

Conclusion

par Desclaux Alice

Je remercie les organisateurs de me donner la parole pour quelques commentaires finaux, qui seront sans doute très subjectifs et partiels, à partir d'un point de vue que je vais situer rapidement au préalable. Ayant été médecin, j'ai d'abord perçu le médicament comme une des réponses à la souffrance, parmi d'autres recours thérapeutiques techniques ou symboliques. En tant qu'anthropologue, je le considère maintenant surtout dans sa dimension idéale (représentations, valeurs, imaginaire), qui répond à une aspiration à la guérison et au bien-être, mais aussi renvoie à des significations plus larges (modernité, amélioration des performances, efficacité, individualité, voire identité collective). Je l'aborde aussi comme le support de relations sociales (biosocialités, pratiques sociales et professionnelles). Reprendre le cadre d'analyse de l'anthropologie médicale lorsqu'elle distingue trois points de vue sur le médicament (comme sur la maladie : objectif, subjectif et socialisé, en constante interaction), permet de « revisiter » les échanges de ce colloque pour imaginer des pistes de recherche futures- d'abord en anthropologie, mais surtout en associant plusieurs disciplines des sciences sociales et de la santé.

Ce colloque a été d'une grande richesse, d'abord parce qu'ont été décrits et discutés un grand nombre d'aspects qui dessinent la « big picture » du médicament. Le tableau a gagné en complexité, suivant les jeux d'échelles, avec des analyses de différences entre Ghana et Bénin informatives sur les dimensions structurelles macro-sociales, les héritages coloniaux et les marques imprimées par les politiques de production. Par comparaison, ces présentations éclairent d'autres « systèmes du médicament » nationaux ouest-africains, compris comme des « ensembles d'acteurs, institutions, savoirs, pratiques sociales et produits » par analogie avec les « systèmes de santé » tels que les définit l'anthropologie médicale (Desclaux & Egrot, 2015). Dans ce tableau général, j'ai plutôt été attentive à la « fin de vie sociale » (Reynolds-Whyte, Van Der Geest, Hardon, 2003) des médicaments, qui recouvre surtout les usages au niveau des populations et des professionnels de santé (prescription, dispensation, consommation, communication).

Après les travaux d'anthropologues pionniers (Van Der Geest & Whyte, 1988), les anthropologues francophones se sont intéressés aux médicaments en Afrique de l'Ouest surtout au début des années 2000, lorsque les sciences sociales ont été sollicitées pour aborder l'accès aux antirétroviraux et leurs conditions sociales d'utilisation en Afrique (Msellati, Vidal, Moatti, 2001 ; Possas & Larouzé, 2013). La visée opérationnelle était articulée avec des préoccupations de santé publique (centrées sur l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, la durabilité, etc.) et adossée à une approche analytique plus politique que culturelle, abordant les enjeux de pouvoir et les obstacles à l'application du droit au médicament, inspirée notamment par une analyse de l'absence de disponibilité des médica-

ments dans les services de soin du Cameroun (Hours, 2004). Au cours de ce colloque, des questions de santé publique ont souvent été évoquées de manière focalisée et technique, sans aller jusqu'à une telle approche « compréhensive ». On gagnerait probablement en pertinence et en puissance dans l'articulation entre sciences sociales et santé publique si la dimension analytique abordait systématiquement les rapports de pouvoir, notamment au travers des dimensions économiques. Pour le dire brutalement, l'industrie pharmaceutique est toujours l'une des plus rentables au monde et les chiffres permettent de comprendre les rapports de pouvoir traversant le « système du médicament » (par les volumes des médicaments vendus dans diverses populations, la cascade des coûts, les bénéfices, etc.). Il serait intéressant *a minima* d'utiliser systématiquement des données économiques, même de niveau basique, qui auraient été pertinentes dans un grand nombre de travaux présentés. Mieux, « convoquer » davantage d'économistes dans les collaborations entre sciences sociales qualitatives et santé publique permettrait de consolider les analyses. Par ailleurs, le pouvoir, l'argent et le secret qui caractérisent l'arrière-plan politique des systèmes du médicament pourraient être une entrée plus directe dans une approche en sciences sociales (anthropologie politique, politologie, économie) n'ayant pas nécessairement de visée appliquée. Les scientifiques et acteurs de santé engagés dans un militantisme en faveur de l'accès aux traitements pour tous, à la lumière de l'expérience des années 2000, ont besoin de données chiffrées et d'une approche compréhensive incluant l'analyse politique.

Les questions autour du médicament en Afrique ont longtemps été dominées par les inégalités d'accès Nord-Sud et les moyens de concrétiser l'objectif d'accès pour tous. Au XXIème siècle, la sécurité des traitements est aussi devenue un enjeu majeur en santé publique, avec une dimension éthique, sous l'angle de l'innocuité et des effets indésirables des médicaments (Badji & Desclaux, 2015). Pour y répondre, le déploiement de dispositifs de pharmacovigilance à l'initiative des pharmaciens et des institutions sanitaires a été évoqué pendant le colloque, complété par l'éducation thérapeutique qui en reliait les notions clés. Mais nos études sur le vécu des lipodystrophies montrent que les perceptions des personnes qui en souffrent peuvent être extrêmement différentes des notions transmises par l'éducation thérapeutique (Desclaux, Boye, ANRS 1215 Study group, 2014). Des savoirs profanes se constituent à partir de l'expérience d'effets indésirables variés, parfois combinés en cas de traitement poly-médicamenteux, qui peuvent être interprétés comme des symptômes autonomes, insérés ou pas dans les nosologies locales, et faire eux-mêmes l'objet de nouveaux recours thérapeutiques. La recherche épidémiologique descriptive de la prévalence et de la répartition sociale des effets indésirables (graves ou pas) est sans doute encore insuffisamment développée en Afrique. Elle devrait être assortie de recherches en sciences sociales pour comprendre notamment comment sont perçus et gérés les effets indésirables, individuellement et collectivement. Les rendre visibles est un enjeu éthique autant que de santé publique, qui soulève notamment des questions de distribution des responsabilités (de la prise en charge à la réparation ou l'indemnisation) du niveau global au niveau local (Badji & Desclaux, 2015). Des collaborations entre chercheurs en sciences sociales, pharmaciens et épidémiologistes restent à développer pour établir une cartographie des effets indésirables des médicaments et leurs interprétations en population, qui compléterait l'approche actuelle par la pharmacovigilance avant d'analyser plus finement les obstacles sociaux à une mise à l'agenda de la iatrogénie comme menace sanitaire.

L'approche écologique des médicaments, qui n'a pas été abordée pendant ce colloque probablement parce qu'il s'agit d'un domaine nouveau, mérite d'être évoquée. L'émergence d'épidémies dues aux résistances aux antimicrobiens (antibiotiques, antipaludéens, antiviraux) est devenue une question majeure en santé publique et maladies infectieuses. Elle résulte de pratiques ne respectant pas les normes en médecine humaine et vétérinaire, mais aussi dans les formes sociales de consommation hors des systèmes de soins (notamment l'utilisation d'antibiotiques dans l'élevage à titre préventif ou comme facteur de croissance) et la diffusion des médicaments et de leurs métabolites dans l'environnement. Ces questions sont abordées par les approches nouvelles des modèles One Health (articulant santé humaine et santé animale) et Planetary Health (considérant les interactions avec l'environnement). Ces modèles invitent à mener des études qui retracent la vie sociale des médicaments en la prolongeant par l'étude des circulations des principes actifs et des métabolites, conduisant à penser le médicament comme un objet fluide, une tendance récente en anthropologie (Hardon & Sanabria, 2017). Des analyses devraient être orientées vers la compréhension du risque (qui appellent des collaborations avec des écologues et des vétérinaires) et vers l'analyse des dispositifs et pratiques de surveillance et gestion des résistances aux antimicrobiens. Des programmes globaux (GHSA, GLOPID-R, JPI-AMR ¹) soutiennent depuis le début des années 2010 la mise en oeuvre de dispositifs d'alerte sur les résistances aux antimicrobiens et les émergences infectieuses, parallèlement aux dispositifs ciblant les médicaments contrefaits assortis de dispositions juridiques (comme la loi Medicrime). La gouvernance et l'implémentation de tels dispositifs mérite des analyses, par exemple à propos des déterminants micro-sociaux de l'alerte ou des effets de la « fausse alerte », et, à un autre niveau, de la dimension politique du contrôle des données de surveillance (en tant que données personnelles) et des populations (qui appellent des collaborations avec des politologues).

De manière générale, l'approche culturelle des perceptions des médicaments a été peu abordée pendant le colloque. Cette approche permet de décrypter notamment l'interprétation de l'efficacité du médicament d'abord selon les ethnophysiologies locales, une interprétation souvent suggérée par l'évocation de notions comme la *force* du médicament, sa *compatibilité* avec l'usager, ou l'importance symbolique du sang en tant que véhicule de l'efficacité pharmacologique. Ces interprétations dans des systèmes de sens peuvent produire le succès de certains médicaments, et sont à l'origine de *l'hybridation* de produits pharmaceutiques qui, inspirés par une *tradition*, peuvent être considérés comme des médicaments « néo-traditionnels » (Simon & Egrot, 2012). Les différences culturelles ont attiré de nombreux médecins et pharmaciens vers l'anthropologie en Europe, en particulier lorsqu'une étude a montré les différences de prescription des traitements anti-hypertenseurs et hépatoprotecteurs selon les pays (France, Allemagne, Etats-Unis, Grande-Bretagne)(Payer, 1989). Alors qu'au cours du colloque, quelqu'un évoquait la difficulté à harmoniser des pratiques de prescription au niveau de l'Afrique de l'Ouest pour des raisons politiques, on peut se demander si cette difficulté ne serait pas ancrée également dans des différences nationales liées à des aspects culturels. Ces différences peuvent être un

1 Global Health Security Agenda, GLObal Research Coalition for Infectious Disease Preparedness, Joint Programming Initiative on AntiMicrobial Resistance sont des initiatives internationales associant une cinquantaine d'États, des agences des Nations-Unies et des organismes privés.

prisme pour explorer des changements culturels dans les pratiques thérapeutiques, parfois à dimension identitaire, ce qui peut soulever des questions autour du rôle de l'ethnicité et la citoyenneté, de l'héritage linguistique et colonial dans la valorisation de certains médicaments -notamment ceux qui sont produits localement. Comprendre ces usages du médicament comme marqueur identitaire, ou comme révélateur de différences culturelles plus subtiles, appellerait l'investissement d'ethnologues.

On pouvait noter, au cours du colloque, l'absence du terme BUM ou « Bon Usage du Médicament », très prégnant il y a deux décennies comme support d'un discours normatif cadrant l'utilisation des médicaments à l'intention des soignants et des populations. Ce discours a-t-il été mis en pratique au point qu'il n'aurait plus besoin d'être affirmé, ou supplanté par le discours de lutte contre les « faux médicaments » ? Plus largement, la place des discours normatifs dans la diversité des discours qui façonnent constamment le sens du médicament est-elle fragilisée par des discours divergents et critiques ? De tels discours émergent-ils du côté des consommateurs, par exemple à propos des scandales sanitaires au Nord, des controverses concernant les firmes globales au Sud (par exemple à propos du vaccin de Sanofi contre la dengue aux Philippines), ou du constat local d'effets indésirables évoqués plus haut ? Des discours divergents endogènes et extérieurs mettent-ils en danger la confiance dans certaines catégories de médicaments, ou les médicaments en général ? Sont-ils plus largement articulés avec des discours sur des « produits chimiques », par exemple les pesticides, et basés sur des expériences et données scientifiques ? Les discours critiques émergents sont-ils liés à la montée des classes moyennes, à l'extension de l'éducation ou à l'accès aux informations médicales par l'Internet ? La mondialisation apportera-t-elle, après les médicaments et leurs effets indésirables, des modèles sociaux de riposte, au-delà des dispositifs de pharmacovigilance, au travers de professionnels de santé lanceurs d'alerte, de patients experts réformateurs constitués en associations ou d'avocats chargés de recours collectifs comme en Amérique du Nord ? À l'opposé des lanceurs d'alerte et patients experts, rappelons également les résistances religieuses à certains médicaments comme les contraceptifs, ou les refus des vaccinations et les discours auxquels ils donnent lieu de la part d'extrémistes religieux : Boko Haram aurait pu se nommer « vaccin haram ». Observe-t-on des convergences entre des discours de résistance sur une base nationaliste ou religieuse, et des critiques argumentées sur des bases scientifiques et médicales, par exemple à partir des effets indésirables ? Les théories du complot international semblent également appliquées au médicament par des populations qui pensent que les firmes occidentales utilisent des médicaments pour contenir la puissance démographique africaine, selon une interprétation répandue notamment chez les jeunes scolarisés (Dozon, 2017). Sur ces interprétations du sens manifeste ou caché du médicament, il existe probablement des différences importantes selon les classes thérapeutiques. De plus, ces thèmes concernent aussi les produits de santé, qui posent des questions assez similaires à celles que posent les médicaments et sont encore très peu étudiés par les sciences sociales. Se dessinent donc des perspectives de recherches qui pourraient prendre la forme de monographies de classes thérapeutiques ou de produits, ou de cartographies sociales des perceptions et discours (à produire éventuellement en collaboration avec des géographes de la santé). Les interprétations divergentes, controverses et manipulations du sens des médicaments constituent un champ d'études à développer.

Certaines communications ont montré des pratiques qui témoignent du processus émergent de *pharmaceuticalisation*, que l'on peut définir comme l'extension du recours aux médicaments pour répondre à des problèmes relevant de domaines de plus en plus divers de la vie sociale ; ce processus inclut la création de marchés pour des besoins perçus érigés en demandes (par exemple dans le cas du Viagra®) (Desclaux & Egrot, 2015). Dans les pays occidentaux, les sociologues en particulier ont rendu visible le *disease mongering*, qui désigne la stratégie des firmes faisant émerger des besoins correspondant aux médicaments qu'elles veulent promouvoir. G. Velasquez a parlé du nombre très élevé de brevets et de produits commercialisés pour un nombre très limité de molécules réellement innovantes, ce qui implique que la plupart des nouveaux médicaments commercialisés ne constituent pas a priori une amélioration objective, et doivent être valorisés au travers de la publicité et d'autres stratégies plus offensives. Une question intéressante concerne la manière dont les États définissent leurs besoins au travers de leurs politiques du médicament, en considérant des enjeux autour de l'égalité, l'équité et la citoyenneté, lorsqu'il faut assurer l'accès de populations de plus en plus nombreuses à des médicaments de plus en plus chers. La question des mobilisations associatives et leurs liens ambigus avec les firmes mérite d'être davantage examinée au travers d'analyses en sociologie et politologie qui montreraient à la fois comment naissent et évoluent des demandes d'extensions des usages de médicaments ciblés, et quelles interprétations politiques du « droit au médicament » elles mettent en jeu aux échelles globales et locales. Les équilibres complexes entre décisions sur les seuils d'efficacité, distributions de responsabilités pour l'accès au médicament, le traitement et la réparation des effets indésirables, les effets sanitaires et effets environnementaux, appellent des analyses compréhensives. Ces questions peuvent être examinées de manière concrète autour de monographies comparées de produits. Dans ce domaine, constituer un « observatoire social des médicaments » pourrait être intéressant, qui rassemblerait des monographies comparées et des études transversales analytiques focalisées ou compréhensives, quantitatives ou qualitatives. Ceci permettrait de décrire comment certains médicaments essentiels sont appropriés ou rendus accessibles pour tous alors que d'autres sont réservés à certaines catégories économiques et sociales, tout en considérant de manière critique que l'accès pour tous n'est pas toujours un progrès social - par exemple dans le cas des « médicaments de la performance » utilisés de plus en plus par des catégories sociales modestes.

Au final, ce colloque s'est révélé très stimulant du fait de la richesse des questions traitées et parce qu'il montre tout l'intérêt qu'il y aurait à poursuivre les échanges et ouvrir des collaborations, non seulement entre disciplines scientifiques, mais aussi entre chercheurs et acteurs institutionnels Nord et Sud.

Références

- M. Badji et A. Desclaux, Éd., *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique: analyses en anthropologie, droit et santé publique*. Dakar: L'Harmattan Sénégal, 2015.
- A. Desclaux, S. Boye, et ANRS 1215 Study group, « Perceptions of lipodystrophy among PLHIV after 10 years of antiretroviral therapy in Senegal », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, vol. 107, no 4, p. 246-251, 2014.

- A. Desclaux et M. Egrot (eds), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan, 2015.
- A. Desclaux, I. Lanièce, I. Ndoye, et B. Taverne, *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Paris: ANRS, Collection Sciences Sociales, 2002.
- J-P. Dozon, *La vérité est ailleurs : Complots et sorcellerie*. Maison des Sciences de l'Homme, 2017.
- S. van der Geest et S. R. Whyte, *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Kluwer Academic Publishers, 1988.
- Hardon et E. Sanabria, « Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of Pharmaceuticals », *Annual Review of Anthropology*, vol. 46, no 1, p. 117-132, 2017.
- Hours, *L'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun*. Paris: Editions L'Harmattan, 2004.
- P. Msellati, L. Vidal, et J.-P. Moatti, *L'accès aux traitements du VIH/sida. Evaluation de l'initiative Onusida/Ministère ivoirien de la santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*. ANRS, 2001.
- L. Payer, *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*. Penguin Books, 1989.
- C. Possas et B. Larouzé, *Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud. Propriété intellectuelle et politiques publiques*. Paris: ANRS, 2013.
- S. Reynolds-Whyte, S. Van Der Geest, et A. Hardon, *Social Lives of Medicines*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2003.
- E. Simon et M. Egrot, « « Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 30, no 2, p. 67-91, 2012.



OUIDAH, BENIN

Regulations, Markets, Health

QUESTIONING CURRENT STAKES
OF PHARMACEUTICALS IN AFRICA

from March 26 to 29, 2018



OUIDAH, BÉNIN

Régulations, Marchés, Santé

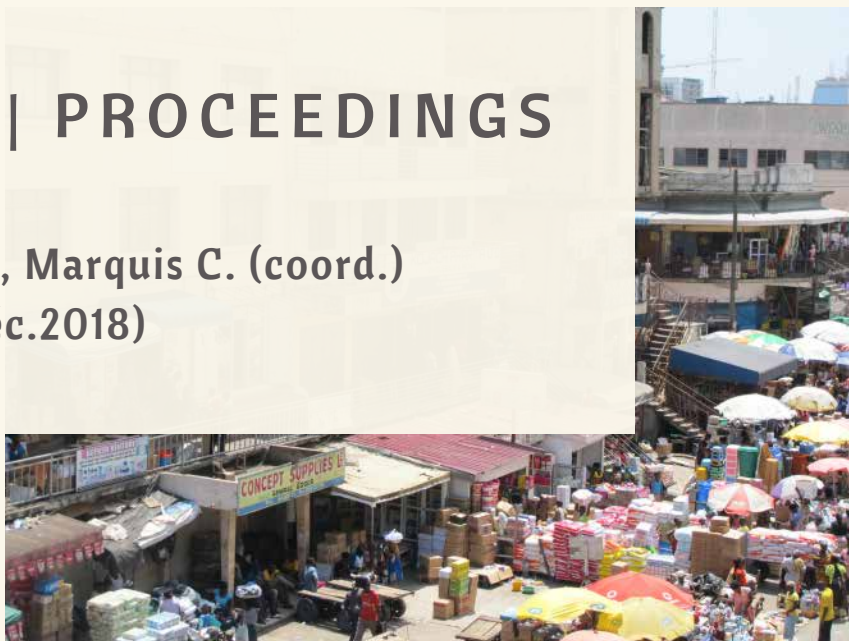
INTERROGER LES ENJEUX ACTUELS
DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

du 26 au 29 mars 2018



ACTES | PROCEEDINGS

Baxerres C., Marquis C. (coord.)
(on-line, déc.2018)



Actes électroniques, hal-01988227, Décembre 2018
Electronic Proceedings, hal-01988227, 2018, December

<https://globalmed.sciencesconf.org/>
<http://globalmed.ird.fr/>

Comité scientifique du colloque | Scientific committee

Daniel Kojo Arhinful (NMIMR UGL, Ghana), **Carine Baxerres** (MERIT IRD, France), **Laurent Brutus** (DMG UN, France), **Eve Bureau-Point** (MERIT IRD, France), **Maurice Cassier** (CERMES3 CNRS, France), **Alice Desclaux** (TransVIHMI IRD, France), **Marc Egrot** (MIVEGEC IRD - UAO, Côte d'Ivoire), **Habib Ganfon** (FSS UAC, Bénin), **Claudie Haxaire** (CERMES3 UBO, France), **Roch Houngnihin** (DSA UAC, Bénin), **Adolphe Kpatchavi** (DSA UAC, Bénin), **Jean-Yves Le Hesran** (MERIT IRD - CERPAGE, Bénin), **Stéphanie Mahamé** (UAC-EHESS, Bénin), **Maxima Missodey** (NMIMR UGL, Ghana), **Sandrine Musso** (CNE AMU, France), **Laurent Pordié** (CERMES3 CNRS, France), **Jessica Pourraz** (EHESS, France), **Mathieu Quet** (CEPED IRD - CSSP, Inde), **Kelley Sams** (CNE, France), **Kodjo Senah** (DS UGL, Ghana)

Comité d'organisation | Organisation committee

Emilienne Anago (DSA UAC, Bénin), **Carine Baxerres** (MERIT IRD, France), **Inès Boko** (DSA UAC, Bénin), **Moïse Djralah** (DSA UAC, Bénin), **Audrey Hémadou** (DSA UAC, Bénin), **Roch Houngnihin** (DSA UAC, Bénin), **Adolphe Kpatchavi** (DSA UAC, Bénin), **Anani Agossou** (DSA UAC, Bénin), **Aubierge Kpatinvoh** (CERPAGE, Bénin), **Jean-Yves Le Hesran** (MERIT IRD, Bénin), **Stéphanie Mahamé** (UAC-EHESS, Bénin), **Charlie Marquis** (Globalmed, France), **Maxima Missodey** (NMIMR UGL, Ghana)



CC-BY.ERC-Globalmed

Comité éditorial | Editorial board

Carine Baxerres (MERIT IRD, France), **Eve Bureau-Point** (MERIT IRD, France), **Alice Desclaux** (TransVIHMI IRD, France), **Habib Ganfon** (FSS UAC, Bénin), **Claudie Haxaire** (CERMES3 UBO, France), **Jean-Yves Le Hesran** (MERIT IRD - CERPAGE, Bénin), **Stéphanie Mahamé** (UAC-EHESS, Bénin), **Charlie Marquis** (Globalmed, France), **Maxima Missodey** (