabète, il s'est limité à 4 plantes médicinales, pour le sida il peut se limiter à 5 plantes médicinales, pour l'hépatite B, 4, ainsi de suite, il y a un choix qu'il opère, il ne prend pas toutes les plantes qui sont fournies, je peux donner des plantes mais aucune plante ne vont être reconnues par exemple, *il a d'autres connaissances, d'autres approches qui font que lui, il peut* » (entretien avec CU).

Les rapports qu'entretient E. Gbodossou avec les membres de son ONG à Dakar sont assez proches de ceux qu'il peut avoir avec les thérapeutes : paternalistes alternant séduction et punition. Nombreux sont, d'ailleurs, ceux qui considèrent le docteur comme un « papa ». Plus encore, il est pour certains un véritable guide. Le parcours de l'un d'eux est intéressant à ce propos : « J'ai été dans des groupes de discussion sur la bible, de prière, puis dans des groupes charismatiques mais pas très longtemps puis dans le *Mahikari*, un groupe spirituel japonais très implanté en Côte d'Ivoire mais je crois même au Bénin, ils portent une étoile à 6 branches, or et verte. Il y a un autel construit autour du *Goshitaï* (plaque avec inscription en japonais), tous les adeptes sont reliés au *Goshitaï* par le biais d'un appareil porté sur le poitrail (*Ohutama*) qui permet de capter les énergies, les adeptes doivent se rendre régulièrement à l'autel pour se recharger, mais aussi pour distribuer, cela se fait par la paume de la main comme un conducteur d'énergie. Donc j'étais chef de prière là-bas de 86 à 88/89 alors bon au début ils disaient qu'il n'y a pas problème qu'on soit catholique, protestant, non ça ne les dérange pas mais tu t'aperçois de quoi : le vendredi y'a des formations, or c'est le jour de prière donc c'est fichu, le samedi y'a des formations systématiquement, puis le soir il y a ouverture des prières et ça fini le dimanche soir donc tu ne vas pas à la messe. Et donc tu vois au fur et à mesure qu'ils cherchent à t'attacher eux aussi à t'isoler du monde, ils étaient toujours derrière moi qu'il fallait que je fasse mon initiation supérieure, ils avaient parlé de moi en Côte d'Ivoire, mais bon ils nient que c'est une secte mais c'est ça, donc moi j'ai arrêté ». Et maintenant ? « Maintenant il y a Prometra, on réfléchit à la spiritualité

⁴⁶ - Il faut noter qu'avec le développement de l'ONG, cette situation a changé. Les différents représentants d'antennes locales de l'ONG participent à la rédaction de *Médecine Verte*. E. Gbodossou s'est consacré à la rédaction du document « pédagogique » : *Protection des droits de la propriété intellectuelle, guide pratique*, op.cit. et à l'ouvrage *Le concept africain de Dieu à l'Homme, une introduction de la spiritualité africaine*, Metraf, 2004, qui reprend les différentes notions imprécises citées plus haut (giration, vibration, résonance morphique, corps subtil, etc.)

⁴⁷ - On retrouve aussi des extraits des discours du Dr V. Floyd qui est aussi une figure encensée par les membres de l'ong (portraits de V. Floyd dans les locaux de l'ong Prometra au Sénégal comme au Bénin) et qui semble être le seul référent extérieur d'E. Gbodossou qui développe plutôt un discours auto-référent : p. 109, remerciement de la méthode FAPEG : « *L'homme est comme la rosée qui évolue de manière cyclique dans ce perpétuel présent où le passé et le futur n'ont aucun sens. L'homme, comme la rosée, peut disparaître l'espace d'un matin avec son génie, ses intentions et sa mission, sans pouvoir les mettre au service du devenir. Heureusement qu'il existe de bonnes graines parmi les créatures de l'humanité, qui savent s'oublier pour être disponibles aux autres, qui savent apporter l'appui, la lumière, la giration et les vibrations nécessaires à la rosée, pour faire germer des missions et des actes qui permettent aux hommes d'aller vers une humanité meilleure et plus éclairée. Le Dr Virginia Davis Floyd est l'une de ces graines qui font la fierté de l'humanité. Elle reste la lumière de cet ouvrage* ».

avec le Docteur ».

L'ACTE FONDATEUR, UN PROCESSUS DE SELECTION

Rappelons que l'origine de l'ONG remonte à l'enquête débutée en 1971 dans le Siné Saloum. Ce récit fondateur, est repris dans la plaquette de l'ONG et sur le site Internet : *« des visites avaient été rendues aux habitants de 168 villages, sur les 264 que compte la région de Fatick, en accord avec les autorités locales, les notables, les chefs de villages. Par cette dynamique ayant aidé à distinguer les guérisseurs des charlatans, l'association [...] était née, forte de plus de 450 guérisseurs. L'équipe d'enquêteurs avait, dans un premier temps, enregistré une liste interminable de guérisseurs. Finalement ce sont les enfants de l'âge préscolaire qui ont joué un rôle essentiel dans le processus de sélection de bons guérisseurs. Devant des enfants, l'équipe a procédé par des questions du genre 'j'ai un malade mental à la maison et je voudrais savoir où je peux trouver un guérisseur pour son cas'. La réponse livrée par les enfants était toujours la même 'allez dans le village X... et demandez Monsieur ou Madame Y... c'est d'ailleurs lui qui a soigné le fou errant Z de notre village'. Cette stratégie a permis aux enquêteurs de se rendre compte que les vrais guérisseurs ne figuraient sur aucune de leurs listes. C'est sur cette base et avec beaucoup d'humilité que les enquêteurs se sont rapprochés de ces guérisseurs. Après plusieurs mois et années de persévérance, ils ont été acceptés. Une fois cette étape franchie, les guérisseurs eux-mêmes, convaincus de la bonne foi de l'équipe, ont indiqué les coordonnées de certains de leurs confrères. Il a fallu 14 ans (1971-1985) pour identifier tous les guérisseurs des 264 villages Sereer que compte Fatick »*. Une fois l'identification des guérisseurs faite, il fallait gagner leur confiance. Pour se faire accepter, le chercheur devait se prêter à des épreuves : *« le guérisseur sait, par exemple, que le chercheur habite à 150 km de son village. Il l'invite à assister à la cueillette des racines qui guérissent le diabète. Et cette cueillette devra se faire un vendredi à 2 heures du matin. Ceci nous amène à venir la veille. Si vous avez de la chance, votre voiture arrive au village et vous pouvez y passer la nuit. Si la voiture n'arrive pas au village, vous la laissez et vous faites le reste du trajet à pied. Dans ce village, le guérisseur a ses femmes et ses enfants et il paraît difficile de partager son lit. Ce qui vous amène à dormir sous un arbre ou dans un poulailler. Vers deux heures du matin, il va vous réveiller. Vous allez faire la cueillette ensemble en brousse. De retour au village, il vous remet les racines. Plein d'enthousiasme et même d'euphorie, vous rentrez chez vous et expérimentez la racine sur le premier diabétique qui se présente. Le médicament est sans effet. Il vous a donné la racine mais il ne vous a pas donné la parole. Ce n'est qu'après avoir gagné sa confiance et après l'initiation qu'il vous donnera enfin la parole »*.

E. Gbodossou avait entrepris de raconter cette anecdote à la première personne lors de la première journée du protocole d'expérimentation aux malades. Le temps de la narration m'était alors apparu comme une manière de mettre sa personnalité « exemplaire » en lumière. Mais, il me semble maintenant que le récit de cette histoire relève plutôt de la transmission du mythe fondateur de l'ONG. Il y avait un chaos où charlatans et guérisseurs étaient indifférenciés. L'acte fondateur a été de rétablir l'ordre, par un processus de sélection permettant de se débarrasser de la souillure (c'est d'ailleurs le regard de l'enfant présumé innocent et pur qui est mobilisé dans cette sélection). Cet exploit patient a permis l'émergence d'un corps d'élus : *« si vous lancez une invitation aux guérisseurs et que vous avez 100 réponses, vous y trouverez un seul vrai guérisseur parmi elles »* (E. Gbodossou, *Médecine Verte*, n° 3).

La notion de « sélection » est au cœur du fonctionnement de l'ONG. Sélectionner, c'est actualiser le mythe. La sélection, acte fondateur de l'ONG, peut alors prendre des formes autoritaires et surtout arbitraires. Une situation observée me semble éclairante à ce propos. Alors que nous étions en route en voiture pour Fatick, nous nous arrêtons en chemin pour prendre deux guérisseurs, plus loin, alors que nous nous étions arrêtés pour saluer une personne, un des deux hommes descend du véhicule. Il ne se rend pas à la réunion mensuelle du CEMETRA mais va à un enterrement. Avant de partir, il demande de l'argent au docteur. Une discussion animée s'engage alors et le guérisseur finit par le remercier pour le transport et se voit répondre « encore heureux ». La voiture repart, E. Gbodossou dit alors « il faudrait penser à l'exclure, on ne peut pas faire ça, il économise l'argent du transport pour aller à un enterrement et non à la réunion, et il demande encore de l'argent » ; G. Ayayi ajoute « ce comportement ne peut pas être acceptable à Malango ».

Cela est aussi valable pour les membres de l'ONG. Les membres du staff ne sont pas nombreux, le recrutement « est ouvert, c'est une ONG d'ouverture, on pose la demande et c'est accepté ou non ». Ça

peut être refusé ? « *Oui, ça peut, si on sent que tu n'es pas vraiment motivé par la médecine traditionnelle, que concrètement tu n'as rien à apporter, bon là on ne va pas s'encombrer* ». Le « mythe fondateur » de l'ONG dit aux membres de l'ONG combien le chemin est long. Il faut accepter de se prêter à un parcours initiatique parsemé d'embûches sur le modèle de celui emprunté par son fondateur (marcher jusqu'au village, dormir dans un poulailler, être réveillé au milieu de la nuit comme le sous-entend l'anecdote). Et on peut entendre les échos de cette initiation dans le propos récurrent d'E. Gbodossou destiné aux nouveaux venus « si tu es courageuse... ». Ainsi, dès mon premier jour au siège à l'ONG, E. Gbodossou me disait « si vous êtes courageuse, vous pourrez aller à Fatick ». J'étais venue pour ça, pourquoi me faudrait-il du courage ? De même, la Présidente de l'ONG Prometra-Bénin me racontait le début de l'antenne au Bénin : « Comme on a vécu ensemble et puis moi j'ai été à Dakar en congrès et là on m'a parlé de Gbodossou, je suis allé voir si ce n'était pas lui. Et puis quand je suis rentrée chez lui, toutes ces plantes qui sont là c'est la médecine traditionnelle. J'ai dit que je voulais faire ça au Bénin. Il m'a dit 'tu es trop petite'. J'ai dit 'si, je peux' 'Ah ! Bon, on verra si tu es courageuse' ». Alors, être courageuse n'est-ce pas accepter son statut de novice ? N'est-ce pas accepter aussi l'humiliation et l'effort qui va avec ? C'est la question que je me posais quand il me dit un soir « si vous êtes courageuse vous pourrez venir présenter vos travaux à la réunion ce soir, vous ne faites pas partie du staff, vous devrez donc attendre dehors, jusqu'à 22 ou 23 heures » !

LES CROYANCES PARANOÏAQUES DE L'ONG

Le récit mythique apparaît comme étant une parabole suggérant qu'au « macro-désordre » du monde moderne, E. Gbodossou propose un « micro-ordre » ; ce micro-ordre fruit de sa rigueur et de sa patience. Le macro-désordre est incarné par le monde contemporain et occidental. Il peut aussi prendre les formes suivantes : corruption (mendicité, corruption des politiques, mais aussi la prolifération des charlatans, etc.), désordre (depuis les embouteillages en ville en passant par le manque de discipline et le non respect des « traditions »). Cette vision du monde peut peut-être expliquer la tendance hégémonique de l'ONG dont se plaignent les autres acteurs de la mise en valeur des thérapeutiques traditionnelles tant au Sénégal (Yvette Pares, Enda-Santé) qu'au Bénin (Institut de Développement et d'Echanges Endogènes, ANAPRAMETRAB⁴⁸, *Vaudou Houindo*, etc.). Les activités menées en dehors de l'ONG s'inscriraient dans la médiocrité ambiante et deviendraient donc négligeables⁴⁹.

Le défi jeté aux membres de l'ONG va d'ailleurs bien au-delà de la promotion des thérapeutiques traditionnelles. E. Gbodossou développe une représentation du monde radicale et apocalyptique. Une discussion entre E. Gbodossou, G. Ayayi et moi-même est significative : E. Gbodossou chantant « salade de fruits, jolies, jolies, avant même pour les questions d'amour on restait discrets, maintenant voilà ce qu'on chante : tu vas, tu vas et tu viens entre mes reins. Le monde est perverti ». G. Ayayi : « Et à Durban, les homosexuels qui viennent et qui s'affichent disant qu'ils soutenaient ce qui se faisait ici » ; E. Gbodossou : « Qu'ils s'affichent publiquement, c'est pas ça le problème, c'est qu'on autorise leur mariage ». Et se tournant vers son voisin « tu me plais, viens ! On va se marier ! ». Tout le monde rit ; E. Gbodossou plus sérieux : « Le monde va à sa perte » ; Moi : « il ne faut pas être si pessimiste » ; E. Gbodossou (sérieux) : « Ce n'est pas du pessimisme, ce monde va être détruit, il a de quoi s'autodétruire déjà en moins de 5 minutes, ce n'est pas pour rien, ça viendra, mais l'humanité ne mourra pas, car il y aura des survivants et ils construiront un monde plus pur ». L'objectif serait-il de faire partie de ce groupe de constructeurs du monde nouveau ?

Par ailleurs, l'histoire de l'ONG peut être lue à travers une succession de traîtres et de traîtrises. L'efficacité de l'association Malango est attestée par la destitution d'un de ses anciens présidents : un « charlatan »

⁴⁸ - La Présidente de l'antenne béninoise de l'ONG Prometra interrogée à propos du rôle de la responsable de la Division Médecine Traditionnelle au Ministère (Mme R. Badet), répondait ceci : « elle est Ministère de la Santé, il faut aller à la base, c'est ça que nous avons fait. Sinon on se fait griller, une fois que le terrain est balisé va voir directement le Ministre ». Il est significatif que la journée de formation Fapeg réalisée à Cotonou auprès des membres de l'ANAPRAMETRAB se soit déroulée en même temps que la réunion ministérielle *Les orientations sanitaires du Ministère de Santé du Bénin* empêchant Mme R. Badet ainsi que le Président de l'ANAPRAMETRAB d'être présents lors de la formation Fapeg alors que la sélection des participants avait été faite par leurs soins.

⁴⁹ - Il est notable, que l'installation de l'ONG italienne ACCRA dans le Siné Saloum avec un projet similaire à celui du CEMETRA n'a suscité aucun intérêt des membres de l'ONG Prometra.

finalement démasqué ! Mais les figures de la trahison appartiennent le plus souvent au corps médical. P. Houeto raconte à propos de la *Première Conférence Internationale sur le VIH/sida et les Médecines Traditionnelles* : « Au début Ibra Ndoye⁵⁰ leur avait affirmé qu'il leur viendrait en aide puis en dernière minutes, il s'est retiré, probablement qu'il a pensé que ça allait faire échouer le projet mais il ne savait pas qu'on avait déjà nos appuis », et interrogé sur le contrat passé avec les malades à l'occasion des essais de médicaments, sans qu'ils en aient un double pour eux, il précise : « Tu comprends on n'est pas trop aimé, et notamment par rapport au PNL⁵¹ et qu'on ne sait jamais ce papier pourrait se retrouver dans des mains qui voudraient mettre des bâtons dans les roues du projet, je ne peux pas vraiment parler mais il y a eu des gens qui travaillaient avec nos programmes de recherche qui faisaient tout pour faire capoter, qui faisaient tout le contraire de ce qu'il fallait faire, le laborantin s'est fait virer suite à une pétition contre lui [...] Il y a eu aussi une succession de médecins ». A propos de l'exclusion d'un des médecins, le guérisseur M.B. dit : « il a mal fait son travail, il était là mais bon je sais pas vraiment ce qui s'est passé mais il a pas vraiment consigné les résultats durant l'expérience, un truc comme ça, bon c'est pour ça qu'on a dû le libérer ».

La menace d'être « infiltré » vient légitimer les comportements de surveillance réciproque observables au sein de l'ONG, E. Gbodossou maintient fermement le micro-ordre instauré dans le groupe d'élu. L'ONG exclut, et par-là même, elle élit. Comme il l'explique en parlant d'un candidat à l'ONG : « il n'est pas dévoué, dans l'état actuel de l'ONG, il faut se débarrasser de ceux qui ne la portent pas vraiment », « X, il est bête, il croit que je ne surveille pas ce qu'il fait, s'il fait ça, il ne pourra jamais rentrer dans l'ONG. On arrose les gens pour les endormir quand ils dorment on voit bien ce qu'ils sont ».

La dissidence et l'exclusion ne fragilisent pas l'ONG, elle la consolide en lui renvoyant une image positive d'elle-même. Faire l'objet de complots, c'est signifier qu'on est dans le vrai ; interviewé par un journaliste E. Gbodossou dit « *je ne suis pas l'ami de tout le monde [...] Au niveau des autorités, c'est sûr que nous gênons certains, même si nous sommes appuyés par le Président de la République, en tout cas des autorités de très haut niveau, notamment deux ministères. Mais je pense que si nous faisons sans difficultés ce que nous faisons ici, cela nous générerait. Ces difficultés nous stimulent. C'est pourquoi d'ailleurs nous avançons* ». Que vous reproche-t-on ? « *Beaucoup de choses ! Vous savez que le mot jalousie est fait pour les humains. Mais aussi, il y a le fait que nous paraissions aux yeux de certains comme des rivaux [...] Bref, nous bousculons certains intérêts* » (*Médecine Verte*, n° 2).

Je conclurai sur l'ouvrage d'A. Fournier et M. Monroy⁵² qui me semble éclairer les activités de l'antenne de l'ONG à Dakar. Les auteurs proposent la définition suivante de la dérive sectaire en insistant sur une « *conjonction significative de facteurs* » à savoir « *une idéologie alternative radicale* » (critiques *new age* du monde extérieur et afrocentrisme), « *une structure autoritaire et autocratique* » (structure communautaire construite autour d'E. Gbodossou), « *une référence exclusive à sa propre interprétation du monde* » (un seul énonciateur), « *impose des ruptures de tous ordres* » (mythologie de la sélection et de l'élection, re-écriture de l'histoire), « *transformation des personnes selon un type de modelage standardisant excluant l'autonomie* » (organisation de type communautaire avec manipulations affectives et autoritaires, « initiation »), « *promesses et assurances* » (d'un monde purgé de sa perversité), « *masque les coûts réels* » (?), « *exploite les inquiétudes et les peurs* » (mythe du complot, traîtres).

Toutefois, d'après ces auteurs, les structures à dérive sectaire fonctionnent sur une logique d'autosuffisance. Or les membres de l'ONG ne se voient pas fournir : travail, vêtements, nourriture et habitation. De même, l'ONG dépend clairement des financements extérieurs et de son apparente réussite. Mais les auteurs précisent : « *La dérive sectaire naissante peut se retrouver dans des groupes (associations, entreprises, partis) qu'elle affecte sans les contaminer totalement, et qui ne présentent que certains aspects de l'autosuffisance* ». Enfin, les auteurs dressent une typologie des meneurs de mouvements à dérive sectaire, l'une de ces figures « *Le gourou 'affectif' est souvent le gourou d'un petit (ou d'un jeune) groupe. Il instaure des rapports personnels avec ses adeptes, les comble, les punit, les rejette. La structure du groupe dans*

⁵⁰ - Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Sida à cette époque.

⁵¹ - Programme National de Lutte contre le Sida

⁵² - Fournier A., Monroy M. 1999, *La dérive sectaire*, Paris, PUF, p. 23.

l'espace est alors concentrique, l'adepte est plus ou moins éloigné du centre qui est le gourou » (p. 92). Dans ce cas la structure est une « structure en toile d'araignée, plus fascination affective que doctrinale », et p. 96 « L'information et la communication s'effectuent surtout de façon non écrite. L'organisation repose sur la conviction inébranlable du chef, la séduction, la revendication d'origine radicale, le jeu des favoris, l'arbitraire absolu, l'exaltation d'une mission impossible vécue au jour le jour, au coude à coude, les renforcements par l'effet des premières réussites ».

CONCLUSION

Ce chapitre dresse un portrait d'une « situation exemplaire » de promotion des thérapeutiques traditionnelles. Sans oublier de considérer l'expérience singulière de l'ONG Prometra, l'approche compréhensive de cette dernière permet d'atteindre des mécanismes plus généralement observables dans l'arène de la promotion des thérapeutiques traditionnelles.

Ce secteur est extrêmement hétérogène. Il y coexiste toutes sortes de personnages : guérisseurs, certes, mais aussi chefs de cultes, médecins, paramédicaux, praticiens des médecines alternatives, chercheurs (botanique, pharmacologie, sciences humaines) ainsi que de nombreux autodidactes. On retrouve toutes ces professions parmi les membres de l'ONG auxquels il faudrait encore ajouter des informaticiens et des juristes. Plus encore que la diversité des acteurs œuvrant dans ce secteur, on constate que celui-ci est le théâtre privilégié de « figures intermédiaires » : médecins devenus guérisseurs, guérisseurs empruntant des modèles biomédicaux, « injection doctors », etc. Le Président de l'ONG Prometra, médecin, initié, guérisseur, guide spirituel est une de ses nombreuses « figures intermédiaires ». Par ailleurs, on constate que ce qui devait avoir une dimension locale (la promotion des thérapeutiques traditionnelles) suit aujourd'hui les canaux de la mondialisation et ces nouvelles « figures intermédiaires » importent de nombreuses pratiques thérapeutiques : phytothérapies européenne ou chinoise, acupuncture, homéopathie, etc. Les modèles *new age* de la santé et des traitements de la maladie promus par l'ONG en sont une déclinaison.

Dans ces initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles, on peut lire combien les acteurs du champ thérapeutique, quels qu'ils soient, ne peuvent éviter de se référer aux discours de la biomédecine et des sciences expérimentales (thématique de l'évaluation, séparation des vrais et des faux thérapeutes). Toutefois, la description de la dimension religieuse de l'ONG montre aussi combien ceci ne contribue pas pour autant à rompre les liens existant entre champ thérapeutique, champ religieux et champ politique. Comme j'ai pu le développer, par ailleurs⁵³, les initiatives de promotion de thérapeutiques traditionnelles sont souvent d'excellentes grilles de lecture des enjeux religieux contemporains. A travers l'ONG Prometra on a pu aborder l'importation du *new age* sur le continent africain. L'approche d'autres situations, montre combien la promotion des thérapeutiques traditionnelles est porteuse d'enjeux religieux pour les prêtres *vodun* ou comment la communauté charismatique catholique béninoise s'empare aussi de ce secteur dans une perspective prosélyte⁵⁴.

Enfin, la description des activités de l'ONG montre combien la promotion des thérapeutiques traditionnelles est une question identitaire qui s'inscrit dans les rapports d'inégalité Nord/Sud. L'histoire de ces initiatives en Afrique conforte cette idée : promotion des thérapeutiques traditionnelles au nom du « non-alignement » dans les années 60-70 et perception de ces projets par les intellectuels comme un moyen de se libérer de la domination coloniale⁵⁵. Mobilisant des marqueurs identitaires forts (« savoirs traditionnels » ou encore « diaspora ») ces initiatives ne manquent pas de trouver des appuis auprès des gouvernements africains.

L'évaluation de l'impact sanitaire de tels programmes serait-elle alors reléguée au second plan ? Cette

⁵³ - Simon E., 2002, Les stratégies de valorisation des 'médecines traditionnelles' au Bénin, Grille de lecture de nouveaux enjeux religieux urbains, in R. Massé, J. Benoist (Dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré* : 197-220.

⁵⁴ - Simon E., 2002, op. cit.

⁵⁵ - Singer P. (ed.), 1976, *The Conch magazine, Traditional Healing New Science or New Colonialism*, 8, n°1-2.

question semble légitime au vu du peu d'activités solides menées par l'ONG. Les déclarations de l'ONG dans le domaine de la santé apparaissent comme des discours écrans permettant en réalité de porter de toutes autres ambitions. Si les entretiens réalisés auprès des malades n'ont pas été exploités ici, c'est aussi qu'ils y trouvent mal leur place tant les malades sont absents des préoccupations des membres de l'ONG. L'ensemble des textes de l'ONG est consacré aux thérapeutiques traditionnelles et à leur promotion, et on est en droit de s'interroger : les malades ne deviennent-ils pas alors de simples pions dans l'échiquier de la promotion de thérapeutiques traditionnelles⁵⁶ ? Ainsi, tout comme l'ONG a su reprendre les déclarations d'intention récurrentes de l'OMS en faveur de la promotion des thérapeutiques traditionnelles, elle n'a pas manqué de profiter d'un contexte international favorable à l'implication des thérapeutiques traditionnelles dans la prise en charge des PVVIH. Ses activités de prévention (Méthode Fapeg) et de prise en charge thérapeutique des PVVIH (« expérimentation » et « invention » du Metrafoids) ont considérablement contribué à renforcer la position de l'ONG dans le champ du développement et par ricochet dans les champs religieux et politique (mobilisation à l'échelle du continent contre une « maladie noire »).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amselle J.-L., 2001, Branchements, anthropologie de l'universalité des cultures, éd. Flammarion, Paris, 2001, 265p.
- Bastien V., 2001, Essais thérapeutiques et droit des personnes. A propos du programme de recherches en phytothérapie de l'hôpital confessionnel St Camille à Ouagadougou, *Transcriptase Sud*, Paris, 7 : 11-13.
- Benoist J., Desclaux A., 1996, Anthropologie et sida, bilan et perspectives, Paris, Karthala, 381p.
- Bibeau G., 1996, La spécificité de la recherche anthropologique sur le sida, in Benoist J., Desclaux A. Anthropologie et sida, bilan et perspectives, Paris, Karthala : 13-30.
- Creusat A., 2000, Gestion traditionnelle de la maladie et politique de santé en Afrique du Sud, Clermond-Ferrand, PU Blaise Pascal, 273p.
- Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. (Dir.), 2002, L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux, Paris, ANRS.
- Fassin D., 1992, Pouvoir et maladie en Afrique, Paris, PUF.
- Fassin D., 1988, De la quête de légitimité à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal, *Cahiers d'études africaines*, XXVIII (2), 110 : 207-231.
- Fassin D., 1994, Penser les médecines d'ailleurs, in Fassin D. Aaïch P. (Dir.) Les métiers de la santé, Paris, Anthropos : 339-364.
- Ferreux, M.-J. 2000, Le new-age ritualités et mythologies contemporaines, Paris, L'Harmattan, 266p.
- Fournier A., Monroy M., 1999, La dérive sectaire, Paris, PUF, 233p.
- Ghasarian C., 2002, Santé alternative et New age à San Fransisco, in Raymond Massé, Jean Benoist (Dir.), Convocations thérapeutiques du sacré, Paris, Karthala : 143-165.
- Gruénais M.-E., 1991, Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo, *La revue du praticien*, 141 : 1483-1490.
- Gruénais M.-E., 1992, Une rencontre à venir, *Cahiers des sciences humaines*, Vol. 28, 1, : 3-12.
- Hervieu-Léger D., 2001a, Crise de l'universel et planétarisation culturelle : les paradoxes de la « mondialisation » religieuse, in Jean-Pierre Bastian, Françoise Champion, Kathy Rousselet (Dir.), La globalisation du religieux, Paris, L'Harmattan : 87-96.

⁵⁶ - Sur la question du droit des patients dans le cadre « d'essais » thérapeutiques menés avec des produits issus de la pharmacopée : Bastien V., 2001, Essais thérapeutiques et droit des personnes. A propos du programme de recherches en phytothérapie de l'hôpital confessionnel St Camille à Ouagadougou, *Transcriptase Sud*, Paris, 7 : 11-13.

- Hervieu-Léger D., 2001b, *La religion en miettes ou la question des sectes*, Paris, Calmann-Lévy.
- Hours B. 1986, *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- Hours B., 1992, *La santé publique entre soins de santé primaires et management*, Cahiers des sciences humaines, Vol. 28, n°1 : 123-140.
- Hours B., 1995, *L'anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins*, Journal des anthropologues, n°60 : 63-71.
- Maupoil, B., 1943, *La géomancie à l'ancienne côte des esclaves*, Paris, Institut d'Ethnologie.
- Paillard B., 1996, *Le mythe de la civilisation sidatogène*, in J. Benoist, A. Desclaux (Dir.), *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Paris, Karthala : 151-166.
- Simon E. 2004, *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*. Thèse de doctorat en ethnologie, Université Montpellier III, 533 p.
- Simon E., 2002, *Les stratégies de valorisation des 'médecines traditionnelles' au Bénin, Grille de lecture de nouveaux enjeux religieux urbains*, in R. Massé, J. Benoist (Dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré* : 197-220.
- Zempléni, A., 1966, *La dimension thérapeutique du culte des rab. Ndöp, tuur et Samp, rites de possession chez les Lébu et les Wolof*, *Psychopathologie Africaine*, III : 295-439.

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- Gbodossou E., *Le concept africain de Dieu à l'Homme, une introduction de la spiritualité africaine*, METRAF, 2004.
- Gbodossou E., *Formation d'auto-perfectionnement des guérisseurs. Pour une meilleure implication dans la lutte contre les MST-VIH/sida et pour la survie de la mère et de l'enfant. Méthode FAPEG*, METRAF, 2000, 109 p.
- Gbodossou E., Iroko F., *African History and African Consciousness through History*, METRAF, (date ?).
- Gbodossou E., *Protection des droits de propriété intellectuelle, guide pratique*, METRAF, 2004.
- Document internes de l'ONG Prometra :
- Allocutions du Président de Prometra-International et de la Présidente de Prometra-Bénin, lors de la pose de la première pierre du projet "Voie du souvenir", 5p.
- Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des guérisseurs et des malades de la région de Fatick au Sénégal*, Rapport final Grant n°9900766 Fondation Ford mars 2000.
- Etudes socio-anthropologique, Guérisseur de Malango au Sénégal*, document interne Prometra, Juin 2000.
- Premier congrès international sur la MT et le VIH/sida*, 11-12 mars 99, Ministère de la Recherche Scientifique et Technique du Sénégal.
- Promotion des Médecines Traditionnelles, Centre expérimental des Médecines Traditionnelles de Fatick*, Rapport final juin 2000, 89-99, Fondation Ford.
- Séminaire d'information et de diffusion des médecines traditionnelles*, Résumé de quelques experts, 5 janvier 1998.
- Autres documents :
- Coumba Lamba, USA, an African Traditional Healing Ceremony held in gathering with Native Americans*, The Morehouse School of Medicine, Office of International Health, Cosaan Foundation, August 11-19 1996, 29p.
- Forum sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles*, du 07 au 09 décembre 1998, Rapport final,

Ministère de la Santé, Direction de la Santé, Division de la médecine privée et de la médecine traditionnelle, décembre 1999, 72p.

Où en est la Médecine Traditionnelle, rencontre de médecins, guérisseurs et chercheurs, rencontre présidée par Erick Gbodossou du 27-28 avril 85,

Rapport statistique Malango, 89-99, Joseph Correa, Michel Etchepare et Sy, Enda-Santé (rapport interne d'Enda-Santé équivalent de celui nommé *Promotion des médecines traditionnelles, CEMETRA de Fatick*).

Iwu M. M., Gbodossou E., 2000, The role of traditional medicine, *Lancet Perspectives*, 356, p.3

8.6. DES PRODUITS POUR VIVRE ÉTERNELLEMENT. LE PRINCIPE ACTIF D'UNE FIRME MULTINATIONALE

Alice Desclaux

INTRODUCTION

« Forever Living Products » est une firme multinationale qui distribue sur tous les continents, par l'intermédiaire de plusieurs millions de revendeurs, des produits contenant des anti-oxydants. Le terme "anti-oxydants" est très fréquemment employé pour qualifier la dimension biologique de l'action de traitements alternatifs, émergents et néo-traditionnels. Ce n'est pas seulement le cas au Sud: un article par dans le Journal du sida en 2006 semblait résumer correctement l'usage des anti-oxydants en France dans son sous-titre: *"Les antioxydants sont souvent un objet de discorde entre patients et médecins. La plupart des médecins n'y croient pas et surtout ne connaissent pas leurs actions et leurs doses. Beaucoup de patients les utilisent, non pas pour remplacer leur thérapie antivirale, mais pour diminuer les effets indésirables des traitements et contrer le « vieillissement accéléré » dû au VIH"⁵⁷*. Pour appréhender les usages et les significations des antioxydants pour ceux qui consomment ces traitements en Afrique, j'évoquerai l'Aloe vera et ses dérivés. Comme la papaye fermentée, les produits apparentés à l'Aloe vera ont été "formulés" comme traitements par des "concepteurs" des pays développés, et diffusés par des entreprises multinationales. Ils se situent de plus dans le vaste champ de l'immuno-nutrition, en combinant de manières différentes deux indications aux relations complexes: la thérapie de l'infection à VIH et la prévention du vieillissement.

LES ANTI-OXYDANTS DANS UNE FIRME DE "VENTE DIRECTE"

C'est en "suivant le virus" que je suis entrée en relation fortuitement avec un distributeur d'Aloe vera en 2006. Dans une salle d'attente d'aéroport, mon regard avait été attiré par un drôle d'oursin -représentation graphique conventionnelle du VIH- sur l'écran de son portable, et la conversation s'est enclenchée avec ce monsieur, ayant des fonctions à la tête de l'antenne ivoirienne de la firme Forever Living Products (FLP), et chargé de promouvoir ces produits au Burkina et au Cameroun. Cette conversation s'est transformée en véritable séance de formation informelle de sa part, motivée par sa volonté de me compter parmi ses distributeurs. J'ai pu profiter d'environ trois heures d'entretien au cours desquels il était difficile de l'interrompre, et le lendemain j'ai assisté à la séance publique de présentation des produits dans un hôtel de Ouagadougou (pendant environ 2h30). Récemment, j'ai assisté à trois séances de formation pour les distributeurs de l'antenne de FLP à Dakar et participé à une journée "portes ouvertes" de la firme.

FLP est une firme américaine de vente directe⁵⁸ créée par un certain Rex Vaughan en 1978, qui vend des compléments alimentaires, cosmétiques et produits vétérinaires dérivés de l'Aloe vera, de nutriments simples (sels minéraux, vitamines), de fruits et légumes et de "produits de la ruche" (miel, cire d'abeille, pollen, propolis). Basée dans le Texas, elle est présente dans 125 pays et revendique plus de 9 millions de distributeurs en 2008. Lors de la conférence initiale pour le grand public, la présentation passe rapidement de la promotion des produits à la promotion de la distribution: un client qui devient distributeur bénéficie des

⁵⁷ Journal du Sida, 188, 2006.

http://www.arcat-sante.org/JDS/article/648/ Stress_oxydatif_et_VIH_Les_antioxydants_qui_derouillent

⁵⁸ La littérature économique désigne ce mode de vente sous le terme générique de "vente directe" et qualifie le mode d'organisation de ces firmes de "marketing pyramidal" ou "marketing multiniveaux".

réductions sur le tarif des produits, dans un système de distribution-vente dans lequel l'objectif est de fidéliser de nouveaux clients qui achèteront eux-mêmes des produits⁵⁹ sur lesquels le premier client, devenu distributeur, touche un pourcentage, selon le principe du "tout le monde est gagnant". Pour une mise de fonds d'environ 300 000 FCFA en 2006, 88 000 FCFA en 2008, n'importe qui peut devenir "partenaire" de FLP, c'est-à-dire lié par un contrat qui s'apparente à une franchise. Les séances de présentation collective, extrêmement bien organisées au plan de la communication, consacrent autant de temps à présenter le système de vente qu'à présenter le produit⁶⁰. Le message est assez précis concernant le devenir d'un adhérent-type: il part de ses besoins et désirs représentés par des individus de conditions "standard" affichant une "diversité mondialisée" (les films de présentation utilisés à Dakar et accessibles sur internet montrent des familles blanche, afro-américaine et hispanique dans une cuisine standard) et lui dessine un parcours qui lui permettra d'acheter divers biens qui sont à la fois des éléments de confort et des signes d'un statut social présenté comme digne d'un partenaire d'une firme multinationale d'une telle envergure. Les discours faisant référence à des projections dans l'avenir sont marqués précisément par des échéances (la voiture à six mois, la maison à deux ans, la participation à la convention annuelle aux USA ensuite). Tout le monde peut être distributeur (il faut savoir lire et signer le contrat) et les conditions pour arriver à ces buts sont "le travail", le fait d'avoir un désir, et la volonté de progresser: les valeurs sont inspirées du développement personnel. Au cours de la séance, la présentation d'un film, commentée, est suivie par des témoignages de personnes du site qui ont vécu cette embellie financière souvent suivie d'une ascension sociale. Les présentations du produit disponibles sur Internet parlent "d'une nouvelle vie qui commence dès lors qu'on entre dans le système FLP" (dont on note la proximité avec le discours des Eglises évangéliques). Au cours des réunions destinées aux distributeurs, la transmission du savoir insiste sur l'intérêt de "faire des points caisse" ensemble, chacun étant censé s'épanouir au profit de tous. L'éthos du distributeur FLP est marqué par une dimension collective et égalitariste, qui évoque d'emblée l'éthique des sectes protestantes et des valeurs parfaitement inscrites dans l'imaginaire nord-américain (réussite possible pour tous par l'individualisme, ascension sociale possible par le travail et la volonté, "foi en soi-même"...). Certaines formules employées par les animateurs des séances portent la trace de leur origine (exemple: "Je préfère obtenir 1 dollar de la part de 100 personnes que 100 dollars d'une personne").

DES PRODUITS "NEO-TRADITIONNELS"

Les dérivés de l'Aloe vera, "compléments alimentaires" de FLP, sont présentés comme des "médicaments", bien qu'un des premiers messages émis en session de formation consiste à affirmer qu'ils n'en sont pas. Ce jeu sur un rapport ambivalent peut être retrouvé à propos d'autres produits: dans certains cas les promoteurs du produit le décrivent comme un véritable médicament qui ne peut obtenir ce statut pour des raisons juridiques (c'est le cas de la papaye fermentée); dans d'autres cas il est décrit comme tel sans revendication du terme.

Toute l'argumentation développée par FLP concerne l'Aloe vera, alors que cette plante n'est pas le seul élément utilisé: si les produits "phare" de la firme sont composés exclusivement d'Aloe vera ou en contiennent dans des proportions très variables, d'autres produits sont à base de végétaux divers (certains, tels que le gingembre, appartiennent à cette catégorie qui relève simultanément des épices et des plantes médicinales; d'autres sont explicitement des "fruits et légumes"), des éléments minéraux (sels, sélénium), des nutriments (vitamines diverses), des aliments (huiles de poissons, huile d'olive) et les "produits de la ruche". L'Aloe vera concentre tous les éléments de la production symbolique d'un remède chez FLP.

Chez FLP comme pour la papaye fermentée, les produits sont construits comme combinant les six caractéristiques suivantes⁶¹:

⁵⁹ Le terme que nous utilisons pour les désigner est émiq: c'est celui qui est utilisé à tous les niveaux de FLP, ce qui évite les caractérisations relatives à leur fonction dans le champ de la santé et prévient de ce fait les risques juridiques.

⁶⁰ Pour une présentation courte en version internationale voir <http://www.youtube.com/watch?v=JQV-vADI0Yg>

⁶¹ Cette caractérisation est peut-être applicable à d'autres compléments alimentaires de ce type.

- le fait d'être naturels (ce qui les opposerait à des médicaments communs issus de l'industrie "chimique"),
- une référence à une tradition mondialisée qui implique des peuples anciens (la "sagesse des civilisations")
- leur validation par un discours qui évoque des études scientifiques et un « dispositif » de laboratoires dont certains sont des entreprises privées qui semblent avoir été créées pour la validation de ces produits
- la transformation semble être l'étape clé car c'est elle qui "fait la différence" avec les producteurs de traitement à partir du même végétal –et qui fait l'objet du brevet. Elle est le point d'ancrage de discours concernant les produits concurrents présentés comme des imitations. Le "plus" qui distingue l'Aloe vera de FLP d'autres aloès commercialisés: une transformation artisanale (ramassé à la main dans les plantations en République dominicaine, au Mexique et aux USA) et une distribution "transparente" (la transparence du rapport au "naturel" est un aspect mis en avant)
- une production industrielle standardisée, parfaitement organisée, et avec contrôle de qualité
- il n'est fait mention que de l'efficacité biologique de ces produits (les dimensions sociales et symboliques ne sont pas considérées comme pertinentes pas plus que l'effet placebo).

DES PRODUITS INDISSOCIABLES D'UN "QUASI-SYSTEME THERAPEUTIQUE"

Revenons à FLP, la firme qui constitue le contexte social de production, diffusion (prescription) et de consommation (ou du moins le lieu d'expression du discours sur l'expérience) de ces produits. Alors que la grille d'analyse du médicament proposée par Whyte, Van der Geest & Hardon, (2003) distingue quatre ou cinq étapes entre production et consommation, qui chacune rassemble des acteurs sociaux différents autour de constructions sociales du médicament distinctes, FLP contrôle la totalité de ces étapes dans un contexte "global" dont le produit est indissociable. On peut considérer l'institution FLP comme un "quasi-système thérapeutique" dans la mesure où apparaissent avec force des discours et représentations propres, une organisation sociale spécifique, des modes de relations et des conceptions particulières de la santé, de la maladie, de la prévention et du soin. Les produits FLP auraient une place extrêmement limitée en l'absence du "système" dans lequel ils sont inscrits. La distinction entre quasi-système et système, que nous empruntons aux anthropologues du religieux, mériterait un examen plus approfondi que je ne développerai pas ici: par prudence, retenons pour l'instant le terme "quasi-système".

La firme FLP, quasi-système thérapeutique, est donc un lieu d'observation privilégié pour aborder quatre aspects intéressants d'un point de vue anthropologique⁶²:

1. L'inscription dans la mondialisation: Les produits FLP constituent une thérapie "cosmopolite" à prétention universelle, qui peut être mise en parallèle avec la biomédecine. Rappelons que les ethnologues ont surtout décrit les systèmes thérapeutiques pluralistes comme une combinaison entre la biomédecine et un ou plusieurs systèmes thérapeutiques locaux rattaché(s) à une culture et faisant référence à une tradition thérapeutique. Avec l'Aloe vera il est intéressant d'analyser les réinterprétations locales du quasi-système FLP, qui ne dispose pas de la légitimité hégémonique de la biomédecine. Ici, le lien avec la culture locale et toute forme que l'on pourrait qualifier de tradition (ou de culture) peut être questionné.
1. S'il fallait situer l'activité d'un distributeur et consommateur d'Aloe vera dans le modèle des secteurs promu par Kleinman, elle pourrait éventuellement l'être dans le secteur populaire ou à ses interfaces (il ne s'agit pas complètement d'une activité d'expert ni d'une activité professionnalisée, et cette activité ne relève pas de la biomédecine). Les modes de relations entre soignant et soigné d'une part, entre individu et groupe d'autre part, ne sont pas caractéristiques de l'un des secteurs décrits dans le modèle kleinmanien. On peut d'ailleurs s'interroger sur la part de la dimension "relationnelle" dans l'efficacité du produit (rappelons que la relation avec le médecin est censée constituer la moitié

⁶² L'ethnographie de ce système de vente pyramidale serait aussi fort intéressante; elle pose des problèmes méthodologiques et déontologiques concernant l'implication du chercheur.

de l'efficacité du médicament): dans le cas de FLP, les rapports entre soignant et soigné semblent hybrides; l'individualisation est affirmée et le groupe la renforce.

2. On peut se demander sur quelles interprétations de la maladie et des modes d'action du traitement (en rapport avec des modèles de causalité de la maladie) les produits FLP sont construits.
3. Enfin on peut s'interroger sur le sens donné au VIH et le rôle accordé aux PVVIH: existe-t-il un particularisme quelconque dans la gestion du stigmaté, de la catégorisation VIH, du rapport à la maladie; une valence positive ou négative accordée à l'infection à VIH dans la firme FLP?

SIGNIFICATIONS DES PRODUITS FLP

Revenons sur ces quatre points à partir les discours relatifs aux produits dérivés d'Aloe vera, plus particulièrement pour ce qui concerne la maladie. Elle est évoquée au décours de la présentation générale (comme motif de recours initial au produit au Burkina, pas au Sénégal) mais surtout abordée au cours des formations de niveau 2 (séances d'environ 2 heures, donnant lieu à la distribution de documents, déjà redondantes par rapport aux premières formations). Ces séances visent à informer mais aussi à "former" y compris sur les modes de communication autour du produit, incluant la didactique –utilisant plus ou moins la participation des présents, les encourageant à poser des questions, à s'exprimer sur leur expérience d'utilisation et de vente du produit. D'un point de vue méthodologique, l'observation de ces séances est très pertinente pour le recueil de données. Certains formateurs sont de véritables "maîtres d'école", corrigent les participants, dans une ambiance où il est entendu que quelque soit son niveau, chacun sera efficace dans son milieu social et progressera, ce qui donne un caractère assez bienveillant aux corrections.

Le lien avec "la tradition"

Ce lien est explicite dans le cas de l'Aloe vera, dans le récit d'origine du produit. Cette tradition apparaît comme mondialisée ("mosaïque New Age"), et sa légitimité est basée sur la notion d'ancienneté ("plus c'est vieux plus ça a de la valeur"). Le discours concernant la tradition est assez peu élaboré –on peut s'étonner du fait qu'il évoque l'Égypte ancienne comme source de savoir autour de l'aloés, sans faire référence aux théories sur l'origine africaine de la civilisation égyptienne développées par Cheikh Anta Diop et largement connues au Sénégal. On ne relève pas non plus d'effort d'adaptation culturelle des concepts diffusés dans les documents produits par la "maison-mère" de FLP. Les ouvrages présentés comme la référence du savoir sont américains et français, comprenant des ouvrages de vulgarisation en matière de santé et seulement un ouvrage spécifique sur l'Aloe vera, écrit par un proche de FLP⁶³. Un élément par contre très souvent mis en avant est la notion de produit "naturel", à la base d'un rapprochement avec la "médecine africaine" supposée l'être également. Un manager évoque bien le lien entre système FLP et thérapies africaines: "Je voulais être thérapeute traditionnel, d'ailleurs j'ai commencé à faire des études de sciences car je voulais aider les guérisseurs à être plus précis et mieux organisés"... les notions-clé concernant l'apport de FLP sont explicites: "bien dosé", "standardisé". La tradition locale est considérée comme une phytothérapie, à l'aune d'une conception purement biologique de l'efficacité de ses traitements: il s'agit d'une tradition "désenchantée", sans contenu culturel patent. Pour ce manager qui chapeaute près de 200 "distributeurs", FLP a réussi ce que des années d'étude de la phytothérapie locale par l'université et les institutions sénégalaises n'ont pas accompli: standardiser, produire et diffuser des traitements phytothérapeutiques "naturels" à grande échelle. Le lien entre FLP et la "médecine africaine" est assez indirect mais semble symboliquement signifiant.

La dimension sociale du traitement

Le système est basé sur des relations assez codifiées, proches de ce que l'on décrit en anthropologie religieuse dans les sectes chrétiennes: hiérarchisation; progrès de chaque individu contribuant au progrès de tous; chaque membre est un éducateur; règles de vie au-delà de la consommation des produits de la

⁶³ Référence à compléter

firme qui constituent une morale. Les relations horizontales induites, telles que perçues pendant les formations de distributeurs, semblent assez empathiques; les relations verticales le sont aussi –notamment nourries par des intérêts convergents. Les origines sociales des distributeurs au Sénégal semblent assez diverses, une diversité "mesurée" et mise en scène concernant le plan international, perceptible lors des réunions locales marquées par des jeux sur les appartenances ethniques et les catégories professionnelles, sur fond de convivialité entretenue par des rencontres régulières. Quelques héros locaux (mesurés en "points caisse"), qui interviennent régulièrement pendant les formations, permettent l'identification et illustrent parfaitement le succès. Le système donne une première impression d'utopie sociale dont on ne voit que "l'endroit" (ainsi on ne peut pas savoir si des pressions sont exercées sur ceux qui ne vendent pas suffisamment) mais qui montre une socialisation sans divisions ni antagonismes apparents⁶⁴. L'ambiance, assez chaleureuse, est celle d'une population rassemblée autour d'un objectif collectif, dans des activités d'apprentissage ayant parfois une dimension ludique. Les inégalités en termes de savoir, de capital économique ou social, sont interprétées comme des indices d'une plus ou moins grande ancienneté dans la "maison" (les plus anciens étant les mieux lotis): experts et profanes sont les mêmes (d'autant plus que le savoir n'est pas très élaboré). A FLP, celui qui arrive en tant que vulnérable physiquement ou socialement peut repartir en étant inscrit dans un groupe au discours très affirmé; à l'extérieur il pourra se percevoir dans une dynamique de développement personnel et d'ascension sociale, et construire ses relations en conséquences. Ceci suffirait sans doute à répondre à une partie des besoins de tout individu (en situation de santé et de maladie).

L'interprétation de la maladie et du traitement

La maladie n'est pas interprétée au-delà des symptômes ou du déséquilibre du "terrain", ce qui permet d'articuler ce "quasi-système thérapeutique" à tout autre et lui donne une dimension "complémentaire". Ceci permet aussi de situer la thérapie sur un registre du *care* et de la prévention, dans un continuum plutôt qu'un rapport d'opposition. Le terme "guérir" n'est jamais utilisé dans les documents: les produits FLP "soulagent" ou "préviennent" la maladie, ce qui permet simultanément d'en élargir les indications et d'éviter les préoccupations juridiques.

Les discours mobilisent des modèles assez classiques dans les représentations populaires, et s'articulent en trois niveaux. Un premier niveau d'explication correspond au niveau clinique: l'Aloe vera est une panacée (toutes les propriétés physiologiques sont évoquées dans de longues listes de propriétés des produits, telles que les décrit la phytothérapie, détaillées appareil par appareil: emménagogue, diurétique, etc.). Le second niveau d'explication relève de la nutrition et physiologie fonctionnelle: il insiste sur les besoins en vitamines ou micronutriments non couverts (le mécanisme invoqué est presque toujours la carence). Un troisième niveau d'explication mentionne les anti-oxydants.

Le rapport entre l'Aloe vera et le VIH

Alors que le VIH était évoqué clairement dans nos échanges avec le cadre de FLP rencontré au Burkina Faso, qu'il le mentionnait plus allusivement au cours de la séance de sensibilisation à laquelle j'avais assisté à Ouagadougou, qu'il mentionnait les associations de PvVIH comme l'un de ses groupes cibles de diffusion, on notait un silence à propos du VIH dans les présentations collectives à Dakar: les termes "VIH", "sida", "guérir" y semblent bannis. Les précautions langagières utilisées sont nombreuses, allant de: "peut aider en cas de baisse de l'immunité" à "en cas de sida, mais ne le dites pas devant un médecin"... Les changements de registres de communication sont également utilisés: si l'on donne des "clés" à un distributeur qui lui font comprendre qu'on "y croit" ou qu'on "n'y croit pas", son discours change de nature et évoquera ou contournera ces notions.

Le mécanisme d'action thérapeutique exposé à Ouagadougou est simple et imagé: l'Aloe vera est présenté comme un complément nécessaire aux ARV, insuffisants pour éradiquer seuls le VIH: sans Aloe, les ARV ne feraient que "caresser" un virus et l'Aloe leur permet de le pénétrer.

⁶⁴ Tout ceci devrait (devra) être confirmé par une enquête de terrain plus ethnographique.

Comme les autres participants/distributeurs, les PvVIH n'ont aucune obligation d'exposer leur atteinte ou même le fait qu'elles sont malades: on peut venir à FLP juste parce qu'on veut "travailler plus pour gagner plus". De plus, le nombre important de distributeurs au Sénégal⁶⁵ permet à chacun d'entre eux d'assister à des séances de formation sans connaître les autres participants, ce qui limite les velléités d'attribution d'un diagnostic ou d'étiquetage entre distributeurs. Ceci n'empêche pas les participants aux séances de formation de se renseigner très précisément sur les effets thérapeutiques des produits: le rôle de distributeur permet de les évoquer à propos de clients potentiels et anonymes. Au cours des formations sur les produits, certains posent des questions sur le mode: "j'ai un client qui a des problèmes de prostate, que lui donner?": la sincérité n'est pas une obligation, contrairement à un contexte de soins biomédicaux. L'étiquetage n'est pas incontournable, ce qui limite les risques de stigmatisation.

Contrairement au discours ambivalent de la médecine concernant le pronostic des PvVIH, même sous ARV, à qui l'on prédit des effets secondaires, un risque d'échappement thérapeutique, et une vulnérabilité sociale qu'il faudra assumer, à FLP l'avenir est toujours meilleur. Le discours envers les malades, quelle que soit leur pathologie, peut être résumé ainsi: "si vous travaillez vous progresserez et si vous être trop fatigué ou trop malade pour travailler vous allez prendre un produit qui vous permettra de retrouver la forme". "L'efficacité prédictive" peut jouer, alors que la valeur performative d'un pronostic favorable est un des éléments clé dans la popularité de diverses thérapies.

On peut penser que ces éléments sociaux et symboliques de construction de l'efficacité du traitement ne rendent pas indispensable l'existence d'un principe actif pour que les produits de FLP soient perçus comme efficaces.

La "définition" des anti-oxydants

Les modes d'évocation et les éléments de caractérisation des antioxydants sont assez similaires chez FLP et chez Montagnier (cf. chapitre 6.6). Les modes d'évocation et les éléments de caractérisation des antioxydants sont assez similaires chez FLP et chez Montagnier. Il n'est pas possible de développer ici une analyse fouillée du discours de Montagnier (marqué par un propos ambivalent et quasi négationniste sur le rôle du VIH dans le sida, et le recours à un nouveau modèle néo-infectieux qui expliquerait toutes les pathologies du siècle)⁶⁶. Le discours remet en question de multiples aspects de la pensée médicale, dans un jeu permanent entre la revendication d'incarner la légitimité scientifique tout en ayant recours à des théories en totale contradiction avec les connaissances scientifiques actuelles.

Le propos relatif aux antioxydants peut être résumé de la manière suivante: le stress, le vieillissement, la maladie, produisent l'accumulation de radicaux libres qui ne peuvent être éliminés que par la consommation d'antioxydants naturels. « Dès notre naissance, nous entrons dans « la spirale de la sénescence » qui nous conduit inévitablement à la mort »⁶⁷. Cette base permet la construction d'une opposition fondamentale entre éléments symboliques "forts", avec la mise en correspondance d'autres oppositions, justiciable d'une analyse structurale: jeune / vieux, sain / malade, naturel / industriel, brut / chimique....

Ce modèle est adaptable à une multiplicité d'explications causales. Le modèle relève du registre biologique, mais des troubles psychologiques peuvent être justiciables d'une même analyse par le jeu de la notion de stress (dans ses acceptions physiologique et psychologique). Concept flou et polysémique, cette notion "carrefour" permet les mises en relation de divers registres de sens (psychologique / physiologique, niveaux cellulaire / clinique) et les conversions d'un registre à l'autre: ainsi, la notion selon laquelle le stress psychologique produit des radicaux libres. De même, les pathologies infectieuses produisent des radicaux libres qui généreront des pathologies dégénératives, lesquelles, par le biais d'une baisse de l'immunité (justiciable d'un traitement par les antioxydants) ouvrent la porte aux maladies infectieuses. Le duo antioxydants – radicaux libres constitue un concept assez théorique et protéiforme pour permettre de lier

⁶⁵ Les chiffres mentionnés par les personnes que j'ai rencontrées sont très variables (jusqu'à 30 000); l'investigation dit être complétée pour obtenir une estimation plus fiable.

⁶⁶ Son dernier livre mérite en premier lieu une analyse sous l'angle de la rhétorique et l'argumentation.

⁶⁷ Référence à retrouver

entre elles des catégories de sens antérieurement disjointes. Ceci est perceptible dans le titre choisi pour cet article ("La cueillette des antioxydants"), qui est celui d'un chapitre de l'ouvrage de Montagnier. D'apparence savant, le concept " antioxydants – radicaux libres" est aisément expliqué au cours des formations FLP dans les termes suivants, assez imagés: « Quand on vieillit le sang rouille et la rouille s'accumule comme sur une barre de fer; on le sent, par exemple dans les articulations. Pour éviter cela, faut donc un anti-oxydant. » L'explication donnée par Montagnier dans son livre n'est pas beaucoup plus complexe.

CONCLUSION

Le succès du concept d'antioxydant réside sans doute en grande partie dans le fait qu'il a été popularisé hors du monde médical, principalement dans les champs de la cosmétique et la nutrition. C'est aussi un concept vaste et flou; il pourrait avoir un autre motif de succès: sa capacité à produire du sens pour des publics différents, en mettant en rapport des signifiés de registres différents. C'est ce que fait Montagnier dans son livre: "La cueillette des antioxydants" est une métaphore probablement utilisée comme figure littéraire, c'est aussi une résonance symbolique que l'écriture scientifique ne se permettrait pas.

Cependant, cette notion a un potentiel de légitimation scientifique essentiel dans les usages qu'en font Montagnier et FLP, à l'interface entre culture populaire et culture scientifique et médicale. Il est probable que ce concept est une pièce-clé du "mainstreaming" des médecines alternatives et complémentaires, c'est-à-dire l'intégration croissante dans le système biomédical d'éléments issus de ces systèmes thérapeutiques (Tovey, Easthope, Adams 2004). La description et l'analyse de cette dynamique restent à étayer. Les rapports entre le Nord et le Sud peuvent constituer un axe de cette analyse.

BIBLIOGRAPHIE

- Petryna A., Lakoff A., Kleinman A. (eds), 2006. *Global pharmaceuticals: Ethics, Markets, practices*. Duke University Press.
- Zimmermann F., 1995. *Généalogies des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Leslie C. (ed.), 1998. *Asian medical systems*. Delhi, Motilal Banarsidass
- Whyte S.R., Van der Geest S., Hardon A. (eds), 2003. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press
- Yovey P., Easthope G., Adams J. (eds), 2004. *The mainstreaming of complementary and alternative medicine. Studies in social context*. London & New York, Routledge

9. ANALYSES TRANSVERSALES. USAGES

9.1. INTRODUCTION

Alice Desclaux

Comment les produits que nous avons décrits, et dont nous avons analysé les premières étapes de la biographie, sont-ils utilisés ? Les traitements présentés comme alternatifs ou complémentaires au traitement antirétroviral font-ils l'objet d'une automédication, ou leur consommation est-elle encadrée par une prescription ? Dans les deux cas, quelles représentations et quelles circonstances en motivent l'usage ? Qu'en est-il des traitements contre le paludisme ou en matière de santé sexuelle ?

Ces produits, dont certains sont présentés comme une sorte de panacée destinée à prévenir ou guérir toutes sortes de troubles alors que d'autres ont des indications très spécifiques, sont-ils choisis spécialement pour un individu, comme le stipulent les discours sur les médecines alternatives des pays du Nord, sur la base de l'existence de certains signes cliniques, ou utilisés de manière indifférenciée ?

Le premier article rapporte un « panorama » de l'usage des médicaments néo-traditionnels pour le VIH en Asie et en Afrique, établi à l'occasion d'un séminaire conjoint avec l'équipe de la Medical Anthropology Unit, Amsterdam School of Social Sciences, Université d'Amsterdam (Pr Anita Hardon), qui travaille sur des thèmes similaires en Indonésie, au Vietnam, en Ouganda et en Afrique du Sud. Les usages sont étroitement liés aux modes de création/production des médicaments. Un traitement a été adapté à partir d'usages populaires par des soignants qui ont ainsi complété leur arsenal thérapeutique ; dans ce cas, l'usage est similaire à celui d'un médicament courant. Un autre produit dérivé d'un traitement populaire à base d'huile de coprah est utilisé pour les soins corporels et les pratiques de bien-être intégrées dans la définition du « vivre positivement », un mot d'ordre des associations de personnes vivant avec le VIH. D'autres traitements, bien que présentés comme ayant des modes d'action assez spécifiques au plan biologique, cumulent les indications et usages, préventifs et curatifs ; de la même manière qu'ils circulent entre secteurs et contextes sociaux, ces médicaments émergents semblent pouvoir être adaptés à des modes d'utilisation et de prescription très divers. Cette diversité -et dans certains cas cette labilité- des modalités d'usage pourrait être une autre caractéristique des traitements néo-traditionnels. Cet article montre également la similarité des processus en Afrique et en Asie.

Le second chapitre rapporte l'étude menée par Carine Baxerres sur les motifs d'utilisation des antipaludéens vendus sur le marché informel à Cotonou, de la part des familles et des professionnels. Ces produits sont utilisés en automédication, pour les soins et pour la prévention, sur la base des représentations populaires des symptômes. Les produits sont recherchés sur le marché informel parce qu'ils y sont d'accès plus facile, mais aussi parce que certains médicaments qui ont acquis une grande popularité auprès de la population ne peuvent pas être trouvés ailleurs ; c'est le cas notamment de préparations contenant un anti-inflammatoire et de la caféine, ou de produits dont le nom a été popularisé. Les professionnels de santé, eux, s'approvisionnent sur le marché informel parce que cela leur est plus facile qu'auprès de la centrale d'achat nationale et parce que le marché informel ne connaît pas de ruptures de stocks, fréquentes sur le marché « formel ». Le recours au marché informel du médicament à Cotonou n'est donc pas l'apanage des plus pauvres : toutes les catégories sociales y ont recours. Le marché informel apparaît comme faisant partie intégrante du système pharmaceutique béninois, dans lequel il remplit une fonction spécifique. L'auteur observe également que la situation où le médicament est conseillé par le vendeur (qui n'est ni une

prescription ni une automédication) est un mode d'usage particulièrement répandu, quoique peu considéré par les politiques du médicament.

L'article suivant concerne les motifs de prescription des traitements alternatifs du sida de la part des personnels médicaux et paramédicaux au Burkina Faso, au Bénin et au Togo. Habituellement on considère que les patients s'orientent de leur propre chef vers les traitements néo-traditionnels et ce type de médicament est considéré comme relevant de l'automédication ; l'enquête montre que des traitements variés sont prescrits dans les services de soin biomédicaux en complément aux ARV ou en alternative (par exemple lorsque les personnes infectées par le VIH ne justifient pas d'un traitement ARV). La légitimité de cet acte de prescription varie de manière importante selon la situation de soin. Lorsque le patient n'a pas encore besoin d'ARV ou lorsque ceux-ci sont inaccessibles, la prescription revêt une légitimité pragmatique en répondant à la demande de prise en charge du patient. Dans certains cas les soignants utilisent les traitements « néo-traditionnels » pour préparer le malade à l'observance, pour limiter les effets secondaires du traitement ARV perçus chez les malades qu'ils suivent, ou pour « compléter l'action des ARV ». Certains considèrent que ce traitement moins agressif permet une prise en charge plus empathique. D'autres revendiquent une pratique « marginale » mais continuent à exercer un suivi clinique selon les normes de la médecine. Les soignants évaluent ces traitements positivement sur la base des critères en usage pour d'autres médicaments : coût, efficacité, besoin, sûreté. Les sources d'information non spécialisées jouent un rôle dans la légitimation de ces traitements pour les soignants, notamment par l'évocation de notions « fourre-tout » tels que celles de « immunostimulants » ou « anti-oxydants ». Certains soignants trouvent dans leur histoire personnelle la source de légitimation de ces traitements. Cet article révèle les motifs de la construction d'une forme de « pratique illégitime » au sein « d'institutions légitimes » en matière de soins. Il montre aussi que ces traitements répondent à ce que les soignants considèrent comme un besoin non satisfait par la biomédecine.

Dans son étude des traitements utilisés en matière de sexualité par les femmes et par les hommes à Ouagadougou, Blandine Bila explore les différentes catégories de stimulants, répartis entre « médicaments de la rue », « produits chinois » et « secrets de femmes ». Des médicaments vendus dans la rue sont disponibles pour toutes les spécialités médicales, et concernant la sexualité ils comprennent des stimulants sexuels, qui sont souvent des produits de phytothérapie fabriqués en Inde. Certains sont détournés de l'usage indiqué (un contraceptif local vendu comme stimulant sexuel féminin, des corticoïdes vendus pour donner au corps féminin des formes sensuelles). Les produits chinois comprennent des déclinaisons du Viagra pour les hommes et des équivalents féminins. Les « secrets de femmes », qui comprennent plusieurs catégories d'encens local ou provenant du Mali, entrent dans un arsenal de séduction qui inclut des produits importés notamment de Dubaï ou d'Indonésie. Les pharmacies diffusent aussi des stimulants sexuels, réservés aux hommes. Ces produits apparaissent comme marqueurs d'une évolution de la représentation du plaisir sexuel, qui désormais accorde une place au plaisir féminin. S'ils restent le support de rapports sociaux de sexe pré-existants, ils ouvrent aussi un nouveau marché, basé sur des réseaux de commercialisation anciens. Ils attestent de la manière dont la mondialisation, en favorisant la circulation de produits, permet la diffusion de nouveaux modèles du rapport au corps.

9.2. ALTERNATIVE MEDICINES FOR AIDS IN RESOURCE-POOR SETTINGS: INSIGHTS FROM EXPLORATORY ANTHROPOLOGICAL STUDIES IN ASIA AND AFRICA

Hardon A., Desclaux A., Egrot M., Simon E., Micollier E., Kyakuwa M.¹

INTRODUCTION

A large number of new treatments offered to people living with HIV/AIDS (PLWA) have appeared over the last fifteen years in the therapeutic space of AIDS. These medicines are particularly heterogeneous, both in their presentation and in their geographic and cultural origin. They constitute a group of products with a therapeutic aim that occupies a space between the customary traditional, popular and biomedical sectors of health care (Kleinman 1980). These products often mix reference to biomedicine and science with notions of traditional health culture and nature in a syncretic way. They consist mainly of herbs and nutritional substances and are packaged as 'modern' pharmaceuticals: capsules, tablets, and solutions. The names of these alternative treatments reflect their reference to biomedicine: Immunocomplex, Viralgic, Virjint, etc. The leaflets provide detailed information on substance, as well as dosage, indications, and biomedical efficacy claims. Their diffusion follows contemporary paths in the global economy and makes use of new information technologies. In this paper, we will use the term "alternative" to consider a generic category including medicines that recently appeared for AIDS which have not been validated through randomised controlled trials and therefore have not been approved by international drug regulatory authorities, nor recommended by WHO. Other terms, such as neo-traditional or neo-phytotherapeutic, may be discussed for the characterization of some of these treatments, related to their local meanings or their social status.

The emergence of alternative medicines for AIDS in Asia and Africa was discussed at a satellite symposium and the parallel session on alternative and traditional approaches of the AIDSImpact meeting, held in Marseille, in July 2007. We were especially interested in the role of these medications since highly active anti-retroviral therapy (HAART) has been introduced and its access is increasing rapidly in resource poor settings.

Twenty anthropologists and health researchers attended the satellite session and presented exploratory findings from Asia and Africa (Uganda, Senegal, Benin, Burkina Faso, China and Indonesia). The aims of the satellite, the results of which were presented at the parallel session (Hardon and Desclaux 2007), were to (1) identify the actors involved in the diffusion of these alternative medicines for HIV/AIDS, (2) explore uses and forms of these medicines, and the way they are given legitimacy, (3) reflect on underlying processes of globalisation and cultural differentiation, and (4) define priority questions for future research in this area. We present here the insights generated at the meeting, illustrated with some findings from the studies that were discussed.

MODERNIZATION OF TRADITIONAL MEDICINE

There has been an increased professionalisation and commercialisation of traditional medicine in response to the development of biomedicine. This trend is not specific to AIDS and not necessarily a recent development. Social scientists first noted this trend in the late 1980s: Charles Leslie (1989) for example has

¹ . *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2008, 4:16 (10 Jul 2008)

shown how, in India, in response to an increased authority of biomedicine and the globalisation of health markets, Unani and Ayurvedic medicine production changed; and Afdhal and Welsch (1988) described the rise of ‘modern’ jamu in Indonesia. Jamu is the traditional term for Indonesian indigenous medicines usually prepared from herbal medicines such as leaves, bark, roots and flowers. Nowadays a large multimillion industry is involved in the production of Ayurvedic and Unani medicines in India, and Jamu in Indonesia. A rapidly expanding assortment of powders, creams, pills, capsules and cosmetics has been manufactured both in small cottage industries as in large factories with increasingly sophisticated technologies (Leslie 1989, Afdhal and Welsch 1988). The modernization of the manufacturing of these drugs has been accompanied with more modern biomedical modes of presenting their efficacy (Bode 2004). Under globalization, similar trends occurred in other regions and these products diffused more rapidly.

At the seminars in Aix and Marseille we discussed the ways in which such alternative remedies operate in the therapeutic domain of AIDS care. In the first decade of the AIDS epidemic there was no treatment for HIV/AIDS and patients were faced with nearly certain premature death. At that time, there were regular hypes offering hope for life. Now our studies show that alternative treatments are marketed for many indications: to prevent AIDS, to kill viruses, to delay the need for ART, to restore and enhance health while on ART, to treat opportunistic infections, and to alleviate adverse effects. Biomedical practitioners generally discourage the use of alternative medicines, fearing interactions with ART and also worried that patients may stop using ART.

SUPPLYING ALTERNATIVE MEDICINES FOR HIV/AIDS

At the AIDSImpact sessions Egrot and colleagues (2007) presented findings on the supply of what they label “neo-traditional medicines” to refer to the boundary-crossing nature of these treatments in West Africa. The “designers” of the inventoried products are extremely heterogeneous. In some cases these people are nationals of African countries who present themselves as healers. Some say they have undertaken “research” on the basis of therapeutic products that were already known locally. Others refer to a dream revelation (classic in the universe of healers in Africa) of a plant composition that is “efficacious” against AIDS, while yet others speak of a divine revelation. Physicians, scientists and academics are solicited, brought into involvement or spontaneously engage themselves in the exploitation of neo-traditional products. The case studies in West Africa show that other treatments, such as for example Immunicomplex or Aloe Vera, originate in Europe and the USA.

Alternative medicines from Europe and the USA occupy the same shelves in ordinary pharmacies as those originating from Africa and China, often along with a few ‘immune-boosting’ food products (honey, olive oil). Specialized “bio”, “natural health” and “health food” shops make these products available to the more affluent. The distributors and marketing men of these products also target health workers and clinics directly. The West-Africa case studies noted that health workers also have started to prescribe alternative products such as Immubooost (NHi2T) or Viralgic (Pharma Concept).

Figure 1.

A case-study from Uganda showed how health workers operating an anti-retroviral treatment program adopted a locally available traditional ointment as an alternative medication for skin problems of people living with HIV and AIDS. The skin problems are adverse effects of ART or symptoms of opportunistic infections. The health workers obtained the recipe from local traditional healers (patients had told them that the cream works well), and the patients help collect the ingredients. They ‘repackage’ this traditional remedy into what is now called ‘mobile cream’ (to make clear it is produced by the so called ‘Mobile’ ART program). One of the nurses reports: “The mobile cream, which we ourselves prepare either at our chief nurse’s home or here at the office depending on how busy we are at the office, is very efficacious for many kinds of skin related conditions. We are quick to prescribe it to the patients because we know it works and it is popular among patients too because it works for them” (Kyakuwa 2007).

Content analysis of drug information leaflets, advertisements, product catalogues, and brochures distributed by medical representatives in the West Africa case studies (Simon 2007, Egrot et al 2007) casts light on the scope, which is attributed to these drugs. Most commonly cited (biomedical) properties are immune-

stimulation and antioxidant. Some manufacturers suggest that the products have antiviral properties as well. The antiviral dimension refers either to the opportunistic infections such as herpes (mentioned for example in the product information for Immuboo) or eventually to the immunodeficiency syndrome. Indeed, some products boldly claim anti-HIV activity as well. They are marketed as natural ART, see an example below:

Figure 2

Such efficacy claims are not static. The producer of Virusinest (Nesto-Pharma) recently withdrew the antiviral claim, stating in its information leaflet: “the analyses carried out among patients do not allow the anti-HIV assertion to be upheld”. And there may be also inconsistencies between various information sources. The brochure for Viralgic (Pharma Concept) says that this is a product which renders the virus undetectable, but the website of the manufacturer presents the drug as immunostimulant (result of trials published on the web site), and present the product as treatment for opportunistic infections: “anti-herpes...for healthy persons”.

THE DEMAND FOR ALTERNATIVE MEDICINES

A case study on Indonesia (Hardon et al. 2007) dealt with demand for alternative medicines among PLWA. As Afdhal and Welsch noted two decades ago, Indonesia has thriving market for *jamu*. *Jamu* are sold for a wide range of indications: common colds, influenza, headaches, aches and pains, high blood pressure, beauty, improvements in sexual performance, and recently to treat and prevent HIV-related health problem. AIDS prevalence is below 1% (low prevalence), but the disease is stigmatised, because of its association with intravenous drug use and prostitution. Hardon and her colleagues conducted interviews with women and men who live with HIV and use anti-retroviral therapy, mainly intravenous drug users and their partners. All of them had better health since taking these modern drugs. Still all of them see the need to take *jamu* as well. They do in part out of their intention to live positively, i.e. as healthily as possible. “Living positively”, that means eating and sleeping well, is promoted by the support groups, in which PLWA participate. The respondents do not make distinctions between modern medicines and *jamu* in these health maintenance and restoring practices. Rather they distinguish the drugs by their effects. They use popular *jamu* to treat side-effect of HAART, such as itchiness. These *jamu*'s are not specifically promoted for HIV and AIDS in Indonesia, perhaps partly because the disease is so stigmatised.

However one neo-traditional preparation stood out in the narratives of our respondents as a product which can treat HIV/AIDS: virgin coconut oil:

Ceri started using coconut oil shortly after she found out she was HIV positive. She says:

Actually, the effect is not..., well only for your immune system. So, I feel better, don't feel tired, and have more energy. I think what influences most is self-suggestion. It's self-suggestion that matters...

She stopped taking the oil because it is very expensive.

Mia (a 28 year old woman from Jakarta) was given virgin coconut oil by a friend from Yogyakarta:

“I got 70 boxes. A box contains 60 capsules. It took it very day until I felt sick, but there was no effect. My CD4 level did not increase. Three months, three months made me look like a coconut you just needed to squeeze.(laughing). I became very oily. The good effect when you take VCO is that you skin is silk smooth, your face is fairer and if you take a shower, you don't need any lotion, because your skin is naturally oily. That is the positive effect. Your hair is also stronger.”

But Buli, a 29 year old ex-drug user from Karawang, one of the most active members of the support group in Karawang says:

The coconut oil, I was also suggested it, but I don't dare to try it, because I thought I'm taking ARV now, so it's better if I just continue.

In Indonesia, the drug sellers were not very willing to discuss the effects of VCO. They would acknowledge that indeed these drugs are used by PLWA, or they would deny knowing anything about the drugs. But their pharmacies are full of advertisements for the products and they have prominent positions on their shelves.

Figure 3.

Content analysis of the package information for VCO in Indonesia revealed that they are marketed as real 'cure-alls', i.e. to kill viruses and bacteria and/or strengthen the immune-system, efficacy claims that we also found in West Africa. For example the package leaflet for Vicofit (manufactured by Sumber Dinamis in Bogor) states that the drug has "a high content of lauric acid which has anti-virus, anti-bacterials and anti-protozoa properties." And that it is "believed to help improve health condition for those with cholesterol, diabetes, coronary heart disease, hepatitis C, HIV positive, cancer, prostate, uric acid, osteoporosis, influenza and weight problems". The package for Virjint (produced by PT Vermindo International) states that the medicine is safe for daily use and without side effects. It lists two dosages: one for prevention (2x2 capsules per day) and another for treatment (2x3 capsules per day). The leaflet stipulates that the indications are:

- to increase energy and body stamina
- to increase body resistance (Meningkatkan daya tahan tubuh) against bacterial, viral and fungal pathogens
- to reduce weight
- anti-oxidant, anticancer, and anti-HIV
- to overcome uric acid, hypertension, stroke, heart disease, arteriosclerosis, osteoporosis, influenza, hepatitis, chickenpox, herpes, TB, diabetes, epilepsy, excema, liver, aambeien, kidney, peradangan (burning sensation), infection, degenerative disease."

The packages cite clinical research conducted elsewhere (Philippines, USA) to give legitimacy to the products. For example the leaflet of Holistic Virgin Coconut Oil states: "Based on research conducted in the Philippines, Holistic Virgin Coconut Oil is very effective to fight against SARS and AIDS".

CONCLUSION

One of the key characteristics of alternative medicines in Asia and Africa is that they move from one cultural and geographic space to another, apparently without being constrained by trade-barriers, and regulatory mechanisms. Some governments promote the production and diffusion of neo-traditional medicines. They do so for economic reasons: neo-traditional medicines are big business, but they also do so for ideological reasons: neo-traditional medicines reflect an attractive hybrid of modernity and national heritage, providing a sense of national identity in globalized health economy (Micollier 2007a). The governments of India, China, Indonesia, as some African countries, support research programs to further advance these neo-traditional products, and facilitate market diffusion. While registered pharmaceuticals are regulated heavily upon market entry (proof of efficacy is assessed by national drug regulatory authorities), this is not the case for alternative medicines. ART programs, which are sponsored by the same governments, usually discourage the use of alternative medicines, fearing the toxicity of the drugs, or that these medicines will interact with anti-retroviral medication and lead to discontinuation of ART therapy. Governmental agencies may have contradictory attitudes towards the use of alternative medicines for AIDS, discouraging it within ART programs and supporting it within divisions of traditional medicine. An exception is the Chinese government, which officially supports a complementary medicine program for AIDS care and research (Micollier 2007b).

Mass-produced alternative medicines meet an increasing demand for health products, a trend which has been labelled the commodification of health (Van der Geest et al. 1996, Nichter and Vuckovic 1998): from the slums of Djakarta to rural settings in Burkina, people believe more and more that they need pharmaceuticals 'things' to protect their health and to treat illness symptoms. People living with HIV and AIDS are particularly uncertain about their health and their future: ART may be accessible and improve health now, but they wonder if this will be the case in the future. This uncertainty makes them an attractive market for the 'best of both worlds', alternative medicines, which come with assertions of 'natural' safety and 'biomedical' efficacy. However the case-studies presented in Marseille suggest that people especially want to use alternative medicines to delay onset of ART, treat opportunistic infections, restore health and alleviate adverse effects once on ART. Immune-boosters are popular, though our case-studies suggest that PLWA are often ambivalent about alternative medicines that claim anti-HIV efficacy.

The case studies make clear that the market of alternative medicines for HIV/AIDS is dynamic. It adapts to progress in biomedicine, which has produced potent anti-retroviral medications. In some cases, the efficacy claims for alternative medicines reinforce a biomedical paradigm for HIV/AIDS, and fit with a healthy living ideology promoted by AIDS care programs and support groups. More interdisciplinary research is needed on the experience of people living with HIV/AIDS with these alternative medicines, the ways in which the products and their representations move from one cultural setting to another, and on the ways in which these products interact (or not) with anti-retroviral therapy at pharmacological as well as psychosocial levels. More research is also needed to assess the economic impact of these therapies, since people seem to be spending much on these 'other' medicines while ART is provided for free. A blanket denial of the relevance of these products for the quality of life of PLWA does not make sense for patients, who need precise information, that make clear which products are likely to have negative interactions with ART, and which ones could be beneficial.

REFERENCES

- Afdhal, A.F. & Welsch. (1988). *The rise of the modern jamu industry in Indonesia: a preliminary overview. In the context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology.* Dordrecht, Kluwer Academic publishers, 149-172.
- Bode, M. (2004). *Ayurvedic and unani health and beauty products: reworking India's medical traditions.* PhD thesis, Amsterdam, University of Amsterdam.
- Egrot M. (2007). *An overview on neotraditional medicines for HIV/AIDS in West Africa.* Presented at AIDS Impact Satellite Alternative and traditional treatments for HIV/AIDS in the time of ART in resource poor settings, July 1 2007.
- Haak, H. & A. Hardon. (1988) Indiginized Pharmaceuticals in Developing Countries: widely used, widely neglected. *Lancet* Sept 10: 620 - 621.
- Hardon, A.& Desclaux A. (2007) *Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings: a comparative analysis of recent anthropological studies.* Abstract 431. Presented at the AIDS Impact 2007 International Conference, Marseille.
- Hardon, A., Hidayana, I and Imelda D. *On coconut oil, buah merah and other treatments used by people living with AIDS in west-Java.* Presented at AIDS Impact Satellite Alternative and traditional treatments for HIV/AIDS in the time of ART in resource poor settings, July 1 2007.
- Kyakuwa, M. (2007). *Staying healthy while on HAART: the experiences of providers and patients on HAART in Uganda's resource limited settings.* Presented at AIDS Impact Satellite Alternative and traditional treatments for HIV/AIDS in the time of ART in resource poor settings, July 1 2007.
- Leslie, C. (1989) *Indigenous pharmaceuticals, the capitalist world system, and Civilization.* Kroeber Anthropology Society Papers, 23-31.
- Micollier, E. (2007a). *Neo-traditional treatments for AIDS in China: national AIDS treatment policy and local/global use of TCM (Traditional Chinese Medicine),* Abstract 345. Presented at the AIDS Impact 2007 International Conference, Marseille.
- Micollier, E. (2007b) 'Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH-sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine' (An outline of AIDS medical research and management of HIV and AIDS in the Chinese public health system: another example of biomedicine localisation), *Sciences Sociales et Santé (Social Sciences and Health)*, 25(3) : 31-39.
- Nichter, M. & Vuckovic N. (1994). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science and Medicine*, 39(11), 1509-25.
- Simon, E. *Non-conventional HIV/AIDS treatments in West-Africa: based on the case of Benin,* Presented at AIDS Impact Satellite "Alternative and traditional treatments for HIV/AIDS in the time of ART in resource poor settings", July 1 2007.

Simon, E., Egrot, M., Taverne, B., Traore, A., & Sambieni, E. (2007). *Biographies of neo-traditional treatments for AIDS circulating in Benin*. Abstract 167. Presented at the AIDS Impact 2007 International Conference, Marseille.

Tiendrebeogo, G. (2007). *Negative experiences with neo-traditional medicines in Burkina Faso*. Impact Satellite Alternative and traditional treatments for HIV/AIDS in the time of ART in resource poor settings, July 1 2007.

Van der Geest, S., Whyte, S. & Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual review of anthropology*, 25, 153-178.

9.3. MOTIFS D'UTILISATION POPULAIRE ET PROFESSIONNELLE DES MÉDICAMENTS ANTIPALUDIQUES VENDUS SUR LE MARCHÉ INFORMEL À COTONOU

Carine Baxerres

CONTEXTE DE L'ÉTUDE DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE RECHERCHE

L'étude présentée ici fait partie d'une thèse de doctorat d'anthropologie sociale qui porte sur « Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou au Bénin », réalisée dans le cadre du programme financé par PROSODIE. Par « médicaments émergents », nous entendons des médicaments circulant hors du cadre formel du système de soin et des règles internationales de prescription biomédicale, ce qui inclut les médicaments pharmaceutiques industriels circulant à travers le marché informel du médicament.

Une des portes d'entrée de la thèse de doctorat dont il est question ici, concerne les pratiques de médication populaire contre le « palu ». Cette maladie est intéressante à étudier parce qu'elle suscite des représentations biomédicales (le paludisme) et populaires (le palu) différentes les unes des autres (Bonnet 1985, 1986, 1990, 1999 ; Roger, 1993 ; Kpatchavi, 1999 ; Faye, 2004 ; Baxerres *et al*, 2004 ; Granado, 2007) et qu'elle mobilise à elle seule une attention particulière de la part tant des professionnels de la biomédecine que des populations. Dans le cadre du programme PROSODIE, une attention particulière a été portée sur les médicaments antipaludiques vendus sur ce marché, incluant leurs motifs d'utilisation.

PROBLÉMATIQUE

Le qualificatif « émergent » choisi lors de la conception du programme de recherche avait été utilisé en référence au volume croissant de ces produits (dimension quantitative) ainsi qu'à leur diversification (dimension qualitative) mais pas en référence à leur apparition récente sur le marché local. En effet, bien que le marché informel du médicament soit décrit dans la littérature anthropologique comme ayant massivement émergé à partir des années 1980 (Baxerres *et al*, 2006 ; Fassin, 1992 ; Van Der Geest, 1982). L'historique de ce phénomène, réalisé pour cette étude, fait apparaître, au Bénin tout au moins, qu'il est en fait bien antérieur à ce qui a été décrit. Il est finalement apparu peu de temps après les premières diffusions des médicaments pharmaceutiques par les autorités coloniales dans les années 1930. La vente informelle de médicaments pharmaceutiques se serait mise en place lentement à partir des années 1950 (Baxerres *et al*, à paraître).

La littérature anthropologique a largement décrit l'importance qualitative du marché informel du médicament dans les pratiques thérapeutiques des familles et notamment le fait qu'il ait permis, du fait de ses caractéristiques (proximité géographique des vendeurs, proximité sociale et culturelle des vendeurs, avantages économiques : vente au détail, à moindre coût...), l'insertion des médicaments pharmaceutiques dans la vie des populations (Van Der Geest, 1987 ; Fassin, 1992 ; Jaffré, 1999 ; Haxaire, 2003 ; Baxerres *et al*, 2006 ; Pale *et al*, 2006). Son importance quantitative a également été mise en avant, même s'il apparaît difficile, en raison de son caractère informel, d'en évaluer -à partir d'échantillons représentatifs- le poids réel.

Dans le sens commun et parmi les acteurs de la santé publique, de même que pour certains anthropologues (Van Der Geest, 1987 ; Diallo, 2003), l'explication qui est généralement donnée à ce phénomène est la pauvreté. Les populations qui recourent à ces médicaments seraient ainsi surtout des populations pauvres

et illettrées. Les schèmes explicatifs du recours à ces médicaments sont aussi fréquemment liés au milieu rural c'est-à-dire au manque de structures de santé et de pharmacies en comparaison avec la forte présence des vendeurs informels (Van Der Geest, 1987 ; Baxerres *et al*, 2006).

A travers des études menées dans les années 1990-2000 et même parfois dès les années 1980, il apparaît que des professionnels de la santé -ou tout au moins des personnes qui divulguent des soins- recourent aussi à ce marché informel du médicament (Van Der Geest, 1987 ; Whyte, 1992 ; Jaffré *et al*, 2003). Ces achats sont souvent associés à des pratiques informelles de soins, autrement dit à l'exercice illégal de la médecine. Cependant, peu d'études se sont vraiment attachées à décrire les logiques de ces « professionnels de la santé » qui recourent au marché informel du médicament.

Dans ce texte, seront exposés les motifs actuels d'utilisation populaire et professionnelle des médicaments du marché informel à Cotonou. Les réflexions menées en milieu urbain permettent de sortir des schèmes explicatifs habituels liés au milieu rural : à Cotonou les centres de santé et les pharmacies sont omniprésents. Ainsi, nous chercherons à répondre à la question des raisons de l'adhésion des populations et des professionnels de la santé aux médicaments du marché informel. L'exposé de ces motifs d'utilisation devrait permettre d'expliquer en partie le maintien de ce phénomène qui perdure alors qu'il est illicite au regard de la législation en place au Bénin, et qu'il est largement décrié par les acteurs de la santé publique (Ministère de la santé, fondations, ONG).

METHODOLOGIE

Une enquête anthropologique a été réalisée durant 2 ans à Cotonou, entre les années 2005 et 2007. Elle a consisté en plusieurs investigations menées auprès de différentes catégories d'acteurs. Les données présentées dans ce texte ont été récoltées à travers trois types d'investigation.

Des temps d'observation participante (272 h d'observation durant 68 jours) ont été conduits dans 3 boutiques du secteur grossiste de la vente informelle de médicaments à Cotonou qui se trouve dans le grand marché international de la ville : Dantokpa. Ces 3 boutiques ont été choisies en raison de la proximité instaurée avec leur propriétaire et du fait qu'elles présentaient, du point de vue des produits vendus ainsi que de leur installation dans le commerce, des différences intéressantes et sembleraient relativement représentatives de ce que l'on rencontre dans le marché. Le marché Dantokpa est considéré comme étant l'un des plus grands marchés d'Afrique de l'ouest, il s'étend sur 18 hectares. Le secteur spécialisé dans la vente de médicaments pharmaceutiques industriels s'appelle *Ajégúnìlè*, nom Yoruba qui signifie littéralement « le profit (*ajé*) atteint sa destination (*gúnìlè*) ». Il est constitué d'environ 1000 boutiques spécialisées dans le médicament pharmaceutique industriel et bien achalandées. Il est situé dans la partie du marché aménagée dans des hangars en dur dont le sol est cimenté. C'est à *Ajégúnìlè* que les revendeurs de quartier et les professionnels de la santé s'approvisionnent en médicaments.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des pères et mères de 14 familles cotois choisies selon des critères spécifiques (langue, religion, niveau de scolarité, mais surtout revenus économiques), sans savoir a priori si elles avaient recours ou non au marché informel. Un suivi bi-mensuel, qui a duré entre 6 à 8 mois suivant les familles, a également été réalisé. Il consistait à relever toutes les consommations médicamenteuses des différents membres de la famille ainsi que les motifs de ces consommations.

Enfin, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 12 professionnels de la santé acheteurs de médicaments au marché Dantokpa et rencontrés durant les temps d'observation participante dans le secteur *Ajégúnìlè*. Des entretiens directifs ont également été menés auprès d'agents de 35 structures de santé dans lesquelles se rendent les 14 familles investiguées.

Grâce à ces différentes investigations, une analyse des discours d'acteurs sur les motifs d'utilisation des médicaments du marché informel, la confiance accordée à ces produits ainsi que leur efficacité a pu être réalisée.

L'UTILISATION POPULAIRE DES MÉDICAMENTS DU MARCHÉ INFORMEL CONTRE LE « PALU »

Aux débuts des investigations auprès des familles, il est apparu qu'il n'était pas pertinent d'étudier en tant que tels les motifs de recours aux médicaments du marché informel. Il était nécessaire de se pencher tout d'abord sur les motifs d'utilisation des médicaments pharmaceutiques en général. En se centrant sur les pratiques de médication en cas de « palu », deux motifs de recours aux médicaments sont ressortis.

Les populations recourent aux médicaments en curatif, pour « traiter le « palu » qui attaque ». Dans un premiers temps elles pratiquent généralement l'automédication. Lorsque le « palu » ne passe pas avec l'automédication, que la maladie perdure ou s'aggrave, les populations recourent généralement à un spécialiste et achètent les médicaments que celui-ci leur a prescrits. Ce premier motif de recours fait donc appel à des pratiques d'automédication et éventuellement à de la prescription.

Les populations recourent également aux médicaments en prévention, ce qui n'avait pas réellement été prévu au début de l'enquête, c'est-à-dire pour « éviter la maladie » et plus globalement « se maintenir en bonne santé ». Ces pratiques de prévention sont importantes et passent essentiellement par l'automédication.

A travers ces deux motifs de recours aux médicaments, il apparaît que les pratiques d'automédication en matière de « palu » sont très développées. Celles-ci sont soutenues par des connaissances et des représentations riches, notamment à propos du « palu ». Ainsi, les acteurs disposent à leurs yeux de compétences et de savoirs pour traiter et prévenir les maladies. Ces savoirs sont aujourd'hui à Cotonou acquis à la fois par le biais des agents béninois de la biomédecine (reproduction des prescriptions médicales) et par les savoirs traditionnels qui se transmettent de génération en génération et qui supposent notamment de prévenir les maladies naturelles, dont le « palu », qui sont perçues comme étant présentes en permanence dans l'organisme de l'homme. Cette prévention passait traditionnellement par la consommation de tisanes à base de plantes, de racines et d'écorces ; elle se réalise aujourd'hui également par le biais de médicaments pharmaceutiques industriels. Selon les *savoirs populaires* qu'elles possèdent, pour traiter et prévenir le « palu », les populations n'utilisent pas que des antipaludiques mais également des antipyrétiques, des vitamines, des antiparasitaires et des antibiotiques.

Maintenant que les motifs de recours aux médicaments ont été présentés, il convient de se demander où les populations achètent les médicaments qu'elles utilisent. Les investigations montrent que pour réaliser l'automédication, les populations peuvent acheter les médicaments via le marché informel mais pas seulement. En effet, elles peuvent également les acheter dans les centres de santé publics et privés (structures formelles) qui vendent à Cotonou quasiment tous des médicaments sans ordonnance. Les familles les plus riches peuvent aussi aller en pharmacie. Pour honorer les prescriptions, les populations achètent majoritairement les médicaments dans les structures formelles de santé dans lesquelles elles viennent de consulter). Certaines familles peuvent aussi aller à *Ajégúnlè* pour acheter des médicaments qu'on leur a prescrits mais ce n'est pas la tendance majoritaire.

Partant de ces motifs de recours aux médicaments pharmaceutiques en général, il apparaît que si les populations recourent au marché informel c'est :

1) parce qu'elles y trouvent des facilités d'accès aux médicaments : possibilité d'achat au détail, possibilité d'achat à crédit, médicaments moins coûteux que dans les pharmacies et les centres de santé (même si concernant les médicaments génériques les différences de prix ne sont pas très importantes), extrême proximité géographique du marché informel du médicament puisqu'il y a une omniprésence des acteurs de la vente informelle à Cotonou.

2) parce qu'il y a des médicaments que l'on ne trouve que dans le marché informel. C'est notamment le cas de médicaments vendus officiellement dans les pays anglophones voisins (le Ghana, le Nigeria) du Bénin mais qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) au Bénin et qui se trouvent donc dans le pays uniquement par le biais du marché informel. Certains d'entre eux ont acquis une grande popularité auprès des populations. C'est le cas par exemple d'antipaludiques tels que Ronida® et Quinnox® qui sont de la

chloroquine et Celoxine® qui est de la sulfadoxine-pyriméthamine. Cependant, les plus populaires de ces médicaments sont des antipyrétiques et des anti-inflammatoires comme le Mixagrip® et le Coltab® qui contient du paracétamol et de la caféine, le Corhinza® qui est du paracétamol et l'Ibucap® qui est de l'ibuprofène, du paracétamol et de la caféine.

Ainsi, passés les discours d'usages tenus à une « yovo » (mot de langue fon pour désigner les européens) sur le marché informel du médicament et qui reproduisent généralement les arguments des campagnes de sensibilisation contre les médicaments de la rue (« les médicaments de la rue, ça tue » : slogan de la campagne qui avait court au Bénin au début des années 2000), on se rend compte que les populations perçoivent positivement les médicaments du marché informel ou tout au moins ceux qu'elles utilisent : ceux de leur voisine vendeuse de médicaments, ceux d'*Ajégúnlè*, ceux que vend leur belle-sœur... Elles ont confiance dans ces médicaments qui, selon elles, « marchent », « fonctionnent », « sont efficaces ». D'ailleurs, face aux campagnes de sensibilisation qui montrent surtout du doigt les médicaments qui viennent des pays anglophones voisins, les populations avancent des remarques du style : « *pourquoi ça serait bon pour les nigériens et pas pour nous ?* », « *si ça devait tuer, on serait déjà tous morts* ».

Par contre, les populations sont généralement méfiantes vis-à-vis des vendeurs informels de médicaments, elles font attention aux produits qu'ils leur distribuent (certains vérifient les dates de péremption) et ont toutes des exigences face aux médicaments qu'elles souhaitent acheter. Elles désirent le médicament qu'elles connaissent (en fonction de l'emballage), celui qu'elles ont l'habitude de prendre, celui que leur a prescrit le médecin... Par contre, autre fait intéressant, les populations associent généralement médicament et organisme individuel. Ainsi, selon leurs perceptions, des médicaments peuvent être bons pour certains et mauvais pour d'autres car perçus comme étant trop forts par exemple. C'est le cas par exemple des médicaments qui proviennent du Nigeria qui peuvent être perçus par certains comme étant « trop forts » pour le petit organisme faible des « yovo » mais « bons » pour les Africains ou encore « trop forts » pour les Béninois mais « bons » pour les Ibo, un groupe linguistique du Nigéria perçu au Bénin comme étant composé de personnes particulièrement robustes.

L'UTILISATION PROFESSIONNELLE DES MEDICAMENTS DU MARCHÉ INFORMEL CONTRE LE PALUDISME

En matière d'utilisation professionnelle des médicaments, il faut savoir que le paludisme étant la première cause de consultation au Bénin, les médicaments antipaludiques sont très utilisés dans les soins courants : la chloroquine encore aujourd'hui (les ACT sont sur le point d'être disponibles à moindre coût) et la quinine en comprimé comme en injection. Ils sont achetés de manière importante sur le marché informel. Cependant, les professionnels de santé achètent également d'autres médicaments (en comprimé ou injection) qu'ils associent généralement aux antipaludiques pour traiter le paludisme : des antipyrétiques, des vitamines et des oligo-éléments (calcium, sodium, potassium), des antiparasitaires, des antibiotiques. Ils achètent aussi beaucoup de consommables médicaux (perfuseurs, aiguilles, seringues, cathéters, gants...) dont ils se servent pour faire les injections et les perfusions dont les populations « raffolent » à Cotonou comme ailleurs et comme cela a souvent été décrit dans la littérature anthropologique.

Les investigations réalisées permettent de diviser les professionnels de la santé qui recourent au marché informel en deux catégories d'acteurs.

- Les premiers développent des pratiques informelles, non autorisées par l'Etat. Ce sont par exemple des agents de santé informels dans les quartiers qui dispensent des soins à leur domicile et peuvent également se déplacer au domicile des malades ou bien des centres de santé informels qui n'ont pas d'autorisation étatique, ou encore \$ des agents de santé qui travaillent dans des structures formelles et revendent des médicaments en doublant la pharmacie de leur structure.
- Les deuxièmes développent des pratiques formelles, c'est-à-dire qu'ils ont obtenu toutes les autorisations demandées au Bénin pour pratiquer des soins de santé et ouvrir une structure de santé. Ce sont généralement les centres de santé privés « lucratifs » qui recourent à *Ajégúnlè* mais les centres de santé privés non lucratifs (confessionnels, ONG) peuvent aussi y recourir dans

certains cas. Selon les données de l'enquête, les centres de santé publics par contre n'y recourent pas. Leurs dirigeants semblent préférer avoir des ruptures de stock et être moins efficaces que d'y recourir. Ce qui ne veut pas dire que leurs agents ne les proposent pas en leurs murs.

Les motifs du recours aux médicaments du marché informel de la première catégorie d'acteurs sont évidents. Ils n'ont pas autrement les moyens d'acheter des médicaments. Les professionnels autorisés, eux par contre, recourent au marché globalement parce qu'*Ajégúnlè* facilite les approvisionnements en permettant une flexibilité et une souplesse de ceux-ci. Les acteurs mettent en avant 4 types d'éléments qui expliquent leur recours à *Ajégúnlè*.

1) L'absence de bureaucratie à *Ajégúnlè* : pas de protocole avant l'approvisionnement, pas d'attentes importantes comme cela est fréquemment décrit auprès de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des consommables médicaux (CAME) qui approvisionne les structures de santé en médicaments génériques.

La propriétaire d'un cabinet de soins privés l'explique bien : « *La Came est un peu compliquée pour s'approvisionner, ça dure longtemps, moi je n'aime pas trop, je ne supporte pas d'attendre longtemps, mon temps à moi est toujours compté compté et c'est un peu compliqué pour s'approvisionner là-bas. La procédure est très longue, (...), je perds une journée, voilà, après il faut faire la queue pour aller payer, vous avez une file innombrable de gens parce que tous les centres de santé que ce soit publics, que ce soit privés, même de l'intérieur du pays descendent pour pouvoir s'approvisionner ici* ». Elle poursuit : « *J'ai commencé avec mon vendeur du marché très tôt et je suis restée à cette formule parce que ses produits sont très diversifiés, il a un petit peu de tout, je l'appelle le matin, 2-3h après il me livre et moi c'est ça qui m'arrange, donc maintenant que ce soit les w-e, je suis en rupture de quelque chose, je peux l'obtenir à tout moment, 7 jours sur 7, bon moi en fait c'est ça qui m'arrange* ».

2) Le marché permet aussi d'acheter des médicaments en très petite quantité, ce qui est pratique pour les petits budgets de la plupart des centres de santé ou même pour les budgets moins petits mais qui sont fréquemment confrontés à des problèmes de trésorerie et de planification de budget. Le fait de pouvoir acheter fréquemment et en petite quantité permet une gestion plus facile des approvisionnements. Un médecin qui tient un cabinet de soins privé l'explique ainsi : « *Nous on va prendre nos médicaments compte tenu de notre besoin...(...). Je prends les produits journalièrement, par exemple si j'utilise 1, 2, 3, 4 ampoules de ce produit, 2 ampoules de ce produit, ce que j'ai utilisé aujourd'hui, je remplace ça en même temps, oui sans protocole, je n'ai pas besoin d'aller faire des papiers, des choses là, je remplace juste ce que j'ai dans ma pharmacie, quand j'utilise 5 dans la journée, le lendemain je remplace les 5 là et c'est plus facile pour moi* ».

3) Les professionnels de la santé qui ont des autorisations formelles et qui recourent néanmoins au marché informel mettent également en avant le fait qu'à *Ajégúnlè* l'offre de médicaments est diversifiée et permanente. Ils disent qu'il y a un choix très convenable de médicaments^o: des génériques sous dénomination commune internationale, des spécialités, des comprimés, des injectables, des consommables médicaux, etc. Les ruptures de stock qui sont fréquemment décrites concernant la CAME sont aussi un des motifs de recours aux médicaments du marché. A *Ajégúnlè*, certains vendeurs constituent des stocks de médicaments et les ressortent justement majorés d'un pourcentage au moment des ruptures à la CAME. De plus le fait que les vendeurs aillent aussi s'approvisionner dans les pays anglophones voisins fait qu'ils ne sont jamais en rupture totale d'un produit. Ils peuvent l'être d'une marque précise mais pas d'une molécule.

Les ruptures de stock décrites comme étant fréquentes à la CAME sont responsables du fait que, dans certains cas, des structures privées non lucratives (confessionnelles, ONG) puissent aussi avoir recours au marché informel, directement ou par le biais d'intermédiaires, de manière à pouvoir toujours proposer des médicaments à leur clientèle. Le responsable de la pharmacie d'un hôpital confessionnel de Cotonou m'explique ainsi à mots couverts : « *Le directeur ne veut vraiment pas qu'il y ait de ruptures au niveau du centre car après les patients n'ont plus confiance, il faut vraiment que je fasse tout pour éviter les ruptures... (...). A la CAME par exemple en ce moment il y a beaucoup de ruptures concernant les produits injectables, on doit donc se rabattre sur des gens qui arrivent à trouver des produits injectables. On n'aime pas faire ça mais on est obligés, comment faire sinon ?* ».

4) Enfin, il est décrit que les vendeurs du marché « se mettent en quatre » pour satisfaire leurs clients. De plus, ils sont accueillant, offrent des petits cadeaux, permettent d'acheter à crédit, peuvent livrer les produits, etc.

Pour toutes ces raisons, les professionnels de la santé qui ont des autorisations formelles et qui recourent cependant à *Ajégúnlè* le font tout en sachant que les médicaments y sont un peu plus chers qu'à la CAME. Ils sont ainsi prêts à payer plus cher des services qu'ils jugent meilleurs.

Les professionnels sont généralement satisfaits des conditions de conservation des médicaments à *Ajégúnlè*. Un infirmier dit par exemple : « à *Adjegounlé*, ceux qui vendent là-bas, ils sont conscients, tu vois comme c'est aéré, il y a des ventilos, ils nettoient bien les choses ». Un médecin dit également : « eux même ils amènent ça et ça ne dure pas dans leur main, c'est pas moi seul qui vais payer là, c'est beaucoup de gens, les produits ne durent pas là-bas, ils sont à jour sur les dates de péremption ». Ils précisent qu'ils n'ont jamais eu de problèmes avec les médicaments qu'ils achètent à *Ajégúnlè*.

Par contre ils ne pensent pas que tous les médicaments du marché sont de bons produits et ils opèrent pour la plupart des vérifications sur les médicaments (dates de péremption inscrite sur la boîte et également sur le produit lui-même, nom du médicament et principe actif inscrits). Ils refusent certains types de médicaments et ont des critères de sélection qui tiennent aux produits eux-mêmes (couleur, consistance, résistance de l'emballage, réaction des produits injectables lorsqu'ils sont dilués, etc.) ainsi qu'à leur origine (nom de la firme, pays de fabrication). Une infirmière explique ainsi : « Je ne prends pas ceux qui viennent de l'Inde d'habitude, tout ce qui vient du Nigeria, je ne prends pas, donc je sélectionne quand même un petit peu ses fournisseurs à lui [à son vendeur du marché], donc tout ce qui vient de la chaîne de l'Europe, je prends, tout ce qui vient de *Pharmaquick* qui est produit ici, je prends, si ça vient du Ghana, du Togo, je prends, parce que là je suis quand même sûre, enfin quasiment sûre que les dosages sont corrects et que les produits sont corrects, mais tout ce qui est Nigeria, Inde, je ne fais pas confiance ».

CONCLUSION

Pour acheter les médicaments qui leur servent à traiter ou prévenir le « palu », tous les Cotonnois sont susceptibles de recourir au marché informel, quelle que soit leur catégorie socio-économique. Ce recours n'est pas l'apanage des pauvres et des illettrés. Le recours au marché informel, notamment dans le cas de l'automédication, est réalisé alternativement à celui des structures formelles. Les familles recourent aux uns ou aux autres en fonction de leurs déplacements (vont-ils au marché Dantokpa ? Ont-ils besoin d'aller dans un centre de santé et en profitent-ils pour acheter des médicaments en avance et se constituer une pharmacie domestique ?), de l'environnement de leur domicile (proximité d'un centre de santé), des produits qu'ils veulent acheter et de la quantité qu'ils souhaitent.

Les centres de santé formels, qui ont toutes les autorisations requises et qui recourent au marché informel, ont de bonnes raisons de le faire. Le secteur formel est, selon eux, trop lourd, bureaucratique, et ne répond pas à leurs besoins. Ces professionnels pensent que, pour une bonne partie d'entre eux, les produits viennent des circuits formels de distribution. Ils conçoivent ainsi *Ajégúnlè* comme une sorte d'intermédiaire qui facilite le recours aux médicaments que propose la CAME. Voici en illustration les propos d'une infirmière à ce sujet : « en fait c'est comme si je m'approvisionnais à la CAME mais je ne veux pas subir la lenteur et tout le tralala à la CAME, moi je ne supporte pas... ».

Il apparaît ainsi que, du point de vue des populations comme de celui des professionnels de la santé, le marché informel du médicament fait partie intégrante du système pharmaceutique béninois. Partant de là, les raisons de leur adhésion aux médicaments du marché informel sont 1) leur perception que ce sont de bons médicaments, 2) les facilités de recours et d'approvisionnement que le marché propose, tant pour les familles (achat de médicaments au détail, à crédit, à moindre coût, extrême présence des vendeurs informels dans les quartiers) que pour les professionnels qui reprochent la lourdeur bureaucratique de la CAME, 3) la diversification des produits que le marché propose. Les familles y recourent pour certains médicaments populaires qu'elles ne trouvent que là et les professionnels félicitent le fait qu'il n'y ait pas de ruptures de stock comme c'est le cas à la CAME. Cette diversification des produits vient du fait que les

vendeurs du marché s'approvisionnent en partie dans les pays anglophones voisins du Bénin, le Nigéria et le Ghana.

Au terme de cette étude, il apparaît également que le marché informel à Cotonou a essentiellement une fonction de distribution des médicaments que néanmoins les différents acteurs contrôlent et vérifient à leur manière. Plus largement, on se rend compte que la distribution du médicament au sein du système pharmaceutique béninois s'assouplit ; et ce en partie par l'action du marché informel. Finalement les fonctions de prescription et de distribution tendent à être de moins en moins séparées, au contraire de ce que préconise la politique pharmaceutique béninoise qui prévoit le monopole du pharmacien (sauf dans certains cas bien précis) en matière de distribution des médicaments. Les centres de santé privés ne sont légalement pas autorisés à vendre des médicaments. Ils sont censés en utiliser uniquement pour les soins qu'ils dispensent dans leurs murs, après lesquels ils sont supposés établir des ordonnances que les populations doivent aller honorer auprès des officines de pharmacies. Or, les centres de santé privés proposent quasiment tous des médicaments à la vente et souvent sans prescription préalable. C'est notamment le cas des petits centres de santé privés, que l'on dit « lucratifs », qui pullulent dans les rues de la ville et qui fixent le coût de leur consultation volontairement bas de manière à toucher une clientèle peu solvable qui est la plus nombreuse. C'est par la vente des médicaments qu'ils parviennent à faire des marges bénéficiaires et donc à fonctionner. C'est d'ailleurs, depuis l'initiative de Bamako, aussi le cas des structures de santé publiques.

La vente de médicaments pharmaceutiques permet ainsi au système de santé de fonctionner. La valeur marchande du médicament est mise en avant et prime sur la législation en place. Tout le monde cherche à vendre du médicament, y compris bien sûr ceux qui n'en ont pas l'autorisation. La mise en avant de la valeur marchande du médicament entraîne le mélange des fonctions de prescription et de distribution et favorise ainsi également les pratiques d'automédication des familles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Baxerres C, Le Hesran J.Y, 2004, Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies, *Sciences Sociales et Santé*, Vol 22, n°4, p.5-23.

Baxerres C, Le Hesran J.Y, 2006, Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, Les atouts d'une offre de soins populaire, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n°3, p.219-230.

Baxerres C, Tingbe Azalou A, Le Hesran J.Y, à paraître, Le marché informel du médicament en Afrique francophone : raisons historiques de son émergence et perspectives contemporaines. Réflexions à partir d'une étude d'anthropologie sociale menée à Cotonou (Bénin), In : Weber F, Barbe N (Dir), *L'économie informelle, un jeu avec les règles*.

Bonnet D, 1985, Notes de recherche sur la notion de « corps chaud » chez les Moose du Burkina, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 3, n°3-4, p.183-187.

Bonnet D, 1986, *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, Rapport de recherche, Ouagadougou, ORSTOM, 64 p.

Bonnet D, 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, in : Fassin D, Jaffré Y (dir), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses-Aupelf, p.243-258.

Bonnet D, 1999, Les différents registres interprétatifs de la « maladie de l'oiseau », in : Jaffré Y, Olivier de Sardan J.P, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*, Paris, PUF, p.305-320.

Diallo Y, 2003, Pauvreté et maladie, in : Jaffré Y, Olivier de Sardan J.P, 2003, *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, p.157-216.

Fassin D, 1992, *Pouvoir et Maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses Universitaires de France, 359 p.

- Faye S.L.B., 2004, *Savoirs et pratiques thérapeutiques liés au paludisme infantile : changements et permanences chez les migrants urbains (Mbour) originaires de Niakhar au Sénégal*, thèse de doctorat d'anthropologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, Département d'Anthropologie Sociale et d'Ethnologie, 451 p + annexes.
- Granado S, 2007, « *C'est le palu qui me fatigue* ». *Une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan en Côte d'Ivoire*, inauguraldissertation pour le titre de Docteur en philosophie, Université de Basel, 214 p + annexes.
- Haxaire C, 2003, « Toupaille », kits MST et remèdes du « mal d'enfants » chez les Gouro de Zuénoula (Côte-d'Ivoire), *Anthropologie et Sociétés*, vol 27, n°2, p.77-95.
- Jaffré Y, 1999, Pharmacie citadine, pharmacie "per terra", *Africa e Mediterraneo*, 1 (99), p.31-36.
- Jaffré Y, Olivier de Sardan J.P, 2003, *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, 462 p.
- Kpatchavi C.A, 1999, *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : le cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé*, Thèse de doctorat, département d'anthropologie appliquée, Université de Fribourg, Allemagne, 194 p + annexes.
- Pale A, Ladner J, 2006, Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés, *Cahiers Santé*, vol 16, n°2, p.113-117.
- Roger M, 1993, Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution, in : Brunet-Jailly J (dir), *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM, p.83-125.
- Van Der Geest, 1982, « The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration », *Medical Anthropology*, 6 (4), p. 197-219.
- Van Der Geest, 1987, Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon, *Social science and medicine*, 25, 3, p.293-305.
- Whyte R.S, 1992, Pharmaceuticals as folk medicine : transformations in the social relations of health care in Uganda, *Culture Medicine and Psychiatry*, n°16, 163-186.

9.4. MOTIFS DE PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS ALTERNATIFS DU SIDA : ANALYSE DES MOTIVATIONS DES PERSONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Emmanuelle Simon, Marc Egrot, Bernard Taverne, Emmanuel Sambieni, Anselme Sanon, Alice Desclaux²

INTRODUCTION

Les travaux menés sur les motifs des recours alternatifs ou complémentaires aux ARV mettent souvent en avant une insatisfaction des patients envers le secteur biomédical, une quête d'autonomie face aux professionnels de santé, une proximité des modèles thérapeutiques populaires et alternatifs. Ils supposent que les recours à ces traitements relèvent de l'automédication et ont lieu en dehors du dispositif biomédical de santé. Notre recherche menée en Afrique de l'Ouest, s'est intéressée à la circulation de ces produits à l'intérieur de ce dispositif. L'objectif est ici de décrire et analyser les motivations des personnels médicaux et paramédicaux qui conseillent/prescrivent des traitements néo-traditionnels (traitements promus par des « thérapeutes néo-traditionnels » : médicaments traditionnels améliorés, phytothérapie industrialisée, compléments alimentaires, médicaments pharmaceutiques aux usages non-conventionnels).

METHODE

Entre 2005 et 2007, une étude anthropologique basée sur la méthode qualitative et compréhensive (observations, entretiens semi-directifs) a permis de recueillir des données auprès des différents acteurs impliqués dans la production, distribution et consommation des traitements néo-traditionnels du sida. Parmi eux une quarantaine de personnels médicaux et paramédicaux (médecins, chercheurs, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, laborantins, délégués médicaux) conseillant/prescrivant ces traitements ont été interviewés au Bénin, au Burkina Faso et au Togo. Une vingtaine de leurs collègues sans implication dans la circulation de ces produits ont aussi été enquêtés. Les données collectées ont été traitées par analyse de contenu.

RESULTATS

Des traitements variés sont prescrits à l'intérieur du dispositif biomédical de santé en complément aux ARV (traitements des infections opportunistes, « compléments alimentaires », « immunostimulant », « antioxydants » : prescrits avant ou avec les ARV) ou en alternative aux ARV (« antiviraux » susceptibles de « traiter » voire de « guérir »). Différents couples de situations de prescription peuvent être distingués :

- Prescriptions institutionnelles (répondant à des recommandations nationales et/ou à une incitation provenant de la structure de soins) versus prescriptions relevant de l'initiative personnelle du soignant. Dans le premier cas, cela concerne uniquement des prescriptions en complément aux ARV.
- Prescriptions dans le cadre de la relation clinique versus prescription dans le cadre d'une expérimentation humaine. Le second cas concerne une part importante des prescriptions en alternative aux ARV.

² Poster D 506,

Des personnels biomédicaux qui se présentent aussi comme tradipraticiens ou thérapeutes inscrits dans des pratiques alternatives de soins prescrivent des traitements en dehors du dispositif biomédical de santé.

ANALYSE

Afin d'avoir une meilleure compréhension des processus décisionnels amenant les soignants à conseiller/prescrire des traitements néo-traditionnels, il convient de prendre en considération la variété des situations de prescription. Tout en proposant une approche transversale, l'analyse tient compte du fait que la légitimité relative du traitement et de l'acte de prescription au regard des normes et usages à l'intérieur du dispositif biomédical de santé varie considérablement d'une situation à une autre.

- COMMENT CES TRAITEMENTS REpondent-ILS A DES ATTENTES TANT DES SOIGNES QUE DES SOIGNANTS ?

La prescription de traitements néo-traditionnels avant que l'état du malade nécessite la mise sous ARV permet au soignant de poser un acte thérapeutique original qui s'ajoute à la prescription conventionnelle. En diversifiant ses moyens thérapeutiques, il entend répondre à la détresse du patient tout en se conformant à son rôle de dispensateur de soins. Dans ce cas, comme dans des situations d'accessibilité limitée au ARV ou de rupture de stock des ARV, les traitements néo-traditionnels peuvent satisfaire provisoirement soignants et soignés et ainsi se voir conférer une « légitimité pragmatique »³ ponctuelle.

La décision de prescrire ou non des traitements néo-traditionnels répond aussi à la crainte des soignants de l'échec thérapeutique sous ARV. De nombreux soignants interviewés relatent des cas de décès en particulier au moment de la mise sous ARV. Selon l'interprétation qui en est faite, ces décès deviennent des arguments favorables ou défavorables à la prescription de traitements néo-traditionnels. Les soignants refusant de les prescrire évoquent le « risque d'interaction médicamenteuse » avec les ARV ou « leur toxicité hépatique ou rénale » compromettant la mise sous ARV. Par contre, de nombreux soignants prescrivant des traitements en complément aux ARV expliquent ainsi « préparer les malades à l'observance » (apprentissage des contraintes de la prise régulière de produits), « rééquilibrer le malade avant sa mise sous ARV » ou fournir un « appui nutritionnel » au malade, le « remonter » pour « aider les ARV à faire leur travail ».

- COMMENT EST JUSTIFIEE LEUR PRESCRIPTION ?

Conseiller/prescrire ces traitements en compléments aux ARV, c'est pour de nombreux soignants, assurer une prise en charge thérapeutique plus empathique basée sur une relation soignant/soigné de qualité (« on est avec eux » « on devient proches »). Ils mettent aussi en avant leur « ouverture d'esprit ». Et ils plaident pour une pratique clinique nourrie de l'expérience opposée à la pratique « ordinaire » décrite comme étant standardisée et automatique. Certains soignants assument d'ailleurs le caractère illégitime des traitements pour mieux se distinguer de la médecine « ordinaire » ou affirmer une « marginalité » revendiquée ; c'est le cas en particulier des soignants exerçant en dehors du dispositif biomédical de santé. À l'intérieur du dispositif, les soignants tentent plutôt de pallier le peu de légitimité biomédicale de ces prescriptions, en se tenant à certaines règles de conduite : arrêt de la prescription après la mise sous ARV, prescription uniquement de produits à usage externe, etc.

Concernant les prescriptions de traitements alternatifs aux ARV dans le cadre d'expérimentations humaines, nombreux furent les soignants à inscrire leur engagement initial dans la prolongation de la relation biomédicale soignant/soigné. Les soignants mettent en avant la nécessité de ne pas abandonner un patient qui a pu faire d'autres choix thérapeutiques (« devoir de surveillance clinique et biologique »,

³ Suchman, M.C. (1995), Managing Legitimacy : Strategic and Institutional Approaches, Academy of Management Review, 20, 3 : 571-610

d'« accompagnement »). Alors que les pratiques d'expérimentation observées font l'impasse sur les études pharmacologiques de toxicité et sur l'expérimentation animale, s'investir dans l'expérimentation clinique est perçu comme une manière de protéger les patients qui « de toute façon se soignent comme ça ». Les soignants qui perçoivent l'expérimentation comme poursuite de l'accumulation de cas – et donc en continuité avec la démarche clinique – s'inscrivent dans une perception très empirique de la science. Leur approche relève de volonté déjà évoquée de valoriser leur expérience et leur expertise professionnelle. À l'inverse, les soignants opposés à ces expérimentations se réfèrent à leur formation universitaire et à la nécessité de différencier le savoir produit par la science de celui basé sur la seule expérience personnelle.

- SUR QUELLES BASES LES SOIGNANTS LES EVALUENT-ILS POSITIVEMENT ?

L'analyse des choix réalisés par les soignants dans l'offre des traitements néo-traditionnels disponibles permet de comprendre comment ils évaluent positivement tel ou tel traitement. Les soignants se réfèrent en majorité à la même grille d'analyse que pour définir un usage rationnel des médicaments conventionnels : besoin, coût, efficacité, sûreté. La prescription prédominante et presque banalisée (Cf. les prescriptions institutionnelles) des « compléments alimentaires », des « immunostimulants » en complément aux ARV ou encore des vitamines, s'expliquent ainsi par le fait que ces traitements sont perçus comme répondant à un besoin. Considérant que le sida est caractérisé par la destruction du système immunitaire et que les ARV proposent une réponse virologique, les soignants entendent combler un vide avec ces traitements supposés apporter du « tonus » et de « l'énergie » au patient. Les sources d'information non spécialisées (presse grand public, Internet) jouent aussi un rôle important dans la construction de la confiance du soignant envers un produit. Les prescriptions en complément aux ARV sont justifiées par des références à des concepts parascientifiques ou au caractère scientifique discutables⁴ mais à forts relais médiatiques : « antioxydants » ou « immunostimulants ».

La prescription moins fréquente de traitement en alternative aux ARV relève souvent de la décision du soignant d'accorder sa confiance à un traitement sans que soient mobilisées de notions qui relèvent d'une échelle de valeur biomédicale. Les soignants font référence à leur histoire de vie (soins reçus durant l'enfance, guérison spectaculaire vécue) et regrettent que « les gens oublient leurs racines ». Lorsqu'ils prescrivent ces traitements dans le cadre d'une expérimentation, ils entendent interroger la démarche de production des connaissances biomédicales. La science biomédicale est alors dépeinte comme « impérialiste » et culturellement située. Les acteurs plaident pour une science « universelle » où savoirs traditionnels et science biomédicale seraient reconnectés.

Un troisième niveau d'argument peut intervenir : certains soignants avancent que leur intérêt pour les alternatives locales aux ARV est lié au fait que l'accès aux ARV, qui dépend actuellement d'initiatives ou de financements internationaux, pourrait devenir incertain. Ce type de discours aboutit à l'émergence d'un paradoxe dans lequel les produits les plus illégitimes du point de vue biomédical sont avancés comme étant nécessaires et inévitables.

CONCLUSION

D'un point de vue anthropologique, cette étude permet d'alimenter la réflexion sur la circulation de traitements non biomédicaux à l'intérieur des dispositifs biomédicaux de santé et d'analyser comment se construisent des « pratiques légitimes » « d'objets illégitimes ». Les discours recueillis montrent que la prescription des produits néo-traditionnels n'est pas forcément inscrite dans une contestation de la biomédecine. Il s'agit le plus souvent d'une utilisation en complément aux ARV qui rend la prescription de ces traitements acceptable voire souhaitable bien qu'ils ne soient validés par aucune autorité internationale ou académique. Organiser des formations sur les méthodes d'administration de la preuve ou les principes

⁴ Bjelakovic G, Nikolova D et al. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis, JAMA, 2007 Feb 28;297(8):842-57.

éthiques de la recherche fournirait aux personnels biomédicaux des outils élémentaires d'évaluation des arguments scientifiques accompagnant les traitements qui leur sont proposés. Notre étude montre aussi que les recours à ces traitements répondent à des craintes et à des attentes insatisfaites des soignants. Ceci nous conduit à nous interroger : comment les prendre en compte dans le cadre de la prise en charge biomédicale standard et quelle place leur donner dans une perspective de santé publique ?

9.5. MEDICAMENTS ET SEXUALITE A OUAGADOUGOU. PROFILS DE PRODUITS POUR L'UN ET L'AUTRE SEXE

Blandine Bila

L'étude dont nous présentons ici les résultats se déroule à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso, qui est aussi la ville de grande affluence de populations venues des quatre coins du pays, mais vivant dans un espace largement dominé par une culture d'influence moose⁵. L'influence du modèle culturel moaga s'impose avec acuité dans les relations sociales et les rapports de pouvoir entre hommes et femmes.

HOMMES, FEMMES ET SEXUALITE DANS LE CONTEXTE SOCIAL ET CULTUREL

A ce contexte culturel se rattache une conjoncture économique de pauvreté généralisée de l'ensemble de la population (PNUD 2007), particulièrement dans cette ville à forte croissance démographique. La pauvreté justifie souvent, la délinquance juvénile et la prostitution des jeunes filles⁶ en quête d'un homme capable d'assurer leurs besoins quotidiens (alimentation, santé, habillement, déplacement), mais aussi, et tant que cela est possible, leur assurer un avenir (paiement des frais de scolarité, financement d'un fond de commerce, etc) ou tout simplement toute forme de relation durable. Certaines de ces filles pratiquant la prostitution par racolage⁷, visant, pour une rétribution ou le mariage, la catégorie des hommes d'âge mûr, avec une bonne situation professionnelle et financière. Ces hommes, que les convenances sociales désignent par le terme de « tonton », matérialisent la représentation de l'homme capable dans toutes ses dimensions : capacité économique, performances sexuelles, capacité à assumer des responsabilités...

Par ailleurs, le grand développement des médias (antenne paraboliques, cinéma pornographique non contrôlé notamment, télénovella) favorise l'accès de la jeunesse à une modernité ou une culture dite mondiale qui introduit de nouveaux modèles, notamment en valorisant certaines pratiques sexuelles.

CONDITIONS SOCIALES ET MOTIVATIONS DES FEMMES

Dans le système culturel moose toujours vivace malgré le contexte urbain, la valorisation du statut d'épouse « zak paga » (litt. Femme de concession) s'oppose à celle de « pugviewgo » (litt. femme vide), désignant la femme sans mari. Cette notion de femme vide se réfère au caractère dérisoire du statut de cette dernière qui, ne s'étant pas attaché un homme et partant une famille, ne saurait prétendre elle-même à une quelconque valorisation sociale autre que celle de « wemba⁸ ». Ce terme réfère à une femme hors contrôle marital, quand elle séjourne dans le domicile paternel. La déclinaison négative de ce statut de femme hors contrôle marital et pire, de femme « vide » de toute perspective sociale justifie le besoin de la plupart des femmes d'appartenir à un homme, d'abord à travers les formes classiques de l'alliance matrimoniale (mariage civil, formes traditionnelles d'alliance matrimoniale), mais aussi à travers certaines formes

⁵ Une des plus importantes ethnies du Burkina

⁶ <http://www.lefaso.net/spip.php?article14756>, le 14 août 2008, 10h54mn

⁷ Pratique d'une prostitution qui n'est pas affichée comme une profession. Les personnes qui exercent cette activité attirent leurs clients dans des lieux publics, notamment aux abords des rues ou aux abords des débits de boisson et autres lieux récréatifs.

⁸ Appellation de la femme adulte pendant son séjour dans le domicile paternel, quelle que soit la cause de ce séjour (répudiation, absence de mari, séjour d'agrément ou nécessité de rituel). Sa présence dans cette concession sous ce statut doit rester transitoire. Elle devrait rejoindre tôt ou tard le domicile d'un mari, seule résidence socialement admise pour elle.

d'alliance moins formalisées (concubinage, femmes entretenues dans des résidences secondaires ou « deuxième bureau »).

La culture urbaine d'ouverture à d'autres valeurs locales ou lointaines crée de nouvelles préoccupations chez les femmes : rester dans les canons physiques de la séduction, savoir s'attacher l'homme par le plaisir sexuel. Or, certaines femmes réputées détenir l'art de la séduction des hommes sont sensées utiliser les « secrets de femmes »⁹. Du fait de leur réputation, les « secrets de femmes » sont de plus en plus diffusés au-delà des frontières culturelles de l'Ouest du pays où se situerait leur origine, vers Ouagadougou.

Par ailleurs, la présence de médicaments de toutes sortes vendus dans la rue depuis les années 1970, l'ouverture des pharmacies privées aux stimulants sexuels et tout récemment l'arrivée des commerçants chinois qui proposent également des produits liés à la sexualité, diversifient l'offre de produits disponibles dans le domaine de la sexualité.

CONDITIONS SOCIALES ET MOTIVATIONS DES HOMMES

Au-delà de l'appartenance au sexe masculin, les hommes sont assignés à « être capables » et c'est sur cette base que s'élabore la compétition pour l'accès aux différentes positions sociales. La notion de capacité comporte dans ce cas précis trois dimensions : la virilité qui s'appuie sur les capacités sexuelles à satisfaire une ou plusieurs femmes, la capacité économique de pouvoir loger et entretenir une ou plusieurs femmes avec leurs enfants et l'aptitude à prendre une décision qui engage toute la famille, et à user d'autorité. Cette triple dimension de la masculinité fait de la défaillance sexuelle une situation en contradiction avec la nécessaire capacité de l'homme et qui compromet son autorité, particulièrement sur son épouse. Ce contexte particulier de valorisation de la capacité sexuelle de l'homme explique une bienveillance sociale vis-à-vis des conquêtes féminines successives de certains hommes.

LES STIMULANTS SEXUELS A OUAGADOUGOU

Face à ce besoin des femmes de s'attacher un homme, et au besoin des hommes de prouver leur capacité sexuelle, se présente un marché local de stimulants sexuels d'une grande diversité, supports des enjeux individuels au sein des couples de toute nature. Quatre types de stimulants sexuels ont été identifiés. Ils se différencient davantage par l'origine, la référence culturelle, la répartition de rôle des acteurs que par leurs caractéristiques matérielles. A travers les entretiens avec les utilisateurs, les utilisatrices, les revendeurs et les vendeuses et par observation directe, 93 stimulants de la sexualité ont été recensés. Ces stimulants de la sexualité se répartissent en 15 « médicaments de la rue », 18 produits chinois et 60 « secrets de femmes ».

LES « MÉDICAMENTS DE LA RUE »

La vente des médicaments de présentation pharmaceutique dans la rue ou dans les marchés par des non professionnels de la pharmacie est une pratique courante au Burkina Faso comme dans les pays de la sous-région depuis plus d'une vingtaine d'années. Tout comme les autres offres de soin, ce secteur propose des produits dans tous les domaines en fonction de la demande des populations, et notamment des produits utilisés dans le domaine de la sexualité. Sur 15 produits identifiés, 6 ont été régulièrement identifiés chez l'ensemble des revendeurs, et apparaissent comme les plus couramment utilisés. 5 de ces produits sont essentiellement adressés aux hommes. Les produits proposés dans ce dernier cas peuvent se répartir en trois groupes en fonction des représentations des vendeurs et des utilisateurs, et sont : les vitamines et autres « remontants », les produits de modelage du corps, et les stimulants sexuels.

⁹ Le terme d'origine est « musso ka dambe » en dioula, langue commerciale utilisée dans l'Ouest du pays. Le mot dambe se réfère ici à l'ensemble des pratiques, attitudes, usages d'objets, etc. qu'une femme doit utiliser pour séduire et retenir son homme.

Les stimulants sexuels

Pour les vendeurs, cinq de ces produits sont des stimulants de la sexualité pour les hommes. La plupart de ces produits sont sous forme de comprimés et ont des dénominations comme : *Fitness Plus* appelé *Amour Tiim* ou médicament de l'amour par le revendeur, le *Vegea* appelé *Viagra* par le revendeur, le *Man's gold levitra*. Quelques-uns sont sous forme de pommade comme le *Ceah Ceah Cream*.

A l'instar des autres comprimés de stimulation sexuelle des hommes, le *Fitness Plus* a une présentation de type pharmaceutique ; un emballage cartonné rose et blanc contenant 30 comprimés de forme ovale dans des capsules opaques. L'emballage de ces produits indique généralement une origine asiatique (Inde, Chine), africaine (Nigéria, Ghana) ou plus rarement des officines pharmaceutiques occidentales. L'emballage du *Fitness Plus* désigne comme fabricant la société KAMALA OVERSEAS situé à Niranjan, Mumbai en Inde.

Contrairement au passé, de plus en plus de ces produits sont déclarés d'origine naturelle. C'est le cas du *Fitness Plus* qui est dit « herbal medicine » et serait à base de plantes indiennes telles que « shudda shilajeet », « Ashwaganda », « kaunch » et « guduchi ».

La posologie indiquée par le vendeur est rarement conforme à celle indiquée sur l'emballage. Pour ce produit-ci, elle est de 1 à 2 comprimés par acte sexuel et par jour, à prendre par l'homme 30 mn à 1 heure avant l'acte.

Les prix sont généralement moins élevés que ceux de produits de la même indication en pharmacie. Alors que la boîte de 20 comprimés de ces produits se négocie autour de mille (1000) francs CFA, les produits similaires ont des coûts dépassant généralement cinq mille (5000) francs CFA. Le comprimé du *Fitness plus* est ici proposé à deux cents (200) francs CFA. Cette possibilité de vente au détail contribue également à augmenter l'attrait de ce type de produit pour les populations.

Un autre aspect particulier de quelques-uns de ces produits est leur interdiction de vente dans les pays de fabrication. L'on peut lire sur la notice du *Fitness Plus* la mention suivante « For sale outside India only ».

Le sixième produit, *Néo-Sampooon* est proposé par le vendeur aux femmes qui sont à la recherche de sensations sexuelles fortes, contrairement à l'indication pharmaceutique du produit ainsi dénommé (contraceptif local féminin). A ce titre, il est emblématique des détournements d'usage qui font qu'un même produit soit utilisé pour une indication précise en milieu médical et pour une autre indication par les utilisateurs hors du circuit médical. Pour en revenir au *Néo-Sampooon*, il est appelé par le vendeur « *Pagba maggi* ». Le Maggi est le premier des bouillons de cuisine les plus utilisés dans le pays. Le *neo-sampooon*, à l'instar du bouillon de cuisine qui relève le goût des sauces, augmenterait ainsi le plaisir de la femme dans l'acte sexuel. Le produit se présente comme un tube blanc cerclé de bleu à l'embouchure; il contient des comprimés blancs percés d'un orifice au centre. Selon le vendeur, la posologie est d'un ovule par acte à introduire dans le vagin juste avant l'acte, et le prix est de deux cents (200) francs CFA l'ovule.

Les produits de modelage du corps

Si l'on se réfère à leur appellation, il s'agit en fait d'hormones de croissance et de corticoïdes. Sur les quinze produits identifiés, neuf sont des produits de modelage du corps (essentiellement pour grossir), et sont surtout utilisés par une clientèle féminine pour répondre aux critères esthétiques locaux qui accordent une place de choix au corps féminin bien enrobé. Parmi ces produits, les plus fréquents chez les vendeurs et le plus célèbre est la *Dexamethasone* appelée *dafourouba* par le vendeur, terme qui fait allusion à l'apparition d'un embonpoint chez une personne. Dans ce contexte de pauvreté et de pénurie alimentaire, ce produit est indiqué selon le vendeur, pour favoriser une prise de poids dans une période relativement brève. Selon le vendeur, une seule boîte de 100 comprimés et coûtant sept cent cinquante (750) francs suffit pour atteindre les objectifs de poids pour une personne en trente jours.

LES PRODUITS CHINOIS

Sur 18 produits trouvés chez les revendeurs de produits chinois et dans les échoppes chinoises, 9 sont comptés parmi les stimulants sexuels les plus puissants et les plus récents adressés aux hommes. Ces

stimulants vont du *Viagra 800 mg* au *Viagra 6800 mg*, si l'on s'en tient à ce qui est marqué sur les emballages. Si le *Viagra 3800* est, de l'avis des vendeurs, celui qui s'achète le plus, le *Viagra 6800* est le plus récent et le plus sujet à curiosité. Entre ces deux modèles de *Viagra*, de nombreux autres stimulants sexuels sont accessibles sur le marché. Les caractéristiques du plus emblématiques des « *Viagra chinois* » de la ville de Ouagadougou sont approximativement les mêmes que celles des autres produits présentés par les revendeurs chinois.

Le « Viagra 3800 » pour les hommes

Selon les revendeurs, c'est le *Viagra 3800*, arrivé dans le pays dans le dernier trimestre de l'année 2006, qui bat tous les records de vente. Dans un emballage aux images pornographiques représentant un homme et une femme nus en plein accouplement, apparaît un blister portant quatre comprimés ovales de couleur bleue. Ce paquet coûte trois mille cinq cent (3500) francs CFA. La posologie est une prise d'un comprimé par l'homme, avec un demi-verre d'eau, 30 mn avant l'acte sexuel.

Ce produit serait vanté par les utilisateurs comme un puissant stimulant du désir et des capacités sexuelles des hommes. Contrairement aux autres modèles de *Viagra* dont l'origine marquée sur l'emballage est la Chine, il est mentionné que le *Viagra 3800* est produit à Tokyo par Japanese Mayo Kaisha research Center.

Shui et Women erotism pour les femmes

Ces deux produits sont parmi les plus réputés des stimulants sexuels chinois à usage féminin. Le *Xibanya Cangyingshui* appelé *Shui* se présente sous forme de sachets de thé et doit être pris comme du thé par la femme, 30 mn avant l'acte. Les indications sur l'emballage lui attribuent une origine chinoise. Selon le vendeur, ce thé permettrait à la femme de produire abondamment de la glaire tout en faisant naître ou en augmentant l'intensité du désir et du plaisir sexuel. Un sachet de ce thé coûte cinq cents (500) francs CFA.

Le *Women Erotism* est par contre un gel qui s'introduit dans le vagin 30 mn avant l'acte sexuel pour faire rétrécir le sexe de la femme et augmenter ainsi le plaisir de l'homme. Ce produit également fabriqué en Chine coûte deux mille (2000) francs FCFA pour plusieurs semaines d'utilisation.

LES « SECRETS DE FEMMES »

Cette expression désigne aussi bien des produits traditionnels que des produits modernes d'origine locale ou importés qui sont utilisés à travers un savoir-faire particulier que détiennent les revendeuses. La vente de ces produits n'est généralement pas affichée mais se fait toujours de façon connexe, derrière une autre activité commerciale féminine phare moins sujette à polémique (salon de coiffure, vente de pagnes, vente de calebasses, paniers, de « *Woussounan* » ou encens local, etc.). Ces secrets de femmes, comme leur nom l'indique, sont d'abord des instruments de séduction aux mains des femmes. Sur 59 produits ici recensés sous cette appellation, 58 sont d'abord à usage féminin. Même certains produits qui s'appliquent en principe sur le sexe de l'homme, le « *Ceah Ceah Cream* » par exemple (voir médicaments de la rue), sont alors manipulés par les femmes.

Les revendeuses de Ouagadougou disent se procurer les « secrets de femmes » dans la région de Bobo-Dioulasso, chez des femmes grossistes qui s'approvisionnent elles-mêmes à la source, au Mali.

Toutes nos sources convergent pour confirmer que cette valorisation culturelle de la séduction féminine et particulièrement les « secrets de femmes » sont surtout de mise dans l'Ouest du pays et se diffuse de plus en plus vers la région centrale et notamment dans la ville de Ouagadougou.

Ancrée dans la tradition à travers une base de produits anciens, cette culture des « secrets de femmes » est néanmoins vivante, créative, et reste ouverte à toutes les innovations en matière de stimulants sexuels. De son analyse nous retenons que :

- Elle emprunte d'abord à certaines populations de pays voisins culturellement proches (Mali, Sénégal, Niger, Nigéria).

- Elle emprunte ensuite à des pays du Moyen-Orient ou d'Asie où sont commercialisés des stimulants sexuels de type artisanal similaires à ceux que l'on trouve au Burkina ou dans la sous-région, souvent dans des versions plus élaborées (Dubai, Mecque, Indonésie).
- Elle emprunte également à l'industrie pharmaceutique des produits utilisés ensuite isolément ou associés à des produits d'utilisation ancienne ou à des produits modernes techniquement moins élaborés.
- Elle intègre, plus récemment des produits issus des toutes récentes échoppes chinoises visibles dans la ville de Ouagadougou depuis seulement 4 ou 5 ans.

L'appellation « *secret de femmes* » désigne aussi bien des produits d'utilisation ancienne dans les sociétés locales ou autres que des produits de l'industrie moderne, qu'elle soit pharmaceutique ou issue des circuits de la contrefaçon.

Des produits locaux d'utilisation ancienne

Le *Woussounan* est l'exemple type d'un produit d'utilisation ancienne. Ces grains composés de résine d'arbres particuliers, de racines parfumées et de parfums ajoutés étaient anciennement brûlés comme dans les habitations pour chasser la mauvaise odeur de l'urine des enfants. Aujourd'hui, le *Woussounan* ou encens local apparaît comme marqueur de l'aire culturelle des populations d'influence mandingue de l'Ouest du pays.

En marge du *Woussounan* ordinaire servant à désodoriser les maisons, la vendeuse présente un *Woussounan* « *secret* » indiqué pour toute femme souhaitant se fidéliser son homme. Selon la revendeuse, il faut faire brûler l'encens et se tenir au dessus, jambes écartées pour bien parfumer l'entre-jambe et le sexe. Une petite quantité comme 2 carreaux de sucre suffirait pour une séance. La femme doit l'utiliser après son bain du soir, quand elle est bien propre. Ses effets sont réputés être immédiats. Pour 1000 FCFA, l'on peut obtenir une quantité d'encens pour 1 mois d'utilisation. La revendeuse souligne bien que c'est une odeur qui donne le désir à l'homme. Dès qu'il sent l'odeur sur la femme il a du mal à rester loin d'elle et son désir s'installe.

Des produits de la sous-région « améliorés »

Certains de ces produits proviennent de productions tout aussi anciennes de pays de la sous région (Mali, Sénégal, Niger, Nigéria). C'est notamment le cas des *bonbons Haoussa du Niger et des arachides nigérianes utilisés pour rendre les femmes plus désirables*. Les bonbons haoussa provenant du Nigéria sont à base de miel. Les bonbons blancs translucides et sucrés sont de composition inconnue proviennent du Mali et du Sénégal.

Artisanat oriental, industries asiatiques, et industrie pharmaceutique sont conjugués pour parfaire les « *secrets de femmes* ». La pratique du rétrécissement du vagin est idéale pour mettre en évidence l'aptitude de la culture des « *secrets de femmes* » à intégrer des produits de toutes origines, pour peu qu'ils répondent à un quelconque vœu d'efficacité. Une même vendeuse présente le « *rétrécisseur de vagin* » *sere* d'utilisation ancienne, le *Wannan Amfan*, un « *rétrécisseur* » artisanal commercialisé à Dubai et le *Women Erotism*, un rétrécisseur de fabrication industrielle provenant des usines chinoises. Alors que le rétrécisseur traditionnel est une simple bourse faite de cotonnade contenant un produit « *rétrécissant* » à base de poudre de feuilles de baobab, celui de Dubai est un liquide transparent contenu dans un tube. Celui industriel est nettement plus élaboré, un liquide translucide dans un tube transparent fourni avec un tube applicateur que l'on peut rincer après usage. L'assemblage de ces produits à différents stades de l'évolution, et de diverses origines, montre les capacités d'ouverture de cette culture dans la recherche des produits les plus performants dans la séduction féminine.

Cet exemple permet également de voir le rapport de prix qui sépare généralement ces trois types de produits : alors que le *sere* traditionnel coûte vingt cinq (25) francs CFA, le *Wannan amfani* artisanal coûte 1200 FCFA et le *Women Erotism* industriel deux mille (2000) francs CFA.

Les stimulants sexuels proposés dans les officines pharmaceutiques

Les pharmacies privées ne sont pas en marge de ce marché des produits liés à la sexualité et notamment aux stimulants sexuels. C'est ainsi que l'on peut observer dans leurs vitrines, non loin du box du caissier, une grande variété de stimulants sexuels parmi lesquels : Le Viagra 50mg, Stamina, Sexoforte, Titane Puissance, etc. De l'avis des vendeurs, les stimulants sexuels sont surtout achetés par les hommes, généralement sans ordonnance et sans demander conseil ni aux pharmaciens ni aux vendeurs. Les prix varient d'environ quatre mille (4000) francs CFA pour les 30 comprimés de Sexoforte à plus de trente mille (30 000) pour les 4 comprimés de Viagra 50mg.

ANALYSE

A travers ce développement, il apparaît que ces produits, quelles que soit leurs indications thérapeutiques de départ, obtiennent, à travers leur appropriation par les vendeurs puis les utilisateurs, avec quelquefois un détournement de la fonction (cas du *Néo-Sampooon* dans les médicaments de la rue), une vie sociale au sens de Van der Geest (Whyte, Van der Geest, Hardon, 2002).

Cette vie sociale se décline à travers plusieurs fonctions de ces produits :

De nouveaux supports pour des rapports sociaux de sexe pré-existants : Ces produits comblent les besoins des femmes de conquérir l'homme et de le garder, tout en compensant chez les hommes la peur d'une quelconque remise en cause de leur virilité.

Des produits « marqueurs d'une évolution de la représentation du plaisir sexuel : Alors que le rôle de la femme dans la relation sexuelle est souvent passivement représenté, la culture des « secrets de femmes » vient les projeter comme des actrices. Par ailleurs, l'idée d'intégration du plaisir de la femme que véhicule les nouveaux produits et particulièrement les produits dits « chinois » aboutit à une nouvelle conception du plaisir sexuel qui n'est plus essentiellement masculin, mais qui peut s'ouvrir également aux femmes.

Des produits qui participent à la construction d'un nouveau marché

- Avec des promotrices de « secrets de femmes » qui font une ouverture progressive aux marchés de la sous-région, du Moyen-Orient, d'Asie (Inde et Chine) tout comme à l'industrie pharmaceutique.

- Avec des promoteurs de médicaments de la rue, de produits chinois et pharmaceutiques s'investissant dans la médicalisation de l'art de la séduction à travers l'introduction de nouveaux produits déterminant les performances sexuelles comme le Viagra.

CONCLUSION

Les différents types de stimulants sexuels accessibles à Ouagadougou et les enjeux commerciaux qui se profilent derrière la diversité de leurs promoteurs, montrent que l'utilisation de ces produits n'est pas qu'une question individuelle. Il s'agit bien d'un fait qui engage la société si l'on considère l'action directe des promoteurs, des revendeurs, des utilisateurs, mais aussi celle plus indirecte des populations qui participent de différentes manières (adoption, rejet, préférences, utilisation, etc), à la construction des représentations sociales de ces produits. Les produits dont il est question ici ont des rôles qui, bien souvent dépassent leur simple matérialité, leur composition réelle ou supposée, pour devenir des objets sociaux qui animent les relations entre homme et femme, créent des rôles, justifient l'organisation de réseaux de commercialisation, etc. Ainsi, comme le montrent Desclaux et Levy (2002), parlant du médicament, ces stimulants sexuels qui ne répondent pas toujours à la dénomination du médicament, restent néanmoins, tout comme les médicaments, les supports d'investissement idéels, d'interprétations, et d'élaborations symboliques. Cette analyse a montré comment l'utilisation de nouveaux produits peut avoir une incidence sur l'évolution des représentations du plaisir sexuel dans la société.

L'introduction de substances actives hors des circuits habituels de contrôle de substances médicamenteuses pose la question des conséquences de telles pratiques à long terme sur les populations. En effet, les questions essentielles de leur conditionnement et des dosages non contrôlés sur la santé de la population se posent non seulement du fait de l'utilisation effective de ces produits dans la population, mais aussi du

fait du niveau d'instruction généralement bas des revendeurs qui, nous l'avons vu, sont aussi, bien souvent, les prescripteurs.

Par ailleurs, l'introduction de certains de ces stimulants sexuels et particulièrement ceux orientés vers la stimulation du plaisir sexuel de la femme, analysée en rapport avec le nouveau courant de promotion du droit des femmes au plaisir sexuel sont à mettre en rapport avec certains processus en cours tels que la lutte contre l'excision (Stolz, 1998 ; Lamizana, 1995). Les politiques en matière de santé sexuelle et particulièrement de circulation de stimulants sexuels, mais aussi les différents mouvements de « libération » de la sexualité féminine sont face à la réalité d'une question sexuelle qui est davantage une question du couple qu'une question individuelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Desclaux A., Levy J.-J., 2003. Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? *Anthropologie et sociétés*, vol 27, n°2, pp5-21

Egrot, M., 2001. La maladie et ses accords. Le sexe social, mode de déclinaison et espace de raisonance de la maladie chez les moose du Burkina Faso. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

Egrot, M., 2004. Différentiation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso). *Sciences Sociales et Santé*, 22, (3), 45-69.

Lamizana M., 1995. Politique nationale de lutte contre l'excision. *2nd annual meeting RAINBO*, New York.

Whyte S.R., Van Der Geest S., Hardon A., 2002. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press, 200p

Stolz J., 1998. Le Burkina Faso Fait reculer l'excision. *Le monde Diplomatique*, Sept 1998. <http://www.monde-diplomatique.fr/1998/09/STOLZ/10970> le 15-08-08, 15h57

10. CONCLUSIONS

Au terme de cette étude, plusieurs aspects peuvent être discutés, et des suites sont proposées en conclusion notamment en termes d'opérationnalisation des résultats et de perspectives de recherches complémentaires.

Enjeux de définition de l'espace investigué : de l'objet d'étude défini initialement au matériau recueilli

Pas plus que la notion de « traitements néo-traditionnels », celle de « médicaments émergents » ne constitue un concept susceptible de définir la signification culturelle et sociale des traitements étudiés ou de caractériser les acteurs, produits, savoirs et usages qu'ils mobilisent. Ces notions qui, à l'instar de la notion d'ethnie, ne sont que des « catégorie[s] relative[s] permettant une orientation pratique dans l'espace social, pas un concept » (Bazin 1985 cité par Fassin 1988 : 208)¹, permettent néanmoins de qualifier un ensemble hétérogène de produits thérapeutiques, en rapport avec des pratiques et acteurs, qui ont pour caractéristique commune leur absence de reconnaissance par les institutions biomédicales internationales et par les modes de légitimation de la biomédecine (définition sur la base d'un principe pharmacologique actif, validation par des essais cliniques, distribution par les réseaux officiels d'approvisionnement en médicaments contrôlée institutionnellement). Ces caractéristiques sont conjoncturelles : plusieurs thérapies visent la validation biomédicale et pourraient l'obtenir dans le futur ; d'autres, dont certains traits les situent « à proximité » de la biomédecine, peuvent, selon les circonstances et l'inscription sociale de modes de validation, apparaître comme validées. Néanmoins on ne parvient pas, au vu des résultats de nos observations, à décrire un système unique qui permettrait d'appréhender ces « médicaments émergents ».

L'ensemble de ces pratiques, acteurs, produits, savoirs et usages, des processus d'adhésion et des modes de légitimation qui leur sont associés, apparaît vaste et hétérodoxe, appelant le qualificatif « d'espace ». Cet espace est difficilement cerné en partant d'une indication d'usage -qui pourrait, si elle était similaire à celles de la démarche biomédicale, être définie par une ou plusieurs catégories nosologiques. Le caractère composite de la définition du sida (qui inclut une diversité de symptômes, d'états et de stades biologiques et pathologiques, et peut apparaître comme une étiologie autant qu'une manifestation) réduit les possibilités de délimitation d'un périmètre de produits destinés à traiter cette pathologie. Par ailleurs, la stigmatisation associée à l'infection à VIH et la volonté d'éviter la suspicion d'allégations abusives rendent les promoteurs ou utilisateurs de traitements du sida peu disert. Il est moins difficile d'évoquer dans les enquêtes la drépanocytose (pathologie définie comme une entité spécifique, y compris dans les représentations populaires) ou le paludisme (maladie « banale » et non stigmatisante), mais l'absence de correspondance des définitions des entités nosologiques entre espaces sociaux biomédical et populaire concernés par la diffusion des produits représente un défi conceptuel et méthodologique. De plus, certains produits se définissent comme « complémentaires », renforçant l'immunité ou prévenant les troubles, alors que d'autres apparaissent comme des panacées susceptibles de traiter une gamme étendue de manifestations pathologiques. Nous avons donc exploré les traitements indiqués « pour les personnes vivant avec le VIH » plutôt que ceux destinés à « traiter le sida », pour des raisons méthodologiques et théoriques. Les médicaments utilisés sur le marché informel pour soigner le paludisme et la drépanocytose, et « traiter » la sexualité, posent des problèmes méthodologiques et théoriques différents. Néanmoins, des similitudes ont

¹ Fassin E., Fassin D. (1988) « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal. », Cahiers d'études africaines, 110, XXVIII, -2 : 207-231.

été décrites, notamment parce que les traitements de la drépanocytose font parfois l'objet d'une réinterprétation de leurs indications étendues au sida. Les médicaments utilisés dans le domaine du paludisme ne sont qu'exceptionnellement le fruit « d'inventions » par des promoteurs locaux, et apparaissent moins souvent que les traitements du sida comme faisant appel à des références recherchées du côté de la nature ou de la tradition : il s'agit essentiellement de produits pharmaceutiques industriels dont les déclinaisons concernent essentiellement leur statut juridique (spécialités, génériques, avec ou sans AMM), leur composition pharmacologique (formulation et galénique) ou leur mode de distribution et vente. Enfin, les traitements de la sexualité éclairent la question des médicaments émergents sous un angle original : les produits se présentent comme inscrits dans une « tradition » de l'art de la séduction plutôt que de l'art médical ; ils permettent ainsi d'appréhender un domaine où les médicaments sont « genrés ». Ces éclairages différents donnent un panorama assez riche de l'espace social des « médicaments émergents ».

La diversité des produits. Enjeux de catégorisation

Dans cet espace vaste, sous une apparence matérielle plus ou moins proche des standards de l'industrie pharmaceutique, les « médicaments émergents » ont un contenu social et symbolique varié. L'effort de production d'une typologie, fût-il modeste dans ses ambitions et limité à une intention descriptive, se heurte à cette hétérogénéité. La plupart des catégorisations possibles doivent instaurer des catégories discrètes au sein de continuums. Une tentative de typologie des produits selon de modèles théoriques existants, basée sur la répartition de leur production, leur diffusion, leur prescription et leur usage entre secteurs de soin de santé populaire, traditionnel et biomédical (selon la catégorisation de Kleinman² assortie de toutes les réserves à ce sujet), montre l'impossibilité de situer chaque produit dans l'un ou l'autre secteur : tous renvoient, à l'un ou l'autre stade, à des interfaces entre secteurs. Il faut donc recourir à une approche descriptive très pragmatique pour proposer plusieurs typologies qui devront être « recoupées ».

Une typologie des produits basée en premier lieu sur la qualification de leurs inventeurs/promoteurs peut recenser :

- les produits promus par des guérisseurs : il s'agit généralement de produits phytothérapeutiques dont la connaissance a été « dictée par le savoir ancestral » ou a fait l'objet d'un don divin, qui diffèrent peu, dans leur usage social, de traitements immatériels (rituels ou prières) ou revendiqués comme basés sur une manipulation symbolique plutôt qu'un effet physique
- les produits promus par des « tradipraticiens » en « médecine traditionnelle améliorée » : il s'agit de produits dont la connaissance a été « héritée » (savoir ancestral, inspiration divine, connaissance lignagère) qui ont fait l'objet d'une élaboration faisant référence à une démarche expérimentale et éventuellement à des connaissances biologiques ; cette élaboration s'accompagne souvent d'une part de création individuelle plus ou moins revendiquée par le « tradipraticien » (Metrafaids)
- les produits promus par des pharmaciens et scientifiques : éventuellement présentés comme issus d'une « tradition » localisée ou mondialisée, d'une inspiration (de sources diverses) ou de l'observation empirique, ces produits ont fait l'objet d'une construction sociale destinée à leur fournir une reconnaissance basée sur leur effet biologique et un statut juridique précisément défini selon des normes nationales et internationales, qui permet leur diffusion dans le secteur licite (VK X)

Une typologie des produits basée sur la qualification de leurs espaces de production peut recenser :

- des produits de préparation artisanale effectuée par leur promoteur, similaire à celle des « remèdes » des secteurs populaire et traditionnel, présentés dans des emballages leur donnant les apparences de produits pharmaceutiques (Tobacoak's)
- des produits dont la production fait l'objet d'un certain degré de standardisation dans la préparation, la conservation ou la présentation ; elle est déléguée par leur promoteur à des préparateurs, qui

² Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 1980

souvent appartiennent à la compagnie du promoteur et exercent dans des unités parfois qualifiées de « laboratoires » (produits Phytosalus)

- des produits fabriqués sur les directives et sur commande du promoteur dans des unités industrielles spécialisées dans la fabrication de médicaments, éventuellement identifiées comme distinctes de la compagnie du promoteur, parfois basées dans un autre pays (Immubooost)

Une typologie des produits basée sur leur espace géographique de diffusion peut recenser :

- des produits à diffusion locale, qui souvent ne dépasse pas l'aire de diffusion de la renommée du promoteur : il s'agit souvent de produits revendus par un promoteur individuel (Aloe autochtone)
- des produits à diffusion loco-régionale, retrouvés dans des pays voisins de celui de leur création, parfois dans deux des trois pays investigués (Api-sida)
- des produits à diffusion régionale, dont la diffusion a été repérée dans d'autres pays africains mais qui ne sont pas diffusés dans les pays européens ou autres pays développés (dans certains cas parce qu'ils y ont été interdits) (Viralgic)
- des produits à diffusion internationale, à partir de l'Afrique (Metrafaids), des USA (Aloe vera FLP), de la Chine (Tianshi)

Une typologie des produits basée sur la qualification de leurs espaces sociaux d'indication et d'usage peut recenser :

- des produits prescrits, promus, vendus, et consommés par les « mêmes » acteurs (voire des personnes appartenant à la même institution) (Tianshi, Aloe vera FLP)
- des produits prescrits, promus, et vendus par les mêmes acteurs (Phytosalus, Metrafaids) distincts des utilisateurs
- des produits pour lesquels promoteur / producteurs et distributeurs d'une part, prescripteurs d'autre part sont des acteurs distincts et différents des utilisateurs (Spiruline)
- des produits pour lesquels ces quatre catégories d'acteurs sont distinctes (Viralgic).

De manière générale, on note que les modes de présentation des produits comme leurs réseaux de diffusion sont marqués par un trait commun d'ordre linguistique. Les « médicaments émergents » pour le traitement du sida (à l'exception de ceux diffusés par des firmes multinationales comme FLP, Tianshi, Lifelong) semblent inscrits dans un espace linguistique francophone, contrairement aux médicaments du paludisme dont la diffusion est inscrite dans des filières mondialisées de produits présentés en anglais ou français, les frontières entre Bénin/Togo et Ghana/Nigéria apparaissant comme des interfaces. Au Sénégal, au Bénin et au Burkina Faso, nous n'avons pas repéré les « traitements émergents » issus des produits « complémentaires » qui ont fait l'objet de controverses au cours des dernières années en Afrique (tels que par exemple les « vitamines du Dr Roth » en Afrique du Sud ou les produits promus par la ministre de la santé sud-africaine). Par ailleurs, les produits identifiés au Sénégal sont moins nombreux que ceux identifiés au Bénin et au Burkina Faso. Ceci s'explique par des schémas d'enquête différents (méthodologie distincte ne visant pas l'exhaustivité au Sénégal), mais peut-être également par la prégnance au Sénégal de quelques promoteurs anciens et puissants (Prometra et Keur Massar), ainsi que la proximité avec la Gambie dont le président, Yaya Jammeh, revendique de guérir le sida : les entretiens menés à Dakar attestent de la fréquence des recours à ses soins, qui pourraient ainsi « occuper l'espace thérapeutique néo-traditionnel ».

La construction symbolique des médicaments émergents : « tradition », « science » et « nature »

Les « médicaments émergents » ou « néo-traditionnels » sont d'abord des médicaments, c'est-à-dire des formes matérielles de traitement dont la logique d'utilisation est, pour tous les acteurs, d'abord d'ordre biologique. La collecte des discours sur les modes d'action de ces produits atteste de « savoirs » de niveaux très hétérogènes, entre représentations plus ou moins connotées et notions de biologie et physiologie populaire diversement articulées, incluant parfois des éléments de savoirs spécialisés (par exemple en virologie ou en thérapeutique) ou des notions d'ordre philosophique ou religieux (par exemple relevant de la pensée New Age).

Sous le discours biologisant, trois notions apparaissent comme essentielles, ayant une valeur légitimante de la fonction thérapeutique des produits : la « tradition », la « nature » et la « science ». En 1988, Fassin et

Fassin analysaient le sens de la notion de « tradition » dans le champ thérapeutique, en proposaient une interprétation relevant de l'anthropologie politique, et mentionnaient que le « naturel » n'avait pas sa place dans les discours des tradithérapeutes sénégalais ; en vingt ans, l'offre de « médicaments néo-traditionnels » s'est développée et repositionnée en incluant ce thème. Les produits que nous avons investigués ne peuvent cependant pas être catégorisés selon ces trois termes ; il semble plus pertinent de considérer qu'ils relèvent d'une catégorisation hétéronomique, et de les situer en référence à un espace de significations organisé de manière tripolaire. Chaque produit est perçu par ses promoteurs et ses utilisateurs comme chargé d'un assemblage de traditionnel, de naturel et de scientifique, construit selon une combinaison spécifique, que l'on peut « repérer » par sa plus ou moins grande proximité par rapport à l'un de ces pôles.

La notion de « traditionnel » est utilisée de manière très ambivalente dans les discours : dans certains cas, la « tradition » à laquelle il est fait référence est une tradition mondialisée qui semble avoir un pouvoir légitimant d'autant plus important que plusieurs « grandes civilisations du passé » sont censées avoir utilisé les remèdes évoqués. Dans d'autres cas, la tradition locale, bien qu'ayant une forte valeur identitaire, est mentionnée à propos de recettes de phytothérapie censées avoir été sélectionnées par le « savoir ancestral », que leur évocation réduit à leur dimension biologique (par exemple à la mention des espèces végétales entrant dans la composition du médicament) ; ceci fait apparaître une définition fort réductrice de la « tradition » par les acteurs qui pourtant s'y réfèrent en lui accordant un pouvoir certain. Le « naturel » est une notion mobilisée de manière dominante à propos des traitements néo-traditionnels importés. Dans ce cas, les notions sous-jacentes incluent la valeur bénéfique a priori et l'absence d'effet adverse des produits végétaux, présentés en les opposant au caractère présumé toxique des produits industriels. Cette notion s'applique plus particulièrement à quelques espèces végétales ayant valeur de panacées, présentées comme des compléments alimentaires et souvent dans la rhétorique des « médecines naturelles » alternatives. Le « scientifique » apparaît au travers de la présentation des produits et des démarches de validation entreprises dans le système de soin biomédical, et de leur diffusion auprès des professionnels de santé (et par eux). L'analyse des représentations sous-jacentes montre qu'elles sont souvent basées sur des interprétations populaires de la biologie ou de la science, qui peuvent faire l'objet d'une discussion concernant les dynamiques culturelles en cause –entre emprunts et influence culturelle.

Dans tous les cas, ces produits ne sont pas que des « marchandises » exemptes de significations sociales et dont le sens serait réduit à l'image qu'en donnent leurs promoteurs, centré par leur valeur marchande.

Panorama des acteurs et des réseaux de diffusion

La reconstitution de la « biographie des médicaments » montre que la plupart d'entre eux ont, aux différentes étapes de leur création, promotion, production, diffusion, prescription et utilisation, impliqué des acteurs des trois « secteurs de soins de santé ». Avec ces « nouveaux » médicaments, au moins deux « nouveaux acteurs » apparaissent, qui peuvent correspondre à de nouvelles formes d'inscription sociale des produits. Les « nouveaux guérisseurs », susceptibles de combiner les références à la science, à la tradition et à la nature, et de « développer leur produit » (au sens que l'industrie donne à ce terme) sont lettrés ; plusieurs se sont engagés sur la voie d'une carrière scientifique ou médicale, avant de bifurquer –à l'occasion d'un évènement personnel ou d'un échec que la reconstruction biographique a pu effacer ou tenir pour fondateur, vers une orientation « para-scientifique ». Dans ce cas, l'invention du médicament et le discours qui l'accompagne sont le produit d'une idiosyncrasie dans un espace où la libre entreprise individuelle semble immédiatement rentable. Ces « entrepreneurs thérapeutiques » apparaissent comme des virtuoses de l'assemblage -conscient ou inconscient- des représentations sociales en matière de santé, à l'entrecroisement entre discours biologique et légitimations symboliques.

Un autre type de « nouvel acteur » est probablement l'usager-prescripteur. Entré avec une facilité extrême dans le système pyramidal d'une firme de vente directe, cet usager devient un prescripteur efficace, à la fois « pair éducateur », « acteur de prévention », « agent de santé primaire », auteur de « témoignage », « entrepreneur privé » et « représentant solidaire d'une firme multinationale » paré de la puissance économique nord-américaine. Cet acteur apparaît simultanément comme individualiste et altruiste, et tourné vers un avenir présenté comme « toujours meilleur ». L'efficacité de ses traitements est probablement marquée par cette inscription sociale, qui apparaît comme une opportunité palpable d'acquisition d'un capital économique, social et de savoir, dont les limites ne seraient que celles du désir des individus.

L'une des caractéristiques des « médicaments émergents néo-traditionnels » est de faire intervenir de nombreux acteurs (individus et institutions, locaux et issus d'autres régions du monde), suivant des réseaux et filières souples et divers : ceci fait appel à des inscriptions sociales des traitements qui ne sont pas nouvelles (par exemple l'utilisation de ces produits à titre personnel et privé par des professionnels de santé qui ne les prescrivent pas dans le cadre de leur activité professionnelle parce qu'ils ne correspondent pas aux normes de leur profession) : les « nouvelles figures sociales » évoquées ci-dessus ne doivent pas être considérées comme celles d'acteurs spécifiques de ces médicaments, mais comme des figures clé de leur inscription sociale ou de leur diffusion.

Une forme du « mainstreaming » des médecines complémentaires ?

Les travaux récents en anthropologie de la santé, notamment nord-américains, considèrent que les thérapies « alternatives à la biomédecine » sont en train de se développer dans le système médical, sous les effets conjugués d'un amendement de l'autorité de la médecine, de l'extension d'une logique de marché aux services de santé, de la diffusion du savoir médical hors d'un groupe social, d'une plus grande facilité d'accès aux produits de santé devenus des marchandises qui échappent aux régulations, d'une défiance croissante vis-à-vis de l'approche médico-technique, et d'un transfert du « locus » de la décision thérapeutique du soignant prescripteur au patient consommateur. Cette dynamique apparaît-elle dans les pays où nous avons enquêté ? L'étude montre que les « médicaments émergents » sont souvent prescrits et utilisés dans le système de soin biomédical, selon une logique « complémentariste » similaire à celle décrite dans les pays du Nord. Traitements du « care », inscrits dans une approche holistique ou empathique, faisant appel à des références au « naturel » ou au « traditionnel » prisées par les professionnels de santé comme par les patients : les motivations des soignants prescripteurs montrent que l'absence de validation par les autorités sanitaires n'est pas un obstacle, car elle est tantôt méconnue tantôt perçue comme arbitraire par les agents de santé qui partagent les critères de jugement des produits avec ceux qui en font la promotion.

Cette diffusion est aussi favorisée par des figures qui pourraient être qualifiées de « médico-traditionalistes » (néologisme de construction similaire à « tradipraticien ») : une formation universitaire en médecine ou en biologie a conduit un acteur, parfois au travers d'une pratique clinique porteuse d'une approche humaniste, à développer une réflexion philosophique ou à revisiter des éléments de son patrimoine culturel pour y inscrire ses « découvertes thérapeutiques ». Dans une démarche en première approximation inverse de celle du tradipraticien qui a sécularisé son approche en la biologisant, ce thérapeute « convoque le sacré » dans l'un des aspects de son activité, introduisant dans la médecine des notions ou valeurs issues du monde religieux incommensurables aux valeurs de la science (d'un point de vue étique, mais pas du point de vue de cet acteur), telles que l'élection divine, le secret du savoir, ou son caractère inaccessible aux « scientifiques ordinaires ».

Bien qu'ayant collecté des médicaments issus du système institutionnel public de légitimation des médecines traditionnelles dans les trois pays, nous ne pouvons pas, dans les limites de cette étude, conduire l'analyse de ce système, qui reste à mener, en particulier pour comprendre les effets des actions des Divisions de la médecine traditionnelle créées au sein des ministères de la santé.

Ainsi, il semble que l'on peut considérer que le « mainstreaming » des thérapeutiques « néo-traditionnelles » est en cours dans les pays où nous avons enquêté, appuyé sur la diffusion de produits et le rôle de « passeurs », même si les dynamiques sociales qui le sous-tendent semblent différentes de celles présentes au Nord. Au-delà de ce niveau d'inscription des significations dans des espaces sociaux, les médicaments apparaissent comme des vecteurs d'un modèle symbolique du rapport au corps, en situation de santé et de maladie.

Les « médicaments émergents » au regard de la santé publique

Les médicaments anti-paludéens présents sur le marché informel du Bénin sont en grande partie des médicaments « licites » qui n'apparaissent comme émergents que du fait du développement d'un espace de circulation qui, à leur propos, devrait plutôt être qualifié de « marché parallèle ». D'autres produits investigués sont des traitements qui ne disposent pas d'une AMM parce que leur composition ne répond pas à des critères de sécurité, parce qu'ils ont été interdits par les autorités sanitaires de leur pays d'origine, ou

parce que leurs promoteurs n'ont pas entrepris de démarche de validation (parce que la diffusion sur le marché informel suffisait à la commercialisation du produit, par absence de disponibilité des moyens nécessaires à la constitution d'un dossier d'AMM, et/ou parce que le sens de la démarche était contesté ou n'était pas perçu). Par ailleurs, la frontière juridique entre médicament (produit pharmaceutique), médicament de phytothérapie et complément nutritionnel, n'est pas significative pour tous les acteurs : la hiérarchie entre ces trois catégories en termes d'efficacité et toxicité potentielle, présumée par les autorités sanitaires, n'est pas endossée par tous les autres acteurs.

D'un point de vue éthique, la composition des produits collectés n'était pas précisée pour près du quart d'entre eux, présentés comme des préparations. D'autre part, aucune, parmi les études scientifiques présentées par leurs promoteurs, n'est apparue valide à l'expert que nous avons sollicité ; de plus, ces études ne respectaient ni les bonnes pratiques cliniques ni les règles d'éthique de la recherche en vigueur. L'enquête auprès des acteurs locaux, notamment certains professionnels de santé et des acteurs associatifs, a recueilli des demandes d'information concernant la composition des produits, leur toxicité potentielle, leurs possibles interactions avec les ARV, leurs effets bénéfiques et adverses, et leur rapport coût-bénéfice pour les personnes vivant avec le VIH. Des analyses d'experts, éventuellement complétées par des études pharmacologiques et biocliniques, et des enquêtes sur l'économie de ce champ thérapeutique, paraissent nécessaires à ce stade pour répondre à ces demandes d'information –et pour permettre la validation scientifique des traitements, le cas échéant.

Dans la logique de l'anthropologie de respect du point de vue des acteurs, visant à comprendre des perceptions pouvant motiver un effet placebo, il ne nous revenait pas de qualifier certains discours ou acteurs de « malhonnêtes » ; mais l'étude a tenté, autant que possible, de décrire les limites du licite, et les lieux et objets d'abus potentiels ou de non-respect de la dignité des personnes. Des contacts ont été pris avec des associations africaines d'appui aux PvVIH et avec Sidaction afin de mettre en place les moyens nécessaires pour compléter l'information disponible à propos de ces « médicaments émergents » et définir, en collaboration avec les associations et les autorités sanitaires locales, des modes de publication accessible d'une information scientifiquement et éthiquement juste sur les produits.

11. PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

ARTICLES ET CHAPITRES D'OUVRAGES

2006

Baxerres C. Le Hesran J.Y. Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : Les atouts d'une offre de soins populaires. *Anthropologie et Sociétés*, 2006, 30 (3), p.219-230.

2007

Baxerres C. Accès au médicament en Afrique de l'Ouest : Le marché parallèle du médicament. In : Moine-Dupuis I. *Le médicament et la personne, aspects de droits international*. Paris : LexisNexis Litec, 2007, p. 269-277.

2008

Desclaux, A., 2008. L'éthique médicale appliquée aux science humaines et sociales: pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires. *Bulletin de la Société de Exotique*, 101,2, 77-84

Desclaux, A., 2008. Les lieux du « véritable travail éthique » en anthropologie de la santé : terrain, comités, espaces de réflexion ? *Ethnographiques.org*, n° 17

Hardon A., Desclaux A., Egrot M., Simon E., Micollier E., Kyakula 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 : 1-6.

2009

Baxerres C. D'où proviennent les médicaments du marché informel ? Tentative d'analyse de l'offre informelle de médicaments à Cotonou : les produits et leurs sources d'approvisionnement. In : Egrot M. *L'anthropologie du médicament*, soumis.

Baxerres C., Tingbe Azalou A., Le Hesran J.Y. Le marché informel du médicament en Afrique francophone : raisons historiques de son émergence et perspectives contemporaines. *Réflexions à partir d'une étude d'anthropologie sociale menée à Cotonou (Bénin)*. In : Weber F., Barbe N (Dir). *L'économie informelle, un jeu avec les règles*. sous presse.

Couderc M., La pratique ethnographique à l'épreuve de l'éthique biomédicale : usages et conséquences de la procédure de « consentement éclairé » sur la relation d'enquête, in *Collection Sciences sociales et sida*, ANRS (soumis, en relecture).

Pordié L., Simon E., Dir. *Les nouveaux guérisseurs, le néo-traditionalisme en biographie* (parution prévue courant 2009).

Pordié L., Simon E., Introduction, in Simon et Pordié Op.cit

Simon E. Ce n'est pas dans les vieilles marmites qu'on fait les meilleures soupes, portraits d'un guérisseur d'un nouveau genre, in Simon et Pordié Op.cit

Simon E., Importation of manufactured herbals in West Africa: based on the case of AIDS treatments in Benin *Revue Internationale du médicament*, n°2, (à paraître mars 2009)..

Simon E., Traitements néo-traditionnels, question de définition, in Marc Egrot (Dir.) *L'anthropologie du médicament* (soumis, en relecture).

COMMUNICATIONS ORALES, AFFICHEES ET SUR CD

2005

Baxerres C. Accès aux médicaments en Afrique de l'Ouest : Le marché parallèle du médicament. Approche d'anthropologie sociale. Communication orale lors du colloque international du Centre de Recherche sur le Droit des Marchés et des Investissements Internationaux, septembre 2005, Dijon, France.

Baxerres C. Le marché parallèle du médicament peut-il favoriser la prévention du paludisme par les populations ? Communication affichée lors du colloque international « Prévoir et prédire la maladie », association Amades, mars 2005, Ascona, Suisse.

Egrot M., 2005. Anthropologie des essais cliniques dans les pays du Sud, Le médicament : de la recherche au terrain. Colloque international du CESEH, Lyon, 9 décembre 2005.

Egrot M., 2005. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique, Conférence de la Société des Africanistes, Musée de l'Homme, Paris, 13 Juin 2005.

2006

Egrot M., 2006. Espace thérapeutique du sida dans les villes en Afrique : nouvelles formes de prise en charge et nouveaux acteurs, Colloque « Cité et Santé », IRCOD, Mulhouse, 8-9 septembre 2006.

Egrot, M., Simon, E., Traore, A., Taverne, B., Bastien, V., Sankara, A., & Desclaux, A. 2006. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Sénégal). Paper presented at the 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso.

Simon E., Egrot M., Taverne B., Traore A., Desclaux A., 2006. Anthropology of neo-traditional treatments for HIV/AIDS in West Africa (ANRS 12111/Sidaction), XVI International AIDS Conference, Toronto, 2006, abstract CDD1107

Traore A., Simon E., Egrot M., Bastien V., Sankara A., Taverne B., Desclaux D., 2006. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida, 5ième Journées Scientifiques de l'ANRS au Burkina Faso, Ouagadougou, 21-24 février 2006.

2007

Baxerres C., Bonnet D., Tingbe Azalou A., Le Hesran J.Y. Automédication et Paludisme à Cotonou : Approche d'anthropologie sociale. Communication orale lors du congrès international d'épidémiologie tropicale, janvier 2007, Ouidah, Bénin.

Baxerres C. Les offres et les usages du médicament industriel à Cotonou : Étude anthropologique à partir du marché informel du médicament, communication orale lors de la réunion annuelle de l'unité de recherche n°10 de l'IRD, janvier 2007, Cotonou, Bénin.

Baxerres C. Usages et lieux d'achat des médicaments industriels à Cotonou. Automédication dans le secteur informel et prescription dans le secteur formel : logiques croisées et évolution des pratiques. Communication orale lors du 8ème Forum Pharmaceutique International, juin 2007, Lomé, Togo.

Baxerres C. Le marché informel du médicament en Afrique francophone : raisons historiques de son émergence et perspectives contemporaines. Réflexions à partir d'une étude d'anthropologie sociale menée à Cotonou (Bénin). Communication orale lors du colloque international « Economie informelle, travail au noir, enjeux économiques et sociaux », septembre 2007, Université de Marne-la-Vallée, France.

Egrot M., 2007. An overview on neo-traditional medicines for HIV/AIDS in West Africa, *in* "Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings". Satellite meeting organised by NAARPS (Network on the Anthropology of ART in Resource-Poor Settings) : CReCSS (Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés) + ASSSR (Amsterdam School of Social Science Research, Medical Anthropology Unit) + UMR 145 (IRD)

Hardon A. et col., « Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings: a comparative analysis of recent anthropological studies », AIDS Impact, Marseille, 1-4 Juillet, Communication 8.2

Taverne, B. 2007. Essais cliniques et médecines traditionnelles - de l'efficacité thérapeutique à la légitimation sociale. Communication orale, Journée scientifique « Valorisation de la médecine traditionnelle au Sénégal et en Afrique », Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

Taverne, B. 2007. Recherche clinique et médecine traditionnelle - télescopage épistémologique et reproduction de l'ordre social. Communication orale, Atelier multidisciplinaire sur les aspects éthiques et juridiques des recherches menées dans les pays à ressources limitées, GISPE, Ecole du Val de Grâce, Paris.

Taverne, B. 2007. Observations issues du comité d'éthique du Sénégal (2003-2006). Communication orale, Atelier multidisciplinaire sur les aspects éthiques et juridiques des recherches menées dans les pays à ressources limitées, GISPE, Ecole du Val de Grâce, Paris.

2008

Baxerres C. Investigate the informal market of pharmaceuticals in Cotonou (Benin): between suspicion of treachery and fears of witchcraft. Communication orale lors de la conférence de l'EASA, août 2008, Lubiana, Slovénie).

Baxerres C. Les motifs d'utilisation populaire et professionnelle des médicaments antipaludiques vendus sur le marché informel à Cotonou. Communication orale lors du séminaire et Atelier « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest », MMSH, mai 2008, Aix-en-Provence, France.

Baxerres C. Savoirs et usages populaires actuels concernant le médicament pharmaceutique à Cotonou : Réflexion anthropologique menée à partir des pratiques de médication populaire contre le « palu ». Conférence réalisée auprès du LASDEL, avril 2008, Parakou, Bénin.

Couderc M., (2008). L'information des participants à une recherche clinique : des recommandations aux pratiques. 15ème conférence ICASA, Dakar (3-7 décembre 2008).

Couderc M., (2008). L'émergence d'un nouveau traitement alternatif dans la prise en charge thérapeutique du sida au Sénégal : discours et pratiques autour de l'usage de l'algue spiruline dans le cadre d'un essai clinique. Communication orale, séminaire « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest » organisé par le CReCSS, Aix-en-Provence (20-23 mai 2008).

Desclaux A., Egrot M., Simon E., Taverne B., Traoré A. et le Groupe d'étude "Traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'ouest", 2008. Les traitements alternatifs et néo-traditionnels du sida dans trois pays d'Afrique de l'ouest : proposition de caractérisation. /15th International Conference on AIDS and STD in Africa/(ICASA), Dakar, 3-7 décembre 2008. Résumé sur CD

Simon E., Egrot M., Taverne B., Traoré A., Sambieni E. Biographies of neo-traditional treatments for AIDS circulating in Benin.

Simon E., Egrot M., Traore A., Sambieni E., Sanon A., Taverne B., 2008. Ethics in experimentation of neo-traditional treatments for HIV/AIDS in Benin, Burkina Faso and Senegal: relativism vs. universalism, XVII international AIDS conference 2008, CD n°MOPE1088, Mexico.

Simon, E., Egrot, M., Taverne, B., Sambieni, E., Sanon, A., & Desclaux, A., 2008. Prescrire des traitements néo-traditionnels du sida : analyse des motivations des personnels médicaux et paramédicaux. Poster

15ème Conférence Internationale sur le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles en Afrique, Dakar, Sénégal. Poster n°506, 5 décembre 2008

Taverne, B. 2008. « Le sida vaincu » le médicament de M. Mamadou Lamine Diabi au Sénégal. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Taverne, B. 2008. Expérimentation humaine et légitimation par la science. A propos des traitements néotraditionnels du sida au Sénégal. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

Taverne, B. 2008. Le Metrafaids et Prometra. Communication orale, Séminaire sur les traitements émergents, Aix-en-Provence, CReCSS/UMR 145 IRD, 21/05/08.

2009 et soumis

Baxerres C. Mobilité des médicaments industriels en Afrique de l'Ouest et évolution du système pharmaceutique en vigueur dans les pays francophones : Réflexions à partir de la question du marché informel du médicament au Bénin. Communication orale prévue lors du colloque « Santé et mobilités au Nord et au Sud : circulations des acteurs, évolutions des pratiques », AMADES, septembre 2009, Toulouse (France).

Desclaux A., soumis. « Babosa » capverdienne, « pulpe » américaine, « African herbal antiretroviral »: Circulations et significations d'une plante de la pharmacopée sénégalaise au temps de la mondialisation

VALORISATION (ARTICLES DE VULGARISATION, CONFERENCES PUBLIQUES, RESTITUTIONS)

2006

Baxerres C. Enquête d'anthropologie sociale sur le marché « parallèle » du médicament au Bénin : Méthodologie et résultats préliminaires. Restitution auprès de l'unité de recherche n°10 (Santé de la mère et de l'enfant en milieu tropical) de l'IRD, Paris, 20 juin 2006.

Baxerres C. Enquête d'anthropologie sociale sur le marché « parallèle » du médicament au Bénin : Méthodologie et résultats préliminaires. Restitution auprès de la Fondation Pierre Fabre, Paris, 28 juin 2006.

Baxerres C. Santé et recours aux soins à Cotonou, les médicaments du marché « parallèle : Méthodologie et résultats Préliminaires ». Restitution auprès de l'Institut du Développement et des Echanges Endogènes (IDEE), Ouidah, 9 octobre 2006.

2007

Baxerres C. Les offres et les usages du médicament industriel à Cotonou : Restitution de la recherche alors que le terrain se termine. Restitution auprès de l'Institut du Développement et des Echanges Endogènes (IDEE), Ouidah, 14 juin 2007.

2008

Baxerres C. Du médicament informel au médicament libéralisé : Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou. Restitution auprès de la Fondation Pierre Fabre, Paris, 18 novembre 2008.

Baxerres C. Le marché informel du médicament : une réalité méconnue par les habitants de Cotonou ! *Le journal de Remed*, 2007, n°34, p 3-4.

Baxerres C. Le médicament localisé ! Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou : Restitution du travail alors que la rédaction a commencé. Restitution auprès de l'Institut du Développement et des échanges endogènes (IDEE), Ouidah, 12 mai 2008.

Couderc M. (2008), Compte rendu du séminaire de formation en anthropologie de la recherche médicale dirigé par Paul Wenzel Geissler : « The Ethics and Political Economy of Medical Research. Anthropological Perspectives ». Université d'été de la Faculté des Sciences Sociales d'Oslo en Norvège (21-25 juillet 2008) pour la Lettre du CReCSS n°13, (co-écrit avec A.Ouvrier) www.mmsh.univ-aix.fr/crecss

Couderc M. 2008. Compte rendu de la Journée Doctorale « *Implication, réflexivité et positionnement des jeunes chercheurs travaillant sur le sida : questions méthodologiques et politiques* » (8-9 avril 2008). Paris. Lettre du CReCSS n°12. Eté 2008 (co-écrit avec S.Musso) www.mmsh.univ-aix.fr/crecss

Simon E., Couderc M. 2008. Compte rendu du séminaire-atelier « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest » organisé par le CReCSS, Aix-en-Provence (20-23 mai 2008), pour la Lettre du CReCSS n°12, www.mmsh.univ-aix.fr/crecss

TRAVAUX ACADEMIQUES

Baxerres C. *Production mondiale de médicaments et politiques pharmaceutiques*. Mémoire du Certificat International d'Ecologie Humaine Option Ecologie Humaine et Santé, Université Paul Cézanne Aix-Marseille, 2008, 48 p.

Baxerres C. Du médicament informel au médicament libéralisé : Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou, Thèse de doctorat d'anthropologie, EHESS – UAC, Paris, soutenance prévue en octobre 2009.

Couderc M. « Anthropologie de la recherches cliniques sur le sida au Sénégal », Thèse de doctorat en anthropologie, UPCAM, soutenance prévue en 2010.

CONFERENCES, COURS

Baxerres C. La distribution pharmaceutique : du médicament informel au médicament libéralisé. Réflexions à partir de la question du marché informel du médicament en Afrique de l'Ouest francophone. Présentation effectuée lors du séminaire de Mr. Cassier, EHESS, 9 février 2009, Paris.

Baxerres C. Le marché informel du médicament à Cotonou, des vendeurs aux médicaments : Démarche d'investigation et résultats préliminaires. Présentation effectuée lors du séminaire du Certificat International d'Ecologie Humaine (Université Paul Cézanne Aix-Marseille III), 23 mai 2007, Aix-en-Provence.

Couderc M., Intervention lors du Séminaire « Ethique en Anthropologie de la santé: valeur heuristique, conflits, pratiques » organisé par le CReCSS. Aix-en-Provence. Présentation intitulée : « *Questionnements sur la pratique ethnographique et la posture éthique de l'anthropologue appréhendées en fin de terrain* » (Janvier 2008)

Couderc M., Participation à la journée doctorale « Implication, réflexivité et positionnement des jeunes chercheurs travaillant sur le sida : questions méthodologiques et politiques » (8-9 avril 2008). Paris. Présentation intitulée : « *Anthropologie de la recherche clinique en matière de VIH au Sénégal. Éléments de réflexion pour la construction d'une posture éthique de l'anthropologue* ».

Couderc M., Participation au séminaire-atelier « Anthropologie des traitements émergents en Afrique de l'Ouest » organisé par le CReCSS en présence d'un des co-financeurs du programme : SIDACTION. Intervention intitulée « *L'émergence d'un traitement alternatif dans la PEC thérapeutique du VIH-sida au Sénégal : discours et pratiques autour des usages de l'algue spiruline* » (Mai 2008).

Taverne B., 2005. Anthropologie des essais cliniques et médecines néo-traditionnelles à Dakar, Cours du Certificat International d'Ecologie Humaine, CReCSS, Aix-en-Provence,

Taverne, B. 2008. Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique. Cours au Certificat International d'Ecologie Humaine, CReCSS, Aix-en-Provence, mai 2008

12. BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- ADAMS V. 2002. Establishing proof: Translating "science" and the State in Tibetan medicine, in Nichter M., Lock M. (eds.). *New horizons in medical anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, London and New York, Routledge: 200-220.
- ADAMS V. 2002. Randomized controlled Crime. *Social Studies of Science*, 32, 5-6:659-690.
- ADAMS V., MILLER S., CRAIG S., NYIMA S., DROYON L., VARNER M. 2005. The Challenge of Cross-Cultural Clinical Trials Research: Case Report from the Tibetan Autonomous Region, People's Republic of China. *Medical Anthropology Quarterly*, 19(3): 267-289.
- ADIKWU M. U. 1996. Sales Practices of Patent Medicine Sellers in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 11(2): 202-205.
- ADOME R. O. 1996. *Popular pills : community Drug Use in Uganda*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- AFDHAL F., WELSCH R. 1998. The rise of the modern jamu industry in Indonesia: a preliminary overview, in Van Der Geest, S., Whyte, S.R. (eds.), *The Context of Medicine in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer: 149-172.
- AIACH P. 1994. Une profession conflictuelle : la pharmacie d'officine, in Aïach P., Fassin D. (ed.), *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos/economica : 309-337.
- AKAKPO Y. 2007. Recherche artisanale et science professionnelle, in Hountondji P. (ed.), *La rationalité une ou plurielle ?*, Codeseria & Unesco : 276-285.
- AKOTO E. M., SONGUE P., LAMLENN S., KEMAJOU J. P. W., GRUENAISS M.-É. 2001. Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville, *Le bulletin de l'APAD, n° 21, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, [<http://apad.revues.org/document101.html>], mis en ligne le : 24 mars 2006. Consulté le 12 juin 2008.
- AKRICH M. 1995. Petite anthropologie du médicament. *Techniques et cultures*, 25-26 : 129-157.
- AKRICH M., DODIER N. 1995. Présentations. *Techniques et Cultures*, 25-26 : I-XI.
- ALUBO S. O. 1994. Death for Sale : A study of Drug Poisoning and Deaths in Nigeria. *Social Sciences and Medicine*, 38(1): 97-103.
- AMSELLE Jean-loup, 2008, *L'Occident décroché, enquête sur le postcolonialisme*, Paris, Stock.
- ANDERSON R. 1990. The Efficacy of Ethnomedicine : Research Methods in Trouble, in Nichter M. (ed.), *Anthropological Approches to the Study of Ethnomedicine*, Gordon, Breach Science Publisher: 1-17.
- APPADURAI A. 1996. *Modernity at large :Cultural dimensions of globalization*. Univ. of Minneapolis Press
- BASTIEN V. 2001. Essais thérapeutiques et droits des personnes. *Transcriptase Sud*, 7.
- BANERJEE M. 2002. Power, culture and medicine: ayurvedic pharmaceuticals in the modern market. *Contribution Of Indian Sociology*, 36, 3: 435-467.
- BANERJEE M. 2005. The long road to Khari Baoli: Environnement Discourse and the Market for Medical Plants, <http://www.indiana.edu/~iascp/Final/banerjee.pdf>. (Consulté le 12 juin 2008).
- BARGES A. 1996. Entre conformisme et changements : le monde de la lèpre au Mali, in Benoist J. (ed.) *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala : 281-314.
- BAXERRES C., BONNET D., TINGBE AZALOU A., Le HESRAN J.-Y. 2006. Le marché informel du médicament en Afrique francophone : raisons historiques de son émergence et perspectives contemporaines.
- BENOIST J. 1993. *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF.

- BENOIST J. 1996. *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala.
- BENOIST J. 1989-1990. Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique, Projections. *La santé du futur, médecine et anthropologie*, 1 : 45-50.
- BENOIST J. 1994. La plante-médicament, entre ses usages et ses témoins. *Ecologie humaine*, VIII(2): 53-61.
- BENOIST J. 1999. A propos du rapport entre dimension technique et médiation symbolique dans le médicament, in Faure O. (ed.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*, Lyon, Fondation Mérieux : 383-394.
- BODE M. 2006. Taking Traditional Knowledge to the Market: The Commoditization of Indian Medicine. *Anthropology and medicine*, Vol. 13 (3) : 225-236.
- BODE M. 1998. On the Consumption of Ayurvedic Pharmaceutical in India : extracting the poison of modernization, in Gevers A. (ed.), *Uit de Zevende : vijftig jaar politieke en sociaal-culturele wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam*, Amsterdam, Spinhuis: 361-371.
- BODE M. 2002. Indian Indigenous pharmaceuticals, tradition, modernity and nature, in Waltraud E. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London, Routledge: 184-203.
- BOECK D. 1991. On Van Der Geest and Whyte's Article "The Charm of Medicines : metaphors and Metonyms". *Medical Anthropology Quarterly*, 5(2): 170-174.
- BONHOMME J. 2007. Anthropologue et/ou initié, l'anthropologie gabonaise à l'épreuve du Bwiti. *Journal des anthropologues, De l'anthropologie de l'autre à la reconnaissance*, 110-111 : 207-226.
- BONNAFE P. 1986. Contrepoint, Afrique Plurielle, Afrique actuelle. *Hommage à Georges Balandier*, Paris, Karthala, 15-22.
- BONVIN E. 2001. Automédication et recours aux soins alternatifs, du comportement déviant à la responsabilité de soi, in Buclin T., Ammon C. (eds.), *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*, Genève, Edition Médecine et Hygiène : 257-264.
- BOURDARIAS F. 1996. Bamako, les guérisseurs au bout du goudron, *Le Journal du sida, numéro spécial Afrique*, n°86-87 :49-52.
- BRUCHHAUSEN W., ROELIKE V. 2002. Categorising 'African medicine' The German Discourse on East Healing Practices, 1885-1918, in Ernst W. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity 1800-2000*, London/New York, Routledge: 76-94.
- BURGHART R. 1988. Penicillin : An Ancient Ayurvedic Medicine, in Van der Geest S., Whyte S.-R. (eds.), *The Context of Medicines in Developing Countries*, Dordrecht/Boston/London, Kluwer Academic Publishers: 289-298.
- COCKS M., DOLD A. 2000. The Role of African Chemists in the Health Care System of the Eastern Cape Province of South Africa. *Social Sciences and Medicine*, 51: 1505-1515.
- CARRETA R. 1998. Ces plantes qui purifient. *Terrain*, n°31.
- CHAMPION F. 2004. Logique des bricolages : retours sur la nébuleuse mystique-ésotérique et au-delà. *Recherches sociologiques, socio-anthropologie de la rencontre des médecines*, vol. XXXV, 1. (O. Schmitz, Ed.).
- CHEVALIER G. 1986. Parasciences et procédés de légitimation, *Revue française de sociologie*, 2 : 205-219.
- CHO M., YE X., DOBS A., COFRANCESCO J. 2006. Prevalence of complementary and alternative medicine use among hiv patients for perceived lipodystrophy. *The journal of alternative and complementary medicine*, 12, 5, 475-482.
- COLLIN J. 2006. Une épistémologie médicale en changement, raisonnements thérapeutiques entre sciences et croyances, in Collin J., Otero M., Monnais L. (eds.). *Le médicament au cœur de la sociabilité contemporaine*, éd. PUQ : 129-152.
- COLLIN J., OTERO M., MONNAIS L. (eds.). 2006. *Le médicament au cœur de la sociabilité contemporaine*, éd. PUQ.
- CORTEN A., MARY A. 2000. *Imaginaires politiques et pentecôtismes, Afrique/Amérique latine*, Paris, éd. Karthala.

- CREUSAT L. 2000. Gestion traditionnelle de la maladie et politique de santé en Afrique du Sud, Clermond-Ferrand, PU Blaise Pascal, 273p.
- DAGOGNET F. 1996. *La raison et les remèdes*. Paris, PUF.
- DE BOERK F. 1991. Commentary on Van der Geest Whyte « The charm of medicines: metaphors and metonyms ». *Medical Anthropology Quarterly*, 5(2) : 170-174.
- DE ROSNY E. 1996. *La nuit les yeux ouverts*, Paris, Seuil.
- DESCLAUX A. 2008. La cueillette des antioxydants, inspirations occidentales des traitements du sida en Afrique", *Workshop Anthropologie des traitements émergents*, Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines, Aix-en-Provence, 19 march 2008.
- DESCLAUX A. 2003. Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. *Anthropologie et Sociétés, Cultures et médicaments*, 5 : 41-58.
- DESCLAUX A., CISS M., TAVERNE B., et al. 2003. Acces to Antiretroviral Drugs and Aids Management in Senegal. *AIDS*, 17(3): 95-101.
- DESCLAUX A., LANIECE I., NDOYE I., TAVERNE B. 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux*. Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., LEVY J. 2003. *Cultures et médicaments, Anthropologie et Sociétés*, 27.
- DESCLAUX A., LEVY J. 2003. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et Sociétés, Cultures et médicaments*, 27(2): 5-21.
- DOBOS G.J., TAN L., COHEN M.H., MCINTYRE M., BAURER R., LI X., BENSOUSSAN A. 2005. Are national quality standards for traditional Chinese herbal medicine sufficient? Current governmental regulations in certain western countries and china as the eastern origin country. *Complementary therapies in medicine*, 13, 183-190.
- DOZON J.-P. 2001. Que penser de la publicité faite à l'invention d'un remède anti-sida en Côte d'Ivoire. *Transcriptase Sud*, 7: 8-10.
- DOZON J.P. 1987. Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire. *Politique africaine*, n°28 : 9-20
- DOZON J.-P. 1996. Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique, in Benoist J., Desclaux A. (eds.), *Anthropologie du sida, bilan et perspectives* : 231-235.
- DOZON J.-P. 2004. Du tolérable et de l'intolérable dans l'épidémie de sida. Un parallèle Occident/Afrique, in Bourdelais P., Fassin D. (eds.), *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte :197-224.
- EGROT M. 2007. An overview on neo-traditional medicines for AIDS in West Africa, *Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings Workshop NAARSP, Satellite AIDSIMPACT 8th International Conference*, Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines, Aix-en-Provence, 01 July 2007.
- ETKIN N. L. 1982. Food as Medicine and Medicine as Food. *Social Sciences and Medicine*, 16: 1559-1573.
- ETKIN N. L. 1992. Side effects : Cultural Constructions and Reinterpretations of Western Pharmaceuticals. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(2): 99-113.
- ETKIN N. L., ROSS P.-J., MUZZAMU I. 1990. The Indigenization of Pharmaceuticals : Therapeutic Transition in Rural Hausland. *Social Sciences and Medicine*, 30(8): 919-928.
- ETKIN N. L., TAN M. L. (eds.). 1994. *Medicines : Meanings and Contexts*, Quezon City, Health Action Information Network and Medical Anthropology Inut.
- EURIN J.J. 1997. You have to be your own doctor. *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 4, Dec., 498-504.
- FAINZANG S. 2001. *Médicaments et société*. Paris, PUF.
- FAINZANG S. 2006. Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin/malade, in Collin J., Otero M., Monnais L. (eds.). *Le médicament au cœur de la sociabilité contemporaine*, éd. PUQ : 267-280.
- FASSIN D. 1986. Illicit Sale of Pharmaceuticals in Africa : Sellers and Clients in the Suburbs of Dakar. *Tropical and Geographical Medicine*, 40: 166-170.
- FASSIN D. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF.
- FASSIN D. 2006. *Que les corps se souviennent*, Paris, La Découverte.

- FAURE V. 2003. Pratiques et discours de guérisseurs sud-africains, in Gobatto I. (ed.). *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Karthala : 203-234.
- GOBATTO I. (ed.). *Les pratiques de santé dans un mode globalisé*, Karthala.
- GEERTZ C. 1998. La description dense : Vers une théorie interprétative de la culture. *Enquête, anthropologie, histoire, sociologie*. 6 : 73-105.
- GEVITZ N. 1993. Unorthodox medical theories, in Roy Porter B. (ed.). *Companion encyclopedia of the History of Medicine*, Vol. 1. Routledge: 603-633.
- GHASARIAN C. 2005. Réflexions sur les rapports entre le corps, la conscience et l'esprit dans les représentations et pratiques néo-shamaniques, in Schmitz O. (ed.). *Les médecines en parallèle. Multiplicité des recours au soin en Occident*, Paris : Karthala.
- GIBBAL J.-M. 1984. *Guérisseurs et magiciens du Sahel*, Paris, Métailié.
- GODFREY B. T. 2007. How not to compare western scientific medicine with african traditional medicine, *DWB*, 7, 1: 41-44.
- GRUENAI S M.-E. 1991. Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo. *La revue du praticien*, 141 : 1483-1490.
- GRUENAI S M.-E. 1996. Thérapeutes traditionnels et sida. *Développement et santé, Le sida dans le monde vers une prise en charge globale*, 121, fév : 26-28.
- GRUENAI S M.-E. 2002. La professionnalisation des 'néo-' tradipraticiens' d'Afrique centrale. *Santé Publique et Sciences Sociales*, 8.
- GURVITCH G., 1969, *La vocation actuelle de la sociologie* (2 tomes), Paris, PUF.
- HAAK H., HARDON A. 1988. Indigenised pharmaceuticals in developing countries : widely used, widely neglected, *Lancet*, 10 : 620-1.
- HAGENBUCHER-SACRIPENTI F. 1994. *Représentations du sida et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Gabon)*, Paris, ORSTOM éd.
- HARDON A. 1987. The Use of Modern Pharmaceuticals in a Filipino Village : Doctors' Prescription and Self Medication. *Social Sciences and Medicine*, 25(3): 277-292.
- HARDON A., BOONMONGKON P., STREEFLAND P. et al. 2001. Use and distribution of pharmaceuticals, *Anthropology of Health and Health Care (Manual)*, in Hardon A., Boonmongkon P., Streefland P. (eds.), *Applied Health Research*, Amsterdam, Het Spinhuis: 97-106.
- HARDON A., ODOI R., WHYTE R. S. 1996. *Populars Pills : Community Drug Use in Uganda*. Amsterdam, Spinhuis.
- 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: 1-6.
- HOUGHTON P. 2003. Herbal Practitioners and Pharmacists in Ghana. *The Pharmaceutical Journal*, 271(7258): 93-94.
- HOURS B. 1992. La santé publique entre soins de santé primaires et management. *Cahiers des sciences humaines*, 28, 1 : 123-140.
- HSU E. 2002. The Medicine from China has rapid effects; Chinese medicine patients in Tanzania. *Anthropology and Medicine*, 9, 3, 291-313.
- JUILLARD A. 2004. Une médecine par terre, savoirs infirmiers dans un dispensaire en pays Diola Adiamat (Nord-ouest de la Guinée Bissau). *Recherches sociologiques, socio-anthropologie de la rencontre des médecines*, vol. XXXV, 1. dir. O. Schmitz.
- KALIS S. 1992. *Manières de dire, manières de faire dans la médecine traditionnelle des Seereer Siin du Sénégal*, Lille : A.N.R.T, Thèse de doctorat en Ethnologie : Strasbourg 2.
- KOENIG B. 1988. The technological Imperative in Medical Practice : The Social Creation Of a Routine Treatment, in Gordon and Look (eds.), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers: 465-496.
- LANIECE I., CISS M., DESCLAUX A. 2003. Adherence to HAART and its Principal Determinants in a Cohort of Senegalese Adults. *AIDS*, 17(Suppl 3): 103-108.

- LAPLANTE J., KAMAT V. R., NICHTER M. 1998. Pharmacies, Self-medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India. *Social Sciences and Medicine*, 47(6): 779-794.
- LAPLANTE J. 2007. Savoirs, médicaments et contextes, *Revue Internationale du Médicament*, 1: 80-103.
- LAPLANTE J. 2003. Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones. *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2 : 59-76
- LAPLANTE J. 2005. Médecine humanitaire et revendications autochtones en Amazonie: corollaires du « développement »? in Pordié L. (éd.) *Panser le monde, penser les médecines. Essais sur les traditions médicales.*, NOMAD RSI, L'Harmattan, Toulouse, France : Chapitre 10 : 209-224.
- LAPLANTINE F., RABEYRON P. 1987. *Les médecines parallèles*, Paris, PUF.
- LATOURE B. 2005. *La science en action, Introduction à la sociologie des sciences*, Paris, La Découverte, 1^{ère} édition 1989.
- LE MARCIS F. 2004. The Suffering Body of The City. *Public Culture*, 16(3): 453-480.
- LE MEUR 1996. Les Courtiers Locaux du Développement – Synthèse. *Le bulletin de l'APAD*, n° 12, Le développement négocié : courtiers, savoirs, technologies, [<http://apad.revues.org/document607.html>], mis en ligne le : 25 avril 2007. Consulté le 24 juillet 2008.
- LE PALEC A. 1996. Mali : les nouveaux guérisseurs urbains en quête d'identité. *Le Journal du sida*, 86-87 : 45-48.
- LECHIN J. 1989. Doctors and Detailers : Therapeutic Education or Pharmaceutical Promotion. *International Journal of Health Services*, 19(4): 663-679.
- LECLERC-MADAHALA S. 2002. Traditional Healers and The Fight Against HIV/aids in South Africa, in FAURE V. (ed.). *Cahiers de l'IFAS, Bodies and Politics, Perspectives on Healing in South Africa*, 2 : 23-39.
- LESLIE C. 1989. Indigenous Pharmaceuticals, the Capitalist World System, and Civilization. *Kroeber Anthropological Society Papers*, 69-79: 23-31.
- LESLIE C. (ed.). 1998. *Asian medical systems*. Delhi, Motilal Banarsidass.
- LESLIE C. 1992. Interpretations of illness. Syncretism in modern ayurveda, in Leslie C., Young A. (eds.). *Paths to Asian medical knowledge*, Berkeley: University of California Press.
- LEVY J.J., GARNIER C. 2007. *La chaîne des médicaments*, éd. PUQ.
- LEVY J.J., LAPLANTE J., BLANC M.-E. 2007. La chaîne du médicament aspects socioculturels, in Lévy J.J., Garnier C., *La chaîne des médicaments*, éd. PUQ : 85-122.
- LE GRAND A., SRINGERYUANG L., STREEFLAND P. 1993. Enhancing Appropriate Drug Use : The Contribution of Herbal Medicine Promotion. *Social Sciences and Medicine*, 36(8): 1023-1035.
- MARKS H. 1999. *La médecine des preuves, histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*, Institut Synthélabo, Collection les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 352.
- MARY A. 2000. *Le bricolage africain des héros chrétiens*, Paris, Cerf.
- MARY A. 2001. En finir avec le bricolage... ?. *Archives des Sciences sociales des Religions*, 116, octobre-décembre, 27-30.
- MAYRARGUE C. 1997. Démocratisation politique et revitalisation religieuse : l'exemple du culte Vodun au Bénin, in Constantin F., Coulon C. (eds.). *Religion et transition démocratique. Vicissitudes africaines*, Paris, Karthala : 133-160.
- MCMILLEN H. 2004. The adapting healer: pioneering through shifting epidemiological and sociocultural landscapes. *Social Science & Medicine*, 59: 889-902.
- MICHEL J.-M. 1985. Why do people like medicine ? A perspective from Africa. *Lancet*, 26: 210-211.
- MICOLLIER E. 2004. AIDS Networks, Social Organisations and Medical Pluralism in China: Southern China and the Mainland Southeast Asia Links. *International Conference Search for Interfaces: Interdisciplinary and Area Studies in Southeast Asia and the Pacific*, Université de Provence, 23-24 juin.
- MICOLLIER E. 2007. Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH/sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, 3 : 31-39.

- MICOLLIER E. 2007. Neo-traditional treatments for AIDS in China: national AIDS treatment policy and local use of TCM (Traditional Chinese Medicine). *Workshop NAARSP, Satellite AIDSIMPACT 8th International Conference*, Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines, Aix-en-Provence, 01 July 2007.
- MOTTA R. 2002. L'expansion et la réinvention des religions afro-brésiliennes: réenchâtement et décomposition. *Archives des Sciences Sociales des Religions*, 117, janvier-mars : 113-125.
- MUHAMMAD B.Y., AWAISU A. 2008. The need for enhancement of research development and commercialization of natural medicinal products in Nigeria, lessons from the Malaysian experience. *African Journal of Traditional CAM*, 5 (2), 120-130.
- NICHTER M. 1994. Illness Semantics and International Health : The Weak Lungs/TB Complex In the Philippines. *Social Sciences and Medicine*, 38(5): 649-663.
- NICHTER M. 2001. Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care medicine use transition, in Nichter M., Nichter M. (eds.), *Anthropology on International Health, Asian Case studies*, London, New-York, Routledge.
- NICHTER M. 1990. Introduction, in Nichter M. (ed.) *Anthropological Approches to the Study of Ethnomedicine*, Gordon, Breach Science Publisher: ix-xix.
- NICHTER M., VUCKOVIC N. 1994. Understanding Medicine Use in the context of social transformation, in Etkin N., Tan M. (eds.), *Medicines: Meanings in Context*, Hains Pub., Quezon City: 287-305.
- NICHTER M., VUCKOVIC N. 1994. Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice. *Social Sciences and Medicine*, 39(11): 1509-1525.
- NIQUETTE M. 2007. La publicité pharmaceutique dans la mire des études en communication, in Lévy J.J., Garnier C., *La chaîne des médicaments*, éd. PUQ : 259-294.
- NYIKA A. 2007. Ethical and regulatory issues surrounding african traditional medicine in the context of HIV/aids. *Developping World Bioethics*, 7, 1: 25-34.
- PETRYNA A., LAKOFF A., KLEINMAN A. 2006. *Global Pharmaceuticals : Ethics, Markets, Practices*, Duke University Press, Durham.
- PALE A., LADNER J. 2006. Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociaux et aux effets thérapeutiques racontés. *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 16, 2 : 113-117.
- PIALOUX G. 2001. Affaire Therastim : l'espoir et les doutes. *Transcriptase Sud*, 7.
- PORDIE L. 2005. Emergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines, in Pordié L. (ed.). *Panser le monde, penser les médecines*, Karthala : 225-267.
- PORDIE L., SIMON E. (eds.), À paraître. *Les nouveaux guérisseurs, biographies de thérapeutes néo-traditionnels*.
- PORTER R. 1994. Quacks : an unconscionable time dying, in Budd S., Sharma U. (eds.), *The Healing Bond, the patient-practitioner relationship ant therapeutic responsibility*, London, New York, Routledge: 63-81.
- RASMUSSEN A. 2005. La résistible ascension du comprimé. Pharmaciens, médecins et publics face aux nouvelles formes pharmaceutiques, in Bourdelais P., Faure O. (eds.), *Les nouvelles pratiques de santé, XVIIIe-XXè siècles*, in *Les nouvelles pratiques de santé, XVIIIe-XXè siècles*, Paris, Belin : 103-123.
- REISS R. 2002. Medical Pluralism and the Bounding of Traditional Healing in Swaziland, in Ernst W. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity 1800-2000*, London, éd. Routledge : 95-112
- REYNOLDS-WHYTE S. 1992. Pharmaceuticals as folk medicine : transformations in the social Relations of health care in Uganda. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 163-186.
- REYNOLDS-WHYTE S., VAN DER GEEST S., HARDON A. (eds.) 2002. *Social Lives of Medicine*, Cambridge, Cambridge University.
- RÉSEAU MÉDICAMENTS ET DÉVELOPPEMENT. 2003. *Médicaments traditionnels, Remed*, 27: 13-17.
- SAILLANT F. 1987. Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec, *Santé mentale au Québec*, XII, 1 : 20-28.
- SCHIMTZ O. 2005. Des fleurs pour soigner les affects. L'usage des remèdes du Dr Bach par les guérisseurs syncrétiques, in Pordié L. (ed.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala : 307-320.
- SCHMITZ O. 2006. *Soigner l'invisible*, Paris, Imago.

- SCHUSTER-CAMPBELL S. 1998. *Called to heal, African Shamanic Healers*, Zebra Press.
- SIMON E. 2004. *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, dir. Duval M. UPV, Montpellier III, 533p.
- SIMON E. (à paraître). Médicaments néo-traditionnels : questions de définition, in Egrot M., Desclaux, A. (eds.), *Anthropologie du médicament*.
- SIMON E., EGROT M., TRAORE A., SAMBIENI E., TAVERNE B. 2007. Biography of neo-traditional treatments for AIDS circulating in Benin. *AIDSIMPACT 8ème Conférence Internationale*, Marseille, 04 Juillet.
- SIMON E., EGROT M., TRAORE A., TAVERNE B., SAMBIENI E., SANON A., DESCLAUX A. 2008. Prescrire des traitements néo-traditionnels du sida : analyse des motivations des personnels médicaux et paramédicaux. *15th International Conference on AIDS and STD in Africa (ICASA)*, Dakar, 6 Décembre 2008.
- SIMON E. 2002. Les stratégies de valorisation des 'médecines traditionnelles' au Bénin. *Grille de lecture de nouveaux enjeux religieux urbains*, in Massé R., Benoist J. (eds.). *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala : 197-213.
- SIMON E. 2003. Une exportation du new age en Afrique ? *Cahiers d'Études Africaines*. XLIII (4), 172 : 883-898
- SHARMA U. 1994. The equation of responsibility, Complementary practitioners and their patients, in Budd, S. and Sharma, U. (eds). *The Healing Bond: The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*, New York, London, Routledge : 82-107.
- STOCK R. 1985. Drugs and underdevelopment : a case study of Kano state, Nigeria, in Jackson B., Ugalde A. (eds.). *The impact of development and Modern Technologies in Third World Health*, Virginia, Studies in Third World Societies: 115-140.
- SOKAL A., Bricmont J., Hochstedt B. (eds.). 2005. *Pseudosciences & postmodernisme: Adversaires ou compagnons de route ?*, Odile Jacob, Paris.
- TAN M. L. 1989. Traditional or transitional medical systems ? Pharmacotherapy as a case for analysis. *Social Sciences and Medicine*, 29(3) :301-307.
- TAN M. L. 1999. *Good Medicine, Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis, 325p.
- TAVERNE B. 2001. L'implacable tradition. *Transversal*, n°17, décembre-janvier, 16.
- TAVERNE B. 2001. Enjeux individuels et collectifs autour de la circulation des antirétroviraux. *Transcriptase Sud*, 6.
- TONDA J. 2002. *La guérison divine en Afrique Centrale*, ed. Karthala.
- TONDA J. 2001 Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires. *Cahiers d'Études africaines*, 161, XLI-1 : 139-162.
- TROSTLE J. 1996 Inappropriate Distribution of Medicine by Professionals in Developing Countries. *Social Sciences and Medicine*, 42(8): 1117-1120.
- VAN DER GEEST S. 1982. The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration. *Medical Anthropology*, 6, 4: 197-219.
- VAN DER GEEST S. 1982. The efficiency of Inefficiency. Medicine distribution in South Cameroun. *Social Sciences and Medicine*, 16: 2145-2153.
- VAN DER GEEST S. 1983. Propharmacies : a problematic means of drug in rural Cameroun. *Tropical Doctor*, Jan.: 9-13.
- VAN DER GEEST S. 1983. Non information for patient : sealing drug in developing countries. *Pharmacy International*, Feb.: 42-43.
- VAN DER GEEST S. 1984. Anthropology and pharmaceuticals in developing countries – II. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(3): 59-62.
- VAN DER GEEST S. 1987. Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon. *Social Sciences and Medicine*, 25, 3 :293-305.

- VAN DER GEEST S. 1987. Pharmaceuticals in The Third World : The Local Perspective. *Social Sciences and Medicine*. 25(3): 273-276.
- VAN DER GEEST S. 1992. Marketplace Conversations in Cameroon : How and Why Popular Medical Knowledge Comes into Being. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 1: 69-90.
- VAN DER GEEST S. 1997. Is the role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspectives. *Tropical Medicine And International Health*, 2, 5: 903-911.
- VAN DER GEEST S., HARDON A. 1988. Drug use, methodological suggestions for field research in developing countries. *Health Policy and Planning*, 3(2): 152-159.
- VAN DER GEEST S., SPECKMANN J., STREEFLAND P. 1990. Primary Health Care in a Multi-level Perspective : Towards a Research Agenda. *Social Sciences and Medicine*, 30(9): 1025-1034.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. 2003. Popularité et scepticisme, opinions contrastées sur les médicaments, *Anthropologies et Sociétés, Cultures et médicaments*, 27, 2: 97-117.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. 1989. The Charm of Medicines : Metaphors and Metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4): 345-367.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. 1988. *The Context of Medicines in Developing Countries*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., HARDON A. 1996. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-178.
- VIBEKE R.A. 1990. Injections : a fatal attraction ?. *Social Sciences and Medicine*, 31(n°10): 1119-1125.
- WAYLAND C. 2003. Contextualizing the Politics of Knowledge : Physicians' attitude toward Medicinal Plants. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4): 483-500.
- WAYLAND C. 2004. The failure of Pharmaceuticals and the Power of Plants : medicinal discourse as a critique of modernity in the Amazon. *Social Sciences and Medicine*, 58(12): 2409-2419.
- WEBER F. 2008. Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés. *Genèses*, 1, n°70 : 140-150.
- WOLFERS I. 1988. Traditional practitioners and western pharmaceutical in Sri Lanka, in Van Der Geest S., Whyte S.R., *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Het Spinhuis Publishers.
- XABA T. 2002. The Transformation Of Indigenous Medical Practice in South Africa (1985 to 2000), in Faure V. (ed.), *Cahiers de l'IFAS, Bodies and Politics, Perspectives on Healing in South Africa*, 2: 23-39.
- YLA-BOUMPOTO M. 1996. De l'impasse thérapeutique au salut spirituel. *Le journal du sida, numéro spécial Afrique*, n°86-87 : 37-39.
- YOVEY P., EASTHOPE G., ADAMS J. (eds). 2004. *The mainstreaming of complementary and alternative medicine. Studies in social context*. London & New York, Routledge
- ZIMMERMAN F. 1995. *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*, Paris, Presses Universitaires de France.

13. ANNEXES

13.1. COMPTE-RENDU DU SEMINAIRE 2008

Lettre du CReCSS n°12, pp. 10-11, 2008

E. Simon, M.Couderc

Ce séminaire et cet atelier ont été organisés en lien avec deux programmes de recherche portés par le CReCSS et ayant trait à l'anthropologie du médicament : « Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest », (coord. par M. Egrot & A. Traoré, ANRS 12111/Sidaction) et « Médicaments émergents dans le contexte de mondialisation : produits, acteurs, savoirs et usages » (coord. par A. Desclaux, Prosodie/IMEA). Ceci fut l'occasion pour les différents chercheurs, Nord et Sud, impliqués dans ces programmes d'échanger sur leurs outils, concepts et résultats et de discuter des spécificités et convergences observées d'un site à l'autre du programme de recherche (Bénin/Togo, Burkina Faso, Sénégal). Sur un modèle équivalent, une autre rencontre est prévue en septembre à Strasbourg entre les chercheurs du programme portant sur les traitements néo-traditionnels du sida et ceux impliqués dans le programme de recherche « Des systèmes médicaux pluriels de recours non conventionnels pour les personnes atteintes de cancer (France, Belgique, Suisse) » (coord. par P. Cohen, INCA). Trois représentantes de Sidaction avaient aussi fait le déplacement pour le séminaire (P. De Carli, directrice des programmes scientifiques, M. De Cenival, responsable du programme « informed consent » et J. Langlois, pharmacienne). Le séminaire fut donc aussi un temps important de restitution et de partage de vues entre chercheurs et bailleurs du programme de recherche sur les traitements néo-traditionnels du sida.

Chaque participant a présenté une ou plusieurs communications ethnographiques (biographie de traitement, monographie du marché informel, ethnographie d'essai clinique/thérapeutique). Deux grands moments de la chaîne du médicament ont été plus particulièrement décrits et analysés : l'expérimentation des produits (conceptions émiques de la « recherche clinique » et de la « science », niveau d'appropriation de outils et des paradigmes scientifiques selon les acteurs impliqués) et la distribution de ces derniers (développement des sociétés à vente directe en réseau, marché informel du médicament).

Si l'accent a été mis sur ces segments de la vie du médicament, c'est que la problématique du séminaire était centrée sur les enjeux de légitimation autour de ces traitements puisant dans des registres multiples détaillés par M. Egrot : traditionnels, confessionnels, politiques, scientifiques et économiques, etc. Le public a toutefois exprimé des regrets constatant l'absence de communications portant sur la consommation de ces produits (processus décisionnels, itinéraires thérapeutiques, interaction avec la prise en charge biomédicale). Les motifs d'adhésion et les changements sociaux favorisant un engouement populaire pour tel ou tel produit furent toutefois abordés dans les communications portant sur les médicaments du marché informel au Bénin (C. Baxerres) et au Burkina Faso (B. Bila). Comme le constatait E. Simon, la question de la légitimité pourrait être divisée en deux sous thèmes : 1. comment un produit est rendu légitime au sens d'acceptable et/ou désirable pour les acteurs concernés (prescripteurs, vendeurs, consommateurs) ? 2. comment des traitements peuvent s'inscrire dans des stratégies de construction de légitimité des acteurs (« inventeurs », chercheurs, promoteurs) au sens weberien du terme (associé à un rapport de domination et déclinée en légitimités charismatique, légal-rationnelle et traditionnelle).

De nombreuses communications ont décrit combien les protocoles d'expérimentation des traitements néo-traditionnels déployés par les « inventeur », promoteur ou scientifiques posaient des questions méthodologiques et éthiques (M. Couderc, B. Taverne, M. Egrot, E. Simon). B. Taverne a décrit selon le type d'acteur engagé la variation de la perception des essais thérapeutiques (la certitude du guérisseur et sa demande de constat d'efficacité, la tendance au contournement des procédures formelles chez les promoteurs de traitements, la connaissance et l'appropriation variées des procédures chez les professionnels de santé et universitaires et leur assujettissement aux desiderata de personnalités politiques locales). A. Mercan, prenant pour objet les formations en ethnopharmacologie en France, a décrit différents mécanismes analogiques qui permettent de valider la tradition par la science (usage ancien qualifié de

« méta-analyse », confusion entre usage et efficacité conduisant à parler d' « évidence ethno-médicale », etc.). Cette communication a permis de mettre en lumière un ensemble de bases scientifiques sur lesquelles s'appuient aussi certains acteurs impliqués dans les expérimentations des traitements néo-traditionnels en Afrique de l'Ouest. Les participants ont souvent souligné que les écarts méthodologiques et éthiques, la violence de certaines pratiques de la « science », n'étaient pas spécifiques aux recherches menées dans le secteur des traitements néo-traditionnels. Il ne s'agissait pas, en effet, de porter un regard franco-scientiste, stigmatisant de « mauvais objets scientifiques » investis par les chercheurs au Sud aux « mauvaises pratiques ». L'ensemble des communications contribuait plutôt à esquisser un tableau décrivant les changements en cours dans le champ de la production des connaissances : comment la science se construit, comment elle fabrique ses objets et combien les conditions matérielles, humaines, institutionnelles dans lesquelles elle s'inscrit localement sont déterminantes.

La similitude entre certaines dérives mercantiles décrites concernant les traitements néo-traditionnels (coût des produits, logiques économiques des acteurs) et celles touchant le secteur biomédical (usages et indications abusifs de certaines spécialités) fut aussi soulignée (M. De Cenival, A. Mercan). A. Desclaux a présenté une communication mettant en regard la trajectoire différenciée de deux produits alternatifs issus des pays du Nord exportés sur le continent africain : la papaye fermentée et l'Aloe vera. A la différence du premier, la « greffe » du second s'est faite avec succès. Elle ne s'est pas appuyée seulement sur le produit vendu, mais sur l'organisation de vente pyramidale construite sur la vulgate libérale promettant santé, bonheur et réussite économique à tous acteurs prêts à devenir la cheville ouvrière de l'entreprise. On observe alors de fait, un effacement de la fonction de prescription au profit de celle de distribution, phénomène percevable aussi dans le cadre du marché informel du médicament. C. Baxerres a ainsi décrit comment certains professionnels de santé s'approvisionnent au marché plutôt qu'aux officines ou aux centrales d'achat. Cette communication montrait que les fonctions de prescription et de distribution se mêlent ; la distribution s'imposant in fine face à la prescription favorisant d'autant plus les pratiques d'automédication.

La majorité des contributions étaient, en outre, traversées par la question de la mondialisation. Les représentations associées aux traitements émergents apparurent bipolarisées, construites selon les images du Nord et de ces objets circulant parmi les acteurs, entre crédit (science, innovation, sûreté, commodité, etc.) et discrédit (industrie pharmaceutique, biopiraterie, chimie, etc.). A. Desclaux nous invitait à considérer la mondialisation sanitaire comme la capacité à diffuser les mêmes produits dans des contextes variés et nous engageait à distinguer ce qui relève de l'adaptation de concepts extérieurs et ce qui relève d'innovations structurelles endogènes. M. Egrot a décrit le parcours et les ajustements progressifs du Viralgic (statuts juridiques revendiqués du produit, indications) inventé en France, puis exporté en Afrique via un laboratoire dans une micro-principauté océanienne (Hutt River).

Enfin, une journée était consacrée aux questions d'éthiques et de déontologie des chercheurs. En guise d'introduction, les responsables du programme portant sur les traitements néo-traditionnels du sida ont tenu à rappeler des éléments de contexte : l'absence de formalisation d'une éthique de la recherche en sciences sociales en France, la démarche pionnière de ce programme en anthropologie de la santé, premier à avoir appliqué la charte d'éthique de l'ANRS, à avoir été soumis aux comités d'éthiques nationaux et à devoir appliquer des protocoles éthiques prédéfinis (note d'information, formulaire de consentement, devoir d'information des malades sur les dispositifs de santé, etc.). B. Bila, E. Simon et M. Couderc ont rendu compte des difficultés rencontrées dans la procédure d'information des patients. Elles ont argumenté sur les limites d'un modèle biomédical transféré vers les sciences sociales et sur leurs réticences à appliquer certaines procédures de manière systématique. Des participants exprimèrent leurs réserves et s'étonnèrent du fait que des règles avaient été adoptées en début de programme sans que les chercheurs ne les aient suivies. Pourquoi ne pas avoir communiqué plus tôt ces difficultés avec le financeur ? Le caractère pionnier du programme en matière d'application des règles d'éthique lui a en réalité permis d'éprouver certaines difficultés à appliquer une éthique formalisée. Les représentants de Sidaction proposèrent aux membres de l'équipe une réflexion conjointe sur cet aspect.

Une autre question délicate fut discutée : celle de la restitution des résultats. A. Desclaux insista sur la nécessité de répondre à la question « des pertes de chance » des personnes ayant choisi un traitement néo-traditionnel et qui ainsi ne sont pas mises sous traitements ARV. Et elle s'interrogeait sur comment rendre compte sachant qu'il existe un risque pour le chercheur (fermeture de l'accès au terrain, poursuites en diffamation, etc.). B. Bila et A. Traoré ont ainsi exprimé leurs inquiétudes et leurs difficultés à assumer un rôle de chercheur sur un tel programme du fait de leurs statuts de chercheur à « domicile » (retombée négative sur la carrière professionnelle, accès ultérieur au terrain). La stratégie de publication par le jeu d'articles transversaux ou localisés, anonymisés ou non (lorsque c'est possible), dans des revues à diffusion locale ou internationale, sera établie en fonction de ces aspects. M. Egrot rappela que le programme se voulait multi-sites justement pour permettre d'avancer des analyses générales détachées des cas particuliers.

Au cours de ce séminaire, les responsables du programme de recherche ont affiché leur volonté d'inscrire ces travaux dans une démarche appliquée et impliquée. L'intérêt témoigné par l'équipe de Sidaction permettait d'envisager ensemble les modalités de mise en forme et de diffusion des résultats de la recherche. Ceci nous a conduits à discuter des risques et des écueils possibles au stade de la restitution des résultats. Pour P. de Carli, un des écueils qu'il faut absolument

éviter et la possibilité que les descriptions de produits néo-traditionnels apparaissent comme une caution donnée à ces produits par les anthropologues. Elle insista sur le fait que les anthropologues doivent avoir une position claire dès le départ de l'enquête sur leur manière de voir la recherche biomédicale et la médecine traditionnelle. Elle proposa aux chercheurs de rédiger un texte explicitant la posture arrêtée, et suggéra d'inscrire le propos dans l'historique des travaux menés dans le cadre du CReCSS ou de l'UMR 145 (notamment concernant le plaidoyer pour la gratuité des ARV). Les représentants de Sidaction dirent, à plusieurs reprises, que Sidaction pourrait appuyer les chercheurs et relayer leurs informations dans le cas où ils seraient dans l'impossibilité de dénoncer une situation jugée pourtant inacceptable. Ceci conduisit l'anthropologue à envisager un nouveau registre d'intervention, celui du lobbying, l'obligeant à penser autrement l'intervention et les usages qu'on peut en faire. A la proposition de rédaction de fiches présentant les traitements inventoriés sur le terrain, les responsables de Sidaction rappelèrent la possibilité de solliciter des financements complémentaires si ces fiches étaient retravaillées avec les associatifs locaux afin d'en faire des outils exploitables et exploités de restitution des résultats.

Contacts : M. Egrot marc.egrot@orange.fr / A. Traoré traorabdoulay@yahoo.fr / A. Desclaux alice.desclaux@ird.fr

13.2. NOTE D'INFORMATION DESTINEE AUX PERSONNES CHARGEES DE PROPOSER A DES PVVIH DE PARTICIPER AU PROGRAMME

Cette note d'information est le résumé de ce qui sera exposé

Elle est développée, détaillée ou adaptée en fonction des personnes et des questions posées

Cette présentation sera faite oralement par l'un des chercheurs du programme. Elle est accompagnée d'une présentation résumée du programme et de la note d'information au PVVIH.

Ce programme est une étude anthropologique qui porte sur les traitements néo-traditionnels du sida. Elle est menée par l'IRD, le SHADEI, l'université d'Aix-Marseille (CReCSS) et le CNRS. Elle est promue et financée par l'ANRS et par le ministère français de la Recherche. Elle a obtenu un avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé et une autorisation de recherche (référence n° 2005-018).

L'objectif de cette étude est de comprendre les difficultés et le vécu des personnes vivant avec le VIH, en particulier dans leur recours aux soins ou dans la prise de médicaments néo-traditionnels. Il s'agit d'une étude menée par des anthropologues. Elle est indépendante des services de santé et des autres projets de recherche auxquels la personne aurait éventuellement participé. Ce programme ne propose donc aucun acte médical (ni consultation, ni prélèvement, ni soin, ni traitement).

Les chercheurs qui réalisent cette étude sont des anthropologues, spécialisés sur les questions de maladie, en particulier ses dimensions sociales et culturelles. Le travail que nous voulons réaliser est qualitatif. Il ne peut se faire avec de simples questionnaires et impose des entretiens approfondis et répétés nécessairement menés par l'un des scientifiques du programme. Les thèmes abordés lors des entretiens porteront sur les conditions d'accès, de prescription, de délivrance et sur le vécu des traitements néo-traditionnels du sida.

Les personnes vivant avec le VIH concernées par l'étude seront des hommes ou des femmes de tout âge, avec des niveaux scolaires et économiques différents, de milieux professionnels variés, avec ou sans traitement, etc. Aucun critère médical, sociologique ou culturel ne doit donc orienter vos choix dans un premier temps. Le seul critère important est qu'elles aient eu recours ponctuellement ou régulièrement à un traitement traditionnel ou néo-traditionnel. Si en cours d'étude, les chercheurs ont besoin de diversifier le groupe de personnes avec lesquelles ils travaillent, ils vous contacteront afin de vous préciser les critères à prendre en compte.

Les personnes vivant avec le VIH sollicitées devront nécessairement être informées par vous des points suivants :

- la participation à cette étude est totalement libre et bénévole et la personne peut refuser d'être mise en contact avec les chercheurs de ce programme sans avoir à fournir de justification et sans subir aucun préjudice,

- si elle accepte de rencontrer l'un des chercheurs du programme, une information détaillée sur la nature et le déroulement de l'enquête lui sera fournie afin qu'elle puisse décider si elle veut ou non participer à cette recherche,

- avant d'exprimer son consentement, il lui sera possible d'exiger la présence d'une tierce personne de son choix ou un délai de réflexion. Elle pourra elle-même choisir le lieu de la rencontre.

- quelle que soit sa décision, toute information la concernant restera strictement confidentielle et protégée par les règles strictes du secret professionnel auxquelles sont soumis les chercheurs. Il lui sera possible à tout moment de revenir sur sa décision.

Les personnes qui accepteront d'être mises en contact avec les chercheurs du programme pourront choisir le lieu et les conditions de cette première rencontre. Lorsque cette rencontre entraînera des frais de déplacements ou de téléphone, les personnes seront remboursées.

Coordonnées des chercheurs :

13.3. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PVVIH

Je soussigné(e) M....., certifie avoir parfaitement compris le contenu du présent formulaire et de la note d'information qui m'ont été présentés et commentés. J'en ai discuté avec M....., qui m'a expliqué la nature et les objectifs de cette étude. J'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu des réponses satisfaisantes pour chacune d'entre elles. J'ai eu la possibilité de faire appel à une tierce personne pour éclaircir l'ensemble des interrogations soulevées par ma participation à cette recherche.

Je comprends les conditions de ma participation, en particulier que j'avais la possibilité de ne pas participer à ce programme et que malgré mon accord à participer, j'ai le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me seront posées lors des entretiens sans avoir à fournir de justification. Je connais la possibilité qui m'est réservée d'interrompre à tout moment ma participation à ce programme sans avoir à justifier ma décision, ni à en subir un quelconque préjudice.

J'atteste avoir été informé des faits suivants :

- les personnes qui réalisent cette recherche sont tenues au respect du secret professionnel et s'engagent à prendre les mesures nécessaires à la conservation de la plus stricte confidentialité. Mon identité fera l'objet d'une codification avant enregistrement et traitement informatique et ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découleront,

- cette enquête est indépendante des services de soin et des projets de recherche auxquels j'ai éventuellement participé jusqu'à présent,

- l'enquête ne comprend aucun acte médical (ni consultation, ni prélèvement, ni soin, ni traitement). Les membres de l'équipe de recherche seront néanmoins en mesure, si j'en exprime le besoin, de m'informer sur les lieux de prises en charge disponibles les plus adaptés à ma situation.

J'accepte que les données recueillies à l'occasion de ce programme puissent faire l'objet d'un traitement informatique et de publications scientifiques. J'ai bien noté que mon droit d'accès aux données me concernant s'exerce à tout moment pendant la durée du programme auprès des chercheurs et que je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition.

Mon consentement ne décharge en rien les personnes réalisant cette étude de leurs responsabilités. J'accepte librement de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans la note d'information et dans ce document.

Fait à, le

Signature

Je soussigné(e) M....., investigateur de l'étude, certifie avoir communiqué à M..... toutes les informations utiles sur les objectifs et les modalités de cette étude.

Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, afin de mener cette recherche dans les meilleures conditions, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.

Fait à, le *Signature*

Facultatif en cas de participation d'un tiers à l'expression du consentement :

Je soussigné(e) M....., certifie que M..... a été informé dans la clarté des objectifs et des conditions de réalisation de la recherche et que l'expression du consentement s'est faite en toute liberté.

Fait à, le*Signature*

13.4. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES VENDEURS DE TRAITEMENTS NEO-TRADITIONNELS

Pour chaque entretien : Lieu et date de l'entretien, initiales transformées, code entretien

Approche narrative

Points à aborder hors des entretiens

Modalités de contact avec la personne et conditions de l'entretien (à rédiger immédiatement après l'entretien ou à enregistrer vocalement à la suite de l'entretien)

Décrire pour le premier entretien les modalités de prise de contact, qui a servi d'intermédiaire avec l'équipe de recherche (avec éventuellement son rattachement institutionnel), dans quelles conditions

s'est déroulé le premier entretien et la présentation de la recherche.

Pour les entretiens suivants, décrire ce qui s'est passé depuis le dernier entretien en termes de relations d'enquête et les modalités de reprise de contact.

Décrire le lieu où se déroulent l'entretien et les conditions de sa réalisation, éventuellement les problèmes rencontrés.

Points à aborder lors des entretiens

I. Présentation de la personne ayant accepté l'entretien

1. Est-ce que vous pourriez vous présenter ?

Laisser la question vague et ouverte. La manière spontanée de se présenter est importante.

Selon « l'ambiance » de l'entretien et dans la plupart des cas ne pas commencer par cette question (sauf lorsque préexiste une relation antérieure « empathique » qui éventuellement le permet), mais penser à y revenir après.

2. Points à ne pas oublier :

âge, sexe, religion, ethnie ou nationalité, niveau de scolarité, profession, statut matrimonial, nombre d'enfants, condition de vie (location, en famille, propriétaire, nombre de personnes dans la cour, etc.), description de la famille (parents, fratrie, enfants), itinéraire professionnel.

3. L'itinéraire professionnel et la formation :

Pouvez-vous retracer ce trajectoire « professionnelle » (différentes étapes de la « carrière » jusqu'à la « profession » actuelle) ?

Comment êtes vous devenu infirmier/médecin/associatifs/guérisseur, etc. ? Quelle formation/initiation/apprentissage avez-vous suivi ? A quelle époque ? Où ? Auprès de qui ?

Combien de temps ? (pourquoi, qu'est-ce qui vous a amené à...) Faites-vous parti d'une association de thérapeutes ? Si oui, laquelle ?

Diriez-vous que vous êtes un guérisseur ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous différencie d'un guérisseur traditionnel ? (creuser les termes de « chercheurs », « phytothérapeutes », etc. : qu'est que vous entendez par « chercheurs », « phytothérapeutes », « docteur », etc.)

Pouvez-vous raconter à partir de quand la prise en charge du VIH/sida a tenue une place dans cet itinéraire professionnel ? Et quelle place la prise en charge du VIH tient-elle actuellement dans cette carrière professionnelle ?

Il importe que ces informations soient scrupuleusement recueillies à un moment ou l'autre de la relation d'enquête. MAIS surtout ne pas le faire sous la forme d'un interrogatoire administratif ou policier et ne pas commencer un entretien par ce type de questions surtout lors du premier. Essayer d'obtenir ces informations dans le fil du discours, ou en posant les questions au moment qui vous semble le plus opportun. Pour les points à aborder en 2, il s'agit d'informations simples qui peuvent être recueillies en dehors d'un entretien formel au cours des deux ans du programme.

III. Vendeurs

1. Descriptif du produit (à reprendre pour chaque produit s'il y en a plusieurs ainsi que les questions qui suivent, en particulier explorer les produits concernés par le programme PROSODIE : douleurs, drépanocytose, paludisme, MST, maladie de la sexualité)

Pourriez-vous me parler des produits que vous vendez ?

Comment s'appelle-t-il ? Savez-vous si ce nom signifie-t-il quelque chose ?

Pouvez-vous décrire le produit (emballage, étiquette, etc.) ?

La posologie est-elle précisée ? Existe-t-il différentes posologies selon les malades (âge, sexe, état clinique) ? Quelle quantité, combien de fois par jour et pendant combien de temps ? (pour chaque indication ou chaque catégorie de malades, reposer la question, en cas de différences de posologie en fonction des indications ou de la catégories de malades, demandez pourquoi les doses sont différentes) ?

La composition du produit est-elle indiquée ? Si non la connaissez-vous ? Et d'où tenez-vous ces informations ? Savez-vous si ces composants font partie de la pharmacopée nationale ? Savez-vous s'il existe des publications sur les principes actifs de ces composants ? Est-il précisé s'il existe des contre-indications à la prise de ce traitement ? S'il existe des effets secondaires possibles ?

Pouvez-vous m'expliquer ce que ce produit peut traiter (à ce niveau, il est indispensable de pénétrer la représentation de la maladie traitée dans la pensée du thérapeute : exploration des symptômes, pathogénèse et physiopathologie, étiologie, évolution sans et avec traitement) ?

Pouvez-vous m'expliquer quel est le résultat attendu (prévention, guérison, traitement de fond, complément à un autre traitement, soulagement des symptômes, le cas échéant lesquels, etc.) ?

Pouvez-vous m'expliquer comment ce produit agit sur la maladie ? Sur les maladies opportunistes ?

Pouvez-vous m'expliquer comment il agit sur l'organisme des malades ?

Pour le VIH, le produit agit-il sur le virus ? Comment agit-il ? (Le produit provoque-t-il une élimination du virus ? De quelle manière ?) (idem pour le parasites du paludisme en cas de traitement du paludisme) ?

Existe-t-il des régimes à suivre ? Lesquels ? Pourquoi ? Des traitements à ne pas prendre en même temps ? Lesquels ? Pourquoi ? Des comportements particuliers à tenir ? Lesquels ? Pourquoi ? Existe-t-il des interdits à respecter pendant le traitement ? Lesquels ? Pourquoi ? Existe-t-il des contre-indications ? Des effets secondaires ?

Quel est l'apport de ce produit par rapport au traitement pharmaceutique ? Plus particulièrement par rapport aux ARV ?

2. Circonstances de la découverte du produit et décision de vendre

Comment avez-vous eu connaissance de ce traitement ? Où et quand en avez-vous entendu parler pour la première fois ? Qu'est-ce qui était dit ? Y-a-t-il eu d'autres occasions par la suite où vous en avez entendu parlé ? Quand et où en avez vous entendu parler ces autres fois ? Qu'est-ce qui était dit ?

Qui vous en a parlé (les différentes fois) ? Qui vous l'a présenté ? Parmi le(s) personne(s), y en a-t-il en qui vous aviez particulièrement confiance ? (approfondir la nature du lien social unissant les différents acteurs avec le locuteur, en particulier s'il existent des liens de parenté, mais aussi recueillir les informations sur le sexe des acteurs, leur âge/relatif par rapport au locuteur, l'inscription dans un rapport de génération et tenter d'évaluer si ces éléments ont joué un rôle dans la décision de prendre le traitement).

Parmi, les personnes qui vous ont parlé de ce traitement, y avait-il des professionnels de la santé ? Qui ? (position dans le système de santé : infirmier, médecin, aide-soignant, sage-femme, conseiller associatif, etc.) Depuis quand connaissez-vous ces professionnels ? Où exercent-ils ?

Si parmi les personnes qui vont ont parlé du produit figure l'inventeur : comment vous as-t-il présenté son produit ? Le connaissiez-vous avant qu'il n'élabore son produit ? - Si oui, cela a-t-il joué un rôle dans votre décision de vendre ce produit ? Et pourquoi ? - Si non, que savez-vous de lui ? Selon vous est-ce une personne de confiance ?

Aviez-vous entendu des émissions ou lu des écrits sur ce produit avant de les vendre ? Avez-vous entendu des émissions ou lu des écrits sur ce produit après avoir commencé à les vendre ? Qu'est-ce que vous avez pensez de ce que vous avez entendu/lu ?

Avant de vendre ce produit, connaissiez vous des personnes vivant avec le sida qui avaient

déjà pris ce traitement ? Si oui, qu'est-ce que ces personnes vous avaient dit sur ce produit ? Qui étaient ces personnes (pas l'identité mais la nature de la relation, penser à explorer le degré de proximité sociale, l'âge relatif, les rapports de génération et de genre entre le locuteur et ces différentes personnes) ? Est-ce que l'opinion de ces personnes a joué un rôle dans votre décision de vendre ce produit ?

Pensez-vous que ce produit soit efficace ?
- Si oui, de toutes les informations que vous aviez pu réunir, qu'est-ce qui vous a convaincu de l'efficacité de ce produit (si référence à des expérimentations, essais se référer au point 4) ? Y a-t-il des éléments qui vont ont semblés moins convaincants ? - Si non, pourquoi ?

3. Expérimentation et essais

Savez-vous si ce produit a fait l'objet d'expérimentations (animale, humaine) ? Lesquelles ? D'où tenez vous cette information ? Ceci est-il rentré en ligne de compte dans votre décision de vendre ce produit ? En parlez-vous à vos clients ?

Savez-vous si ce produit a été l'objet d'un essai clinique ? (en gardant à l'esprit tout au long de l'entretien que le terme essai clinique a une définition bien précise : préalable scientifique à la mise en place d'un essai, procédure et critères d'inclusion, randomisation, plusieurs bras dans l'essai, test d'un traitement versus traitement de référence ou placebo, double aveugle, effectif de cohorte représentatif, protocole bien défini, etc....sans nécessairement y faire référence mais en essayant d'obtenir des informations)

(Si non allez directement à l'avant dernier paragraphe de 3)

D'où tenez-vous cette information ? Ceci est-il rentré en ligne de compte dans votre décision de vendre ce produit ? En parlez-vous à vos clients ?

Pouvez-vous me dire lequel ? Où ? Quand ? Combien de temps ? Qui a financé l'essai(s) ? Qui a mené l'essai(s) ? Quels organismes étaient impliqués dans cet essai(s) ?

Savez-vous quel était l'objectif de l'essai ? (efficacité et/ou toxicité, détermination de la posologie optimale ? Est-ce que cet essai(s) a été soumis à un comité d'éthique ? National ? Autre ? Y avait-il eu d'autres expérimentations en laboratoire, sur des animaux, sur des personnes, qui ont permis d'élaborer ce protocole de recherche ? Si oui, lesquels, quand, où, par qui ? Savez-vous si cela a-t-il fait l'objet de publications ?

Savez-vous combien de PvVIH (ou paludéens, drépanocytaires, etc.) étaient impliqués ?

Pouvez-vous parler du protocole de recherche suivi dans le cadre de cet essai(s) ? (Si possible, récupérer un exemplaire du protocole) Est-ce que des résultats ont été publiés ? Si non pourquoi ? Est-ce que des communications scientifiques ont été faites ? Où et quand, par qui ?

Une telle procédure vous paraît-elle nécessaire ? Utile ? Cette méthode de l'essai clinique vous paraît-elle suffisante ? Satisfaisante ? Si oui, ou non, pourquoi ? Pour des produits traditionnels, des tels essais vous semblent-ils indispensables ? Faut-il à votre avis imposer à la médecine traditionnelle les mêmes règles, les mêmes principes, les mêmes méthodes, d'évaluation que pour les produits pharmaceutiques ? Pourquoi ?

Y a-t-il selon vous d'autres manières pour démontrer l'efficacité d'un traitement (explorer par exemple la notion « d'évidence ethnomédicale » avancée par certains pour légitimer des essais « allégés » ou pas d'essais du tout, explorer aussi la référence aux monographies de plantes, etc.) ?

Savez-vous si ce produit a fait l'objet de brevetage ? Si oui, pour quoi ? Savez-vous où la demande avait été déposée ? Le fait que le produit est été l'objet de brevet, était-il un argument pour vous lorsque vous avez décidé de le vendre ? En parlez-vous à vos clients ?

4. La prise du médicament

Selon vous, comment les malades ont-ils eu connaissance de ce traitement ?

Présentez-vous ce produit aux malades ? Si oui, comment le présentez-vous ? Quelle est l'attitude et la réaction des personnes malades à ce présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ?

Comment le malade doit-il prendre ce traitement ? Est-ce nécessaire d'arrêter les médicaments pharmaceutiques/les ARV ou ce produit peut-il être pris en complément ? A votre connaissance, existe-t-il des interactions avec d'autres traitements ?

Dispensez-vous des recommandations particulières à observer durant le traitement (comportements alimentaires, repos, etc.) ? Et pourquoi ? Dispensez-vous des conseils particuliers

concernant la prévention de la transmission de la maladie ? Et pourquoi ? Dispensez-vous des conseils particuliers concernant la prévention de la transmission de la maladie ?

Savez-vous si les clients étaient satisfaits du produit ? En général, reviennent-ils en acheter ? Et à quelle fréquence ? Si non, vos clients vous ont-ils rapporté les motifs de leur insatisfaction ? Pouvez-vous citer des cas ?

Savez-vous si certains malades ont-ils ressentis des effets inattendus (secondaires, toxiques, indésirables) en prenant le traitement ? Que recommandez-vous lorsque de tels effets surviennent ? Pouvez-vous me donner des exemples d'effets indésirables ? Des exemples de malades ayant ressenti de tels effets ? Comment les malades réagissent-ils lorsque des effets indésirables surviennent ?

Selon vous, ce produit peut-il être toxique ? Si oui : dans quel cas et comment cela se manifeste-t-il ? Que recommandez-vous dans de tel cas ? Si non : comment expliquez-vous qu'un médicament aussi efficace ne provoque pas quelques fois des perturbations dans l'organisme ? (attention, cette question un peu provocatrice est à poser avec diplomatie et selon le contexte de la relation d'enquête, en fin d'entretien ou lors du deuxième ou troisième entretien)

5. Diffusion/vente du produit

Avez-vous une idée du nombre de personnes qui prennent actuellement ce produit ? Combien faut-il de boîtes par mois ? Combien coûte une boîte (le flacon) de médicament ? Savez-vous comment les malades financent leur traitement ? Si ce traitement se prend en complément d'autres traitements pensez-vous que le coût supplémentaire ne soit pas un problème pour le malade ? Parmi les malades qui prennent/achètent ce traitement, y a-t-il plus d'hommes ou plus de femmes ? Si différence : comment expliquez-vous cette différence ?

Vendez-vous vous-même ce produit ? Ce produit est-il prescrit par certains professionnels de santé ? Si oui, lesquels ? Où exerce-t-ils ? Trouve-t-on votre produit dans les pharmacies ? Quels sont les principaux lieux de vente ? Savez-vous comment sont-ils approvisionnés ?

En tant que promoteur, cherchez-vous à davantage diffuser ce produit ? Où ? Savez-vous si on trouve ce produit à l'étranger ? Où ? Comment peut-on l'obtenir ? Le fait que les produits puissent circuler facilement d'un pays à un autre, et entre autre du Sud vers le Nord, selon vous, constitue-t-il

un espoir d'avoir des ouvertures supplémentaires pour votre produit ?

Approvisionnement, circuit.

Reviennent l'acheter ou est-ce ponctuel d'autres points de vente.

Se vend-il bien, quels autres produits vendez-vous, d'autres produits traditionnels ?

Quelle clientèle ?

Avez-vous recommandé ce produit à des professionnels de santé ? Lesquels ? Où exercent-ils ? S'agit-il de professionnels du VIH/sida ? Avez-vous cherché à parler de ce produit dans les différents lieux de prise en charge médicale des personnes vivant avec le sida ? Si oui lesquels ? Si non, pourquoi ? Connaissez-vous ces différents lieux ?

En quels termes avez-vous présenté ces produits ? Quelle est l'attitude et la réaction des professionnels à cette présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ? Avez-vous cherché à y répondre et comment ?

Avez-vous recommandé ce produit à des associatifs impliqués dans la prise en charge thérapeutique ou sociale des personnes vivant avec le sida ? Lesquels ? En quels termes avez-vous présenté ces produits ? Quelle est l'attitude et la réaction des professionnels à cette présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ? Avez-vous cherché à y répondre et comment ?

Produit qui se vend bien ? Quels produits se vendent bien ? D'autres produits du sida qui se vendent bien ?

6. Un produit traditionnel/naturel

Comment expliquez-vous que le produit que vous vendez semble avoir du succès auprès des malades ?

Il est dit que ce produit est un produit traditionnel : Pouvez-vous m'expliquer qu'est-ce qui fait de ce produit un produit traditionnel ?

Savez-vous si l'élaboration de ce produit a nécessité d'avoir des connaissances précises de la pharmacopée traditionnelle ? Si oui, lesquelles ? Est-ce que des savoirs nécessitant un apprentissage long ont été mobilisés dans le cadre

de l'élaboration de ce produit ? Si oui lesquels ? Est-ce que des savoirs d'initiés ont été mobilisés dans le cadre de l'élaboration de ce produit ? Si oui lesquels ? Est-ce des pratiques rituelles ont du être suivies dans le temps de l'élaboration du produit ? Pouvez-vous en parler ? Les choix des lieux, des jours, des heures de récoltes des différents composants ont-ils une importance ? Y-a-t-il une manière particulièrement de récolter les plantes nécessaires à la fabrication du produits ?

Le fait que ce soit un produit traditionnel est-il un élément important pour vous ? Pourquoi ? Cette dimension traditionnelle du produit est-elle selon vous une garantie de qualité ? Une garantie d'efficacité ? Une garantie de non toxicité du produit ?

De quelle tradition s'agit-il ? Est-ce que vous vous sentez lié à cette tradition particulière ? Et pourquoi ? S'il s'agit d'une tradition étrangère, pourquoi vous intéressez-vous à cette tradition étrangère ?

Pensez-vous qu'il soit important de valoriser les thérapeutiques traditionnelles ? Et pourquoi ? En promouvant ce produit pensez-vous participer à la valorisation des thérapeutiques traditionnelles ? Avez-vous d'autres activités allant dans le sens de la valorisation des thérapeutiques traditionnelles ?

Selon vous, le fait que ce soit un produit traditionnel est-il important pour les malades ? Pourquoi ? Savez-vous si les malades qui utilisent ce produit ont eu recours à d'autres traitements traditionnels ? Si oui, lesquels ? Qu'en pensez-vous ? Est-ce que vous pensez que les gens accordent la même confiance aux traditions venues d'ailleurs ? Pourquoi ? Est-ce que vous pensez que les gens accordent la même confiance aux produits traditionnels qu'aux produits pharmaceutiques ? Pourquoi ? Pensez-vous que la présentation de ce produit fasse une différence avec les autres produits traditionnels ? Pourquoi ? Selon vous est-ce un gage de qualité du produit ? Est-ce un gage d'efficacité du produit ? Est-ce un gage de non toxicité du produit ?

Dans le pays, les gens savent que certaines plantes peuvent parfois être des poisons ou être toxiques : pensez-vous que cela puisse les rendre méfiants quant à l'inocuité de ce produit ?

Diriez-vous de ce produit qu'il est naturel ? Selon vous qu'est-ce qui permet de dire qu'une pratique est naturelle et pas une autre (relancer : sur les compléments nutritionnels, les produits d'importation, etc.) ? Est-ce que le seul fait que ce produit soit fait à base de produits naturels en fait un produit traditionnel ?

Le fait que ce soit un produit naturel est-il un élément important pour vous ? Cette dimension naturelle du produit est-elle selon vous une garantie de qualité ? Une garantie d'efficacité ? Une garantie de non toxicité du produit ? Vous intéressez-vous à d'autres pratiques thérapeutiques naturelles ? Lesquelles ? Pourquoi ? Avez-vous des contacts avec des thérapeutes exerçant dans ce secteur ? Lesquels ? Pensez-vous qu'il soit important que ce secteur puisse se développer ? Et pourquoi ?

Pour les malades pensez-vous que cette dimension naturelle du produit soit importante ? Pourquoi ? Savez-vous si les malades utilisant ce produits ont eu recours à d'autres traitements naturels ? Si oui, lesquels ? Qu'en pensez-vous ?

7. Connaissances et avis sur d'autres produits néo-traditionnels

Vendez-vous d'autres produits efficaces contre le VIH/sida ? Si oui, lesquels ? Savez-vous comment ils agissent sur la maladie ? Sont-ils aussi des produits traditionnels ? Pensez-vous que d'autres traitements traditionnels puissent être efficaces contre le VIH/sida ? Pensez-vous que la médecine pourra trouver un médicament guérissant le VIH/sida ? Pourquoi ? Pensez-vous que la solution est plutôt à chercher du côté des thérapeutiques traditionnelles ?

Avez-vous entendu parler de (citer d'autres produits néo-traditionnels ayant fait l'objet d'articles dans la presse) ? Qu'en pensez-vous (relancer avec : certaines de ces « découvertes » sont très controversées, quelle opinion vous êtes vous faite sur ceux-là ?) ? Que pensez-vous des polémiques autour des traitements traditionnels du VIH/sida ?

Est-ce que selon vous, il est important pour ce pays que ce traitement soit reconnu ? Et pourquoi ?

De manière générale, pensez-vous que les produits traditionnels devraient être mieux acceptés ? par les professionnels de la santé ? Par les malades ? Par les médias ? Par les associatifs ? Par les autorités sanitaires du Pays ? Par les autorités ? A votre niveau, cherchez-vous à changer la situation ? Sinon, selon vous qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que ces produits soient mieux acceptés ? Qu'est-ce qui empêche leur diffusion ?

Selon vous, y-a-t-il, en dehors des intérêts pour la santé des malades, d'autres intérêts pour votre pays liés au développement de ces produits ? (économiques, valorisations nationales, etc.) ?

De même, est-ce important pour l'Afrique que ce type de traitement soit mieux considérés ? Pourquoi ?

Enfin, à l'échelle mondiale, est-ce que cette production de traitements africains vous semble importante ? Pourquoi ? Dans quels domaines?

13.5. GUIDE D'ENTRETIEN UTILISE DANS LES ENQUETES AUPRES DES GUERISSEURS AU SENEGAL

1. Informations relatives au thérapeute rencontré

- fonctions sociales, religieuses (marabout, confrérie, ethnie...)
- compétences thérapeutiques perçues. Type de « savoir » (phyto, magico-religieux avec rab, jinné ou autres intervenants invisibles, médiation par l'objet, médiation par la prière...) et type de « problèmes » que le thérapeute déclare résoudre. Généraliste ou spécialiste...
- fréquentation (jour)

2. Intérêt général porté au sida

. Représentation de la maladie : nomination et connexion avec des entités traditionnelles, description (qu'est-ce que c'est et qu'est-ce qu'elle fait), ampleur, causalité, origine...

. Intégration de la maladie dans la nosologie, compétences perçues ou affirmées

- usage et emprunt au vocabulaire biomédical (maladie opportuniste, sérologie...)
- avez-vous déjà eu à rencontrer des personnes atteintes du sida (supposées ou déclarées) ? A quelles occasions ?
- comment peut-on savoir qu'une personne est atteinte du sida ? Savez-vous personnellement reconnaître la maladie ? Comment ? (le visible et l'invisible...)... Identification des signes du sida... Usage et utilisation analyses...
- avez-vous déjà eu à traiter des personnes malades du sida ? Récits d'expériences. Qu'avez-vous fait ? Reconnaissance d'une action thérapeutique (sur la maladie en général, sur un symptôme, sur une maladie opportuniste) ou d'une impuissance thérapeutique (refus de traiter, essai mais échec, conseil pour un autre recours traditionnel ou biomédical...)... Que pouvez-vous faire pour un malade du sida qui vient vous voir ?

3. Les traitements traditionnels proposés

- type de traitement
- comment il agit sur la maladie (combat, nourrit...)
- mode d'action : action dans le corps, prescription/posologie, temps. Observance.
- Indications / interdictions
- Effets secondaires
- Comment se manifeste son efficacité : signes...
- Guérir ou soigner

4. Représentation/usage des ARV et autres traitements

- existe-t-il des traitements pour le sida (définitifs, qui empêche la maladie « d'avancer », qui améliore l'état du malade)
- quels traitements : Médicaments du blanc, médicaments traditionnels ? Noms et formes des médicaments et remèdes cités...
- avez-vous eu l'occasion de voir, d'utiliser ces traitements... Où, comment, par qui... Connaissance de personnes qui les utilisent
- ARV : connaissance du nom générique, du nom des molécules, des spécialités... En ont vu, entendu parlé, utilisé...
- ARV : atouts et effets pervers perçus. Bons ou mauvais médicaments ? Pourquoi ?
- ARV : perception du coût du traitement...
- ARV : lieux où l'on peut les trouver (hosto, marchés...)
- ARV : incompatibilité des ARV avec des traitements traditionnels (types)
- Connaissance et perception des médicaments « néo-traditionnels » (EM virucide...)

5. Connaissance et perceptions des politiques et programmes d'accès aux traitements.

- ce qui est mis en place pour lutter contre le sida / pour traiter le sida. Avantages/inconvénients (ce qui est bien/ce qui est mal)
- des aides connues pour favoriser l'accès au traitement...
- connaissance de l'ISAARV...
- connaissance des lieux de prise en charge VIH (Fann, hôpital principal)
- ce qui peut pousser un malade à interrompre un traitement, à chercher ailleurs qu'à l'hosto, à interrompre un suivi... (questions d'accueil, de confidentialité, de coût, d'efficacité perçue...). >>> domaine de l'acceptabilité

6. Collaboration médecine traditionnelle et biomédecine. Implication dans une démarche d'évaluation ou de légitimation.

- un avis, une revendication quant au débat sur la reconnaissance/légitimation/intégration de la médecine traditionnelle...
- collaboration éventuelle avec des « tradipraticiens », des associations de médecine type « néo-traditionnelle ».
- implication dans un site biomédical : demande faite d'évaluation (centre d'évaluation des médecines traditionnelles), implication dans un « essai thérapeutique » (modalités, questions de l'engagement et consentement du patient, respect ou non respect des règles des essais thérapeutiques par rapport aux ARV). Si implication dans essai thérapeutique : qui paye les examens. Dépôt ou non de brevet (cf. OAP)...

13.6. GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES PVVIH (OU PALUDISME, DREPANOCYTOSE, IST ET PROBLEMES SEXUALITE)

Pour chaque entretien : Lieu et date de l'entretien, initiales transformées, code entretien

Approche narrative.

POINTS A ABORDER HORS DES ENTRETIENS

Modalités de contact avec la personne et conditions de l'entretien

(à rédiger immédiatement après l'entretien ou à enregistrer vocalement à la suite de l'entretien)

Décrire pour le premier entretien les modalités de prise de contact, qui a servi d'intermédiaire avec l'équipe de recherche (avec éventuellement son rattachement institutionnel), dans quelles conditions s'est déroulé le premier entretien, la présentation de la recherche et la signature du formulaire de consentement (pour les personnes vivant avec une maladie, VIH ou autres).

Pour les entretiens suivants, décrire ce qui s'est passé depuis le dernier entretien en termes de relations d'enquête et les modalités de reprise de contact.

Décrire le lieu où se déroule l'entretien et les conditions de sa réalisation, éventuellement les problèmes rencontrés.

ENTRETIEN

I. Présentation de la personne ayant accepté l'entretien

1. Est-ce que vous pourriez vous présenter (sans l'identité) ?

Laisser la question vague et ouverte. La manière spontanée de se présenter est importante.

Selon « l'ambiance » de l'entretien et dans la plupart des cas ne pas commencer par cette question (sauf lorsque préexiste une relation antérieure qui éventuellement le permet), mais penser à y revenir après.

2. Points à ne pas oublier :

âge, sexe, religion, ethnie, niveau de scolarité, profession, statut matrimonial, nombre d'enfants, condition de vie (location, en famille, propriétaire, nombre de personnes dans la cour, etc.), description de la famille (parents, fratrie, enfants), histoire de vie.

Il importe que ces informations soient scrupuleusement recueillies à un moment ou l'autre de la relation d'enquête. MAIS surtout ne pas le faire sous la forme d'un interrogatoire administratif

ou policier et ne pas commencer un entretien par ce type de questions surtout lors du premier. Essayer d'obtenir ces informations dans le fil du discours, ou en posant la question au moment qui vous semble le plus opportun.

II. Histoire de la maladie

1. Est-ce que vous pourriez me raconter l'histoire de votre maladie (séroposivité) ? (VIH principalement mais pas exclusivement ⇒ adapter le guide d'enquête et les questions à chaque catégorie de problèmes de santé).

2. Comment avez vous appris (diagnostic médical/biologique) que vous étiez malade/séropositif (attention, pour certaines maladies, cette question n'est pas à poser. Exemple : impuissance, infécondité/ par contre valable pour VIH et drépanocytose).

3. À quelle occasion le test VIH a-t-il été réalisé (ou drépanocytose, autres) ? Pourquoi ce test a-t-il été fait (maladie, dépistage ?) Où ? Quand ? Quelle a été votre réaction quand on vous a donné le résultat ? (bien différencier pour le VIH les tests de dépistage et les tests diagnostiques).

Qui vous a annoncé le résultat ? Comment s'est déroulé l'annonce ? Avez-vous partagé cette information avec des personnes de votre entourage ? Comment s'est déroulé ce partage d'information ? Pourquoi avoir choisi de partager l'information avec ces personnes ? Quel a été pour vous l'impact de l'annonce ? Quel a été l'impact du partage d'information pour vous ? ... pour votre entourage ? À ce moment là, étiez vous mariée, célibataire, en couple... ? Aviez vous déjà des enfants ? Si oui, combien, de quel âge ? Vivaient-ils avec vous ?

4. Étiez-vous souffrant avant que l'examen ne soit réalisé ? Comment la maladie (illness s'est-manifestée pour vous ? Lorsque vous avez commencé à « ressentir » la maladie, est-ce que quelqu'un de votre entourage vous a dit le nom de cette maladie ou son origine ? Si oui, qui ? Comment votre maladie (illness) a-t-elle commencé (symptômes) ? Depuis que vous connaissez votre maladie (disease), avez vous souffert de nouveaux épisodes de maladies (pour le VIH pensez à parler des IO) ? (Ne pas hésiter dans ce récit à recueillir les diagnostics populaires ou énoncés par des guérisseurs des différents épisodes de maladie).

III. Itinéraire thérapeutique

Reprendre l'itinéraire thérapeutique de la personne et pour chaque recours essayer d'approfondir les conditions d'accès (distance du domicile, coût, disponibilité des traitements, temps consacré à la quête de traitements, difficultés rencontrées dans la quête de soins), les raisons du choix et les personnes de l'entourage qui ont participé à l'orientation thérapeutique, le déroulement des consultations et du suivi, les prescriptions qui en découlent (examen et traitement), le coût et les contraintes, résultats attendus perception des effets du traitement, raisons de l'abandon.

Qui a aidé la personne à assumer le coût des traitements (nature du lien : parenté, alliance, amical...)? À chaque soin prodigué, de quelle manière la personne s'est procurée l'argent nécessaire ?

Il importe en effet de pouvoir situer le recours au néotrad dans l'ensemble de l'itinéraire thérapeutique et de comprendre les interférences et interactions entre les différents traitements.

IV. Traitements néo-traditionnels (si la personne a eu recours à des traitements néo-traditionnels

différents, reprendre le guide d'enquête pour chaque produit)

1. Descriptif du produit(à reprendre pour chaque produit s'il y en a plusieurs ainsi que les questions qui suivent, en particulier explorer les produits concernés par le programme PROSODIE : douleurs, drépanocytose, paludisme, MST, maladie de la sexualité)

Pourriez-vous me parler de(s) produit(s) que vous utilisez ?

Comment s'appelle-t-il ? Savez-vous si ce nom signifie-t-il quelque chose ?

Pouvez-vous décrire le produit (emballage, étiquette, etc.) ? Sous quelle forme est-il vendu ? (Couleur, forme du produit, existence d'un emballage, d'une étiquette, d'une notice, etc). Le produit est-il prêt à l'emploi ? Si non, comment doit-il être préparé (bouilli, pris avec du sprite, etc.) ?

Avez-vous conservé un exemplaire, l'étiquette, la notice, l'ordonnance et pourquoi ? (le cas échéant essayer de collecter un exemplaire)

La posologie est-elle précisée ? Existe-t-il différentes posologies selon les malades (âge, sexe, état clinique) ? Quelle quantité, combien de fois par jour et pendant combien de temps ? (pour chaque indication ou chaque catégorie de malades, reposer la question, en cas de différences de posologie en fonction des indications ou de la catégories de malades, demandez pourquoi les doses sont différentes) ?

La composition du produit est-elle indiquée ? Si non la connaissez-vous ? Et d'où tenait vous ses informations ? Savez-vous si ces composants font parti de la pharmacopée nationale ? Savez-vous s'il existe des publications sur les principes actifs de ces composants ?

Sur l'étiquette, est-il précisé s'il existe des contre-indications à la prise de ce traitement ? S'il existe des effets secondaires possibles ?

Pouvez-vous m'expliquer ce que ce produit peut traiter (à ce niveau, il est indispensable de pénétrer la représentation de la maladie traitée dans la pensée du thérapeute : exploration des symptômes, pathogénèse et physiopathologie, étiologie, évolution sans et avec traitement) ?

Pouvez-vous m'expliquer quel est le résultat attendu (prévention, guérison, traitement de fond, complément à un autre traitement, soulagement des symptômes, le cas échéant lesquels, etc.) ?

Pouvez-vous m'expliquer comment ce produit agit sur la maladie ?

Pouvez-vous m'expliquer comment il agit sur l'organisme des malades ?

Pour le VIH, le produit agit-il sur le virus ? Comment agit-il ? (Le produit provoque-t-il une élimination du virus ? De quelle manière ?) (idem pour les parasites du paludisme en cas de traitement du paludisme) ?

Selon vous, quel est l'apport de ce produit par rapport au traitement pharmaceutique ? Plus particulièrement par rapport aux ARV ?

Comment avez-vous acquis ces connaissances ? Qui vous a expliqué comment ce traitement agit sur la maladie ? Sur l'organisme ? Quels sont les documents que vous avez lu pour comprendre ces modalités d'action ?

2. Circonstance de découverte du produit et processus décisionnel

Comment avez-vous eu connaissance de ce traitement ? Où et quand en avez-vous entendu parler pour la première fois ? Qu'est-ce qui était dit ? Y-a-t-il eu d'autres occasions par la suite où vous en avez entendu parlé ? Quand et où en avez-vous entendu parler ces autres fois ? Qu'est-ce qui était dit ?

Qui vous en a parlé (les différentes fois) ? Qui vous l'a présenté ? Quelqu'un vous a-t-il conseillé de le prendre ? Que vous a-t-il dit ? (approfondir la nature du lien social unissant les différents acteurs avec le locuteur, en particulier s'il existent des liens de parenté, mais aussi recueillir les informations sur le sexe des acteurs, leur âge/relatif par rapport au locuteur, l'inscription dans un rapport de génération et tenter d'évaluer si ces éléments ont joué un rôle dans la décision de prendre le traitement).

Avez-vous entendu des émissions ou lu des écrits sur ces produits avant de les prendre ? Avez-vous entendu des émissions ou lu des écrits sur ces produits après avoir commencé à les prendre ? Avez-vous entendu ou lu des écrits sur d'autres produits traditionnels ? Lesquels ? Qu'est-ce que vous avez pensé de ce que vous avez entendu/lu ?

Avant de prendre ce produit, connaissiez-vous des personnes souffrant du même mal que vous qui avaient déjà pris ce traitement ? Si oui, qu'est-ce que ces personnes vous avaient dit sur ce produit ? Qui étaient ces personnes (pas l'identité mais la nature de la relation, penser à explorer le degré de proximité sociale, l'âge relatif, les rapports

de génération et de genre entre le locuteur et ces différentes personnes) ? Parmi ces personnes, y en a-t-il en qui vous aviez particulièrement confiance ? Est-ce que l'opinion de ces personnes a joué un rôle dans votre décision ?

Connaissez-vous des personnes qui avaient pris ce médicament avant vous pour une autre indication ? Aviez-vous discuté avec eux du traitement ? Ce qu'il vous ont dit a-t-il influencé votre décision de le prendre ?

Parmi, les personnes qui vous ont parlé de ce traitement, y avait-il des professionnels de la santé ? Qui (position dans le système de santé : infirmier, médecin, aide-soignant, sage-femme, conseiller associatif, etc.) ? Depuis quand connaissiez-vous ces professionnels ? Où exercent-ils ? Est-ce que le fait que ce soit des professionnels de santé qui vous recommandent ce produit a eu une influence sur votre prise de décision ? Est-ce que le fait de connaître ce professionnel a eu une influence sur votre prise de décision ?

Parmi les personnes qui vous ont parlé de ce traitement, y avait-il des personnes chez qui vous suiviez précédemment un traitement ? Si oui, de quel type de thérapeute s'agit-il (biomédecine, « thérapeutique naturelle », thérapeutiques traditionnelles) ? Parmi les personnes qui vous ont parlé de ce traitement, y avait-il des personnes auprès de qui vous achetiez précédemment d'autres produits ? Si oui lesquels ? Est-ce que le fait d'avoir déjà suivi un traitement et/ou déjà acheté des produits chez cette personne a joué sur votre prise de décision ?

Parmi les personnes qui vous ont parlé figure-t-il l'inventeur du produit ? Comment vous a-t-il présenté son produit ? Le connaissiez-vous avant qu'il n'élabore son produit ? - Si oui, cela a-t-il joué un rôle dans votre décision de promouvoir ce produit ? Et pourquoi ? - Si non, que savez-vous de lui ? Selon vous est-ce une personne de confiance ?

De toutes les informations que vous aviez pu réunir, qu'est-ce qui vous a convaincu de l'efficacité de ce produit (si référence à des expérimentations, essais se référer au point 4) ? Y a-t-il des éléments qui vous ont semblés moins convaincants ?

Pensez-vous que vous auriez aussi pris ce produit si vous en aviez eu connaissance plus tôt ? Et pourquoi ?

3. Essai et expérimentation

Savez-vous si ce produit a fait l'objet d'expérimentations (animale, humaine) ? Lesquelles ? Ceci est-il rentré en ligne de compte dans votre décision de promouvoir ce produit ? Pensez-vous que cela distingue ce produit des autres ? Pourquoi ? Pensez-vous que cela soit un gage d'efficacité ? de qualité ? De non toxicité ?

La prise de ce traitement se fait-elle dans le cadre d'un essai clinique ?

(en gardant à l'esprit tout au long de l'entretien que le terme essai clinique a une définition bien précise : préalable scientifique à la mise en place d'un essai, procédure et critères d'inclusion, randomisation, plusieurs bras dans l'essai, test d'un traitement versus traitement de référence ou placebo, double aveugle, effectif de cohorte représentatif, protocole bien défini, etc....sans nécessairement y faire référence mais en essayant d'obtenir des informations)

- si oui se reporter ci-dessous.

- si non, Savez-vous si ce produit a été l'objet d'un essai clinique ? Si oui, reprendre la grille au dessus de manière générale, si non allez directement à l'avant dernier paragraphe de 3.

Lequel ? Où ? Quand ? Combien de temps ? Qui a financé l'essai(s) ? Qui a mené l'essai(s) ? Quels organismes étaient impliqués dans cet essai(s) ?

Savez-vous quel était l'objectif de l'essai ? (efficacité et/ou toxicité, détermination de la posologie optimale ?) Vous as-t-on expliqué la raison de cet essai ? Vous avait-on expliqué qu'il s'agissait d'un essai ?

Est-ce que cet essai(s) a été soumis à un comité d'éthique ? National ? Autre ? Y avait-il eu d'autre expérimentations en laboratoire, sur des animaux, sur des personnes, qui ont permis d'élaborer ce protocole de recherche ? Si oui, lesquels, quand, où, par qui ? Cela a-t-il fait l'objet de publications ? Quels arguments ont permis de décider de la faisabilité et de la nécessité de faire un essai clinique ?

Savez-vous combien de personnes étaient impliquées ? Comment avez-vous été orienté vers cet essai ? Comment avez-vous été informé de l'existence de l'essai ? Quelles informations vous étaient fournies avant de commencer à les prendre en charge dans le cadre de l'essai ? Qui donnait ces informations ? Avez-vous signé un formulaire avant de bénéficier de ce protocole ?

Est-ce que les soins (traitements, mais aussi examen de suivi biologique, radiologique, etc.) délivrés dans le cadre de l'essai étaient payants ?

Savez-vous qui décidaient de l'inclusion ou non dans l'essai ? Seul ou en comité ? Connaissez-vous les critères appliqués pour décider de l'inclusion des personnes dans l'essai ? Savez-vous ce qu'il se passait en cas de refus du patient d'être inclus dans l'essai ? Où était-il orienté ? Pouvait-il bénéficier d'un autre traitement ?

Savez-vous si lorsqu'ils remplissaient les critères d'inclusion, les patients devaient-ils signer un formulaire de consentement ? Si oui (ou non), pourquoi ? Si, oui, que disait le formulaire signé par les patients (récupérer un exemplaire si possible) ? A votre avis, cela avait-il un sens pour tous les patients de signer un tel formulaire de consentement ? Savez-vous comment cela se passait-il lorsque les patients ne savaient ni lire, ni écrire ?

Savez-vous si cette phase d'inclusion a soulevé des problèmes ? Lesquels ? A votre avis pourquoi ? Quelles mesures ont été prises pour résoudre les problèmes rencontrés ? Le protocole de recherche prévoyait-il ce type de problème ? Prévoyait-il des réponses à apporter dans de tels cas ? Que conseillerez-vous pour éviter ces problèmes dans un autre essai ?

Pouvez-vous parler du protocole de recherche suivi dans le cadre de cet essai(s) ? (Si possible, récupérer un exemplaire du protocole) Combien de temps doit (devait) durer ce protocole ? Vous a-t-on expliqué ce que vous aurez comme traitement lorsque le protocole aura pris fin ?

Est-ce qu'à votre avis ce protocole de recherche avait été bien conçu ? Y a-t-il eu des problèmes en pratique pour appliquer ce protocole ? Lors de la réalisation de l'essai, certains problèmes sont-ils survenus ? Avaient-ils été envisagés dans le protocole ? Si oui quelles solutions étaient proposées ? Est-ce que ce sont ces solutions qui ont permis de résoudre les problèmes ? D'autres solutions ont-elles été mises en œuvre ? Que prévoyait le protocole dans les cas d'inefficacité du traitement ? En cas de suspicion de toxicité ?

Est-ce que des résultats ont été publiés ? Si non pourquoi ? Est-ce que des communications scientifiques ont été faites ? Où et quand, par qui ?

Pensez-vous que le fait que ce produit ait été l'objet d'un essai clinique le distingue des autres produits ? Pourquoi ? Pensez-vous que cela soit un gage d'efficacité ? de qualité ? De non toxicité ?

Une telle procédure vous paraît-elle nécessaire ? Utile ? Cette méthode de l'essai clinique vous paraît-elle suffisante ? Satisfaisante ? Si oui, ou non, pourquoi ? Pour des produits traditionnels, des tels essais vous semblent-ils indispensables ? Y a-t-il selon vous des différences

à respecter entre un produits traditionnels et un produits industriels ? Pourquoi ? Lequels ? Faut-il à votre avis imposer à la médecine traditionnelle les mêmes règles, les mêmes principes, les mêmes méthodes, d'évaluation que pour les produits pharmaceutiques ? Pourquoi ? Y a-t-il selon vous d'autres manières pour démontrer l'efficacité d'un traitement (explorer par exemple la notion « d'évidence ethnomédicale » avancée par certains pour légitimer des essais « allégés » ou pas d'essais du tout, explorer aussi la référence aux monographies de plantes, etc.) ?

Savez-vous si ce produit a fait l'objet de brevetage ? Si oui, pour quoi ? Savez-vous où la demande avait été déposée ? Le fait que le produit est été l'objet de brevet, était-il un argument pour vous lorsque vous avez décidé de le prendre ? Pensez-vous que le fait que ce produit ait été breveté soit un gage d'efficacité ? Une garantie de qualité ? De non toxicité ?

4. Lieux d'achat, prix/coût

Où allez-vous pour acheter votre traitement ? Est-ce loin de chez-vous ? Comment vous rendez-vous au lieu de vente ? Vous arrive-t-il d'envoyer quelqu'un pour aller acheter le traitement ? Qui ? (lien de parenté ou nature du lien social, rapport de genre, d'âge, de génération)

Sur le lieu de vente, trouve-t-on d'autres produits, lesquels (pour la même maladie ou une autre maladie) ? Consommiez-vous avant de connaître votre maladie des produits provenant du même lieu pour une autre indication ?

Savez-vous s'il existe d'autres lieux dans lesquels on peut trouver ce produit ? Connaissez-vous d'autres lieux dans lesquels on peut trouver des produits similaires (pour la même ou une autre maladie) ?

Si possible recueillir une description du lieu et des modalités de délivrance/vente, la fréquentation du lieu (degré d'affluence)

Quelle quantité de ce produit devez-vous prendre ? Combien de prise par jour ? Une boîte de produit vous permet de vous traiter pendant combien de temps ? De combien de boîtes avez-vous besoin en un mois ? Quelle est la durée du traitement qui vous a été conseillée ? Avez-vous déjà eu des difficultés à trouver ce produit ?

A quel prix achetez-vous le produit ? Avez-vous un soutien dans votre entourage pour payer ce produit ? Comment vous procurez-vous l'argent nécessaire à l'achat du produit ?

Vous est-il arrivé de vendre vous-même ce produit auprès d'autres malades ? Quel bénéfice ou quel intérêt avez-vous tiré de cette activité ?

5. Prescription

Est-ce un médecin ou un infirmier qui vous a prescrit ce produit ? Qui ? Dans quel lieu exerce-t-il ? Vous fait-il une ordonnance ? (le mieux sera d'essayer de voir les ordonnances, voire d'en obtenir une copie en masquant l'identité sur la copie conservée)

6. Prise effective du traitement/ Durée / Interruption

Depuis quand ou pendant combien de temps avez-vous pris ce traitement (dates si possibles précises) ?

Quelle quantité devez (deviez) vous prendre par jour ? Pendant combien temps vous a-t-on (avait-on) conseillé de prendre le traitement ?

Avez-vous suivi effectivement ces indications ? Si non, pourquoi ? Y a-t-il des moments où vous avez (aviez) interrompu temporairement le traitement ? Pendant combien de temps avez (aviez) vous arrêté de prendre le traitement ? Pour quelles raisons ?

Actuellement prenez-vous encore ce traitement ? (si oui... passez à 4)

Si non, pourquoi avez-vous arrêté ? Pensez-vous le reprendre ?

7. Effets ressentis lors de la prise du traitement

Quels résultats attendiez-vous de ce traitement ? Est-ce que l'expérience que vous avez de ce produit vous a confirmé son efficacité ?

Quels ont été les effets du traitement sur votre état de santé ? Au bout de combien temps avez-vous senti ces effets ? (laisser la question ouverte sans préjuger du caractère positif ou négatif du traitement)

Avez-vous senti une amélioration de votre santé ? Si oui laquelle ?

Comment cette amélioration s'est-elle manifestée ?

La prise de ce traitement s'est-elle traduite par une modification des examens biologiques que l'on vous fait habituellement ?

Est-ce que vous attendiez ces effets lorsque vous avez décidé de prendre le traitement ? Est-ce que quelqu'un de votre entourage a remarqué sur vous des effets du traitements ? Si oui, qui ? Quels effets cette personne a-t-elle remarqués ?

Certains de ces effets étaient-ils pour vous inattendus ? Si oui, lesquels ?

Certains des effets que vous avez ressentis étaient-ils désagréables ? Que vous a-t-il été recommandé ?

Pensez-vous que ce traitement puisse avoir des effets négatifs ? Pensez-vous que ce traitement puisse avoir des effets toxiques ? (si oui lesquels)

10. Interférence des recours

Aviez-vous un autre traitement avant de commencer à prendre ce produit ?

Si oui, quel traitement (notamment ARV) ?

Dans quelle structure de soins (associations, CM, autres) ce traitement avait-il été prescrit ? Était-il suivi ? Qui assurait votre suivi médical ?

Est-ce que le fait de prendre ce nouveau traitement a eu une incidence sur celui que vous preniez précédemment ?

Si oui, la ou lesquelles ?

Avez vous arrêté votre premier traitement après avoir commencé à prendre ce produit ? Si oui, pourquoi ? À l'inverse, pourquoi avoir pris ce médicament en plus du précédent ? Qu'attendiez-vous de ce traitement supplémentaire ?

11. Un produit traditionnel/naturel

Il est dit que ce produit est un produit traditionnel : Pouvez-vous m'expliquer qu'est-ce qui fait de ce produit un produit traditionnel ?

Savez-vous si l'élaboration de ce produit a nécessité d'avoir des connaissances précises de la pharmacopée traditionnelle ? Si oui, lesquelles ? Est-ce que des savoirs nécessitant un apprentissage long ont été mobilisés dans le cadre de l'élaboration de ce produit ? Si oui lesquels ? Est-ce que des savoirs d'initiés ont été mobilisés dans le cadre de l'élaboration de ce produit ? Si oui lesquels ? Est-ce des pratiques rituelles ont du être suivies dans le temps de l'élaboration du produit ? Pouvez-vous en parler ? Les choix des lieux, des jours, des heures de récoltes des différents composants ont-ils une importance ? Y-a-t-il une

manière particulièrement de récolter les plantes nécessaires à la fabrication du produits ?

Le fait que ce soit un produit traditionnel est-il un élément important pour vous ? Pourquoi ? Cette dimension traditionnelle du produit est-elle selon vous une garantie de qualité ? Une garantie d'efficacité ? Une garantie d'inocuité du produit ?

De quelle tradition s'agit-il ? Est-ce que vous vous sentez lié à cette tradition particulière ? Et pourquoi ? La tradition dont vous parlez correspond-elle à la tradition du pays ?

- Si oui, qu'est-ce qui vous lie à cette tradition ? Aviez-vous déjà consulté d'autres thérapeutes s'inscrivant dans cette tradition ?

- Si non, pourquoi vous intéressez-vous à cette tradition étrangère ? Depuis quand ? Aviez-vous déjà consulté d'autres thérapeutes s'inscrivant dans cette tradition particulière ?

Pensez-vous qu'il soit important de valoriser les thérapeutiques traditionnelles ? Et pourquoi ?

Pensez-vous que la présentation de ce produit fasse une différence avec les autres produits traditionnels ? Pourquoi ? Selon vous est-ce un gage de qualité du produit ? Est-ce un gage d'efficacité du produit ? Est-ce un gage d'inocuité du produit ?

Diriez-vous de ce produit qu'il est naturel ? Selon vous qu'est-ce qui permet de dire qu'une pratique est naturelle et pas une autre (relancer : sur les compléments nutritionnels, les produits d'importation, etc.) ? Est-ce que le seul fait que ce produit soit fait à base de produits naturels en fait un produit traditionnel ?

Le fait que ce soit un produit naturel est-il un élément important pour vous ? Cette dimension naturelle du produit est-elle selon vous une garantie de qualité ? Une garantie d'efficacité ? Une garantie de non toxicité du produit ? Vous intéressez-vous à d'autres pratiques thérapeutiques naturelles ? Lesquelles ? Pourquoi ? Aviez-vous déjà consulté d'autres thérapeutes de ce secteur ? Pensez-vous qu'il soit important que ce secteur puisse se développer ? Et pourquoi ?

12. Promotion du produit

Aviez-vous parlé de ce(s) produit(s) à d'autres malades ? Avez-vous conseillé à ces malades de prendre à leur tour ce(s) produit(s) ? En quels termes avez-vous présenté ces produits ? Quelle est l'attitude et la réaction des professionnels à cette présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations

où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ? Savez-vous si ces personnes ont suivi vos conseils ?

Avez-vous recommandé ce(s) produit(s) à des associatifs impliqués dans la prise en charge thérapeutique ou sociale des personnes vivant avec le sida ? Lesquels ? En quels termes avez-vous présenté ces produits ? Quelle est l'attitude et la réaction des professionnels à cette présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ?

Avez-vous recommandé ce(s) produit(s) à d'autres personnes ? Lesquels ? En quels termes avez-vous présenté ces produits ? Quelle est l'attitude et la réaction des professionnels à cette présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ?

Quelle a été leur attitude et leur réaction des autorités à ce présentation ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut négative ? A votre avis, pourquoi ces réactions ? Pouvez-vous me donner des exemples de situations où la réaction fut positive ?

Est-ce que selon vous, il est important pour ce pays que ce traitement soit reconnu ?

13. Connaissances et avis sur d'autres produits néo-traditionnels

Connaissez vous d'autres produits efficaces contre le VIH/sida ? Si oui, lesquels ?

Savez-vous comment ils agissent sur la maladie ? Sont-ils aussi des produits traditionnels ? Pensez-vous que d'autres traitements traditionnels puissent être efficaces contre le VIH/sida ? Pensez-vous que la médecine pourra trouver un médicament guérissant le VIH/sida ? Pourquoi ? Pensez-vous que la solution est plutôt à chercher du côté des thérapeutiques traditionnelles ?

Avez-vous entendu parler de (citer d'autres produits néo-traditionnels ayant fait l'objet d'articles dans la presse) ? Qu'en pensez-vous (relancer avec : certaines de ces « découvertes » sont très controversées, quelle opinion vous êtes vous faite sur ceux-là ?) ? Que pensez-vous des polémiques autour des traitements traditionnels du VIH/sida ?

Pensez-vous que les produits traditionnels devraient être mieux acceptés ? par les professionnels de la santé ? Par les malades ? Par les média ? Par les associatifs ? Par les autorités sanitaires du Pays ? Par les autorités ? A votre niveau, cherchez-vous à changer la situation ? Sinon, selon vous qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que ces produits soient mieux acceptés ? Qu'est-ce qui empêche leur diffusion ?

Selon vous, y-a-t-il, en dehors des intérêts pour la santé des malades, d'autres intérêts pour votre pays liés au développement de ces produits ? (économiques, valorisations nationales, etc.) ?

De même, est-ce important pour l'Afrique que ce type de traitement soit mieux considérés ? Pourquoi ?

Enfin, à l'échelle mondiale, est-ce que cette production de traitements africains vous semble importante ? Pourquoi ? Dans quels domaines ?

13.7. FICHE PRODUIT POUR LE TRAITEMENT DU VIH

CODE PRODUIT

= Trois premières lettres du produit (+ si doublon), code pays (be, bf, sn),

Exemple : immuboot, burkina : IMMBF

CODE FICHE

= Code produit + année + mois + jours (du recueil des données) + initiales du rédacteur de la fiche

Exemple : IMMBF051010AT : fiche faite sur IMMBF faite par XX le 10 Octobre 2005.

IMMBE060305ES

IMMBE060405ATA

IMMBF051010AT

IMMBF051124AT

IMMBF051136AS

IMMBF060127ME

IMMSN061010AT

SITE : ~~BÉNIN~~ / BURKINA FASO / ~~SÉNÉGAL~~

AUTEUR DE LA FICHE : XX

IDENTIFICATION

Nom (s) du produit

Identité du fabricant et coordonnées

Lieu et circonstance de recueil du produit ou de l'emballage :

(Date, ville, localisation, informateur, interlocuteur, catégorie d'acteur,...)

Indications du produit

Sida +++

Autres indications possibles

Formulation du produit

Gélules

Comprimés

Solutions buvables

Sirop

Tisane

Autres :

DESCRIPTION PRECISE DU PRODUIT

Forme de la gélule ou du comprimé, aspect du liquide ou de l'extrait végétal, couleurs, taille, galénique, inscriptions sur la gélule ou le comprimé, etc.

NB : Si possible joindre la photo du produit

Description de l'emballage

Nombre de niveaux d'emballage:

Pour chaque niveau d'emballage : Forme, taille, matière, couleur, etc.

Inscription et iconographie sur l'emballage

NB : photo emballage et scanner de l'étiquette si possible

Noter avec précision les différentes informations sur le blister s'il y en a, sur l'emballage, sur l'étiquette.

Prix du produit

Si plusieurs formes, prix de chacune des formes, prix en fonction des lieux de vente et de délivrance

Posologie recommandée du produit

Effet(s) annoncé(s) du produit

Exemple pour le traitement du sida : complément nutritionnel, complément aux ARV, stimulant de l'immunité, inhibiteur de la réplication virale, virucide, séronégativation, etc...

Effets secondaires, contre-indications du produit

Informations sur les modalités d'action du produit

Informations sur la composition du produit

Exemple : Reishi et Shitake pour l'immubooost

INFORMATIONS SUR L'ELABORATION DU PRODUIT

Référence(s) à la science

Référence(s) à la tradition

Référence(s) à la nature

LIEUX ET ACTEURS DE LA VENTE OU DE LA DELIVRANCE

1/

2/

3/

Autres produits vendus

1/

2/

3/

Autres produits connus

1/

2/

3/

LIEUX ET ACTEURS DE LA PRODUCTION DES PRODUITS

1/

2/

3/

Autres produits produits

1/

2/

3/

Autres produits connus

1/

2/

3/

LIEUX ET ACTEURS DE LA PRESCRIPTION DES PRODUITS

1/

2/

3/

Autres produits prescrits

1/

2/

3/

Autres produits connus

1/

2/

3/

LIEUX ET ACTEURS DE LA PROMOTION DES PRODUITS

1/

2/

3/

Autres produits promus

1/

2/

3/

Autres produits connus

1/

2/

3/

Autres catégories d'acteurs

1/

2/

3/

HISTORIQUE DE SON APPARITION DANS LE SYSTEME MEDICAL

TRAVAUX SCIENTIFIQUES OU EXPERIMENTATION DU PRODUIT

DOCUMENTATION, PRESSE, PUBLICATIONS SUR LE PRODUIT

Pour chaque document, référence bibliographique complète et résumé en 10 lignes (+ détenteurs du document)

LISTES DES ENTRETIENS REALISES EN REFERENCE AU PRODUIT

Pour chaque produit, il faudra tenter de réaliser des entretiens avec les différents acteurs impliqués dans leur circulation et leur usage :

PvVIH ou autre personne malade en traitement, prescripteur, promoteur, vendeur, personnels des services de santé, associatifs

Il s'agira également de faire une ethnographie des lieux de délivrance, vente, prescription...

Exemple

PVXX1BFAS051010 : entretien avec une PvVIH s'appellant XX1 fait au BF par XX le 10/10/05

PVXX1BFAS051015 : entretien avec une PvVIH s'appellant XX1 fait au BF par XX le 15/10/05

PSCV1BFVB051109 : entretien avec un professionnel de la santé s'appelant CV1 fait au BF par XY le 09 novembre 2005

13.8. FICHE PRODUIT DES ANTIPALUDIQUES

A REMPLIR AVEC LA VENDEUSE

A remplir en observant le médicament et en discutant avec la vendeuse. Ne pas remplir la fiche sur feuille dactylographiée, mais à la main sur un carnet de note. Si possible, acheter le médicament et en prendre une photo.

- Nom scientifique du produit :
- Nom local du produit :
- Nom du fabricant (et de l'exploitant et du distributeur) :
- Pays de fabrication (+ adresse) :
- Description du produit (emballage, illustration, composition, galénique, nb de cés...) :
- Produit « africain » ou « de pharmacie » :
- Prix de vente aux clients :
- Prix de vente aux vendeurs de Dantokpa :
- Prix d'achat :
- Lieu d'achat, le processus d'achat :
- Ancienneté du médicament sur le marché :
- Indications, effets du médicament, symptômes soignés :
- Posologie (sûrement va-t-elle la lire sur la notice si je lui demande explicitement, c'est pas grave, le préciser seulement) :

A COMPLETER SEULE, APRES LE RECUEIL DES DONNEES :

- Ce médicament est-il présent en pharmacie au Bénin ?
- Si oui, à quel prix et par quelles voies entre-t-il légalement au Bénin ?
- Ce médicament est-il présent en pharmacie au Nigeria et/ou au Ghana et/ou au Togo ?
- Si oui, à quel prix et par quelles voies entre-t-il légalement au Nigeria, Ghana, Togo ?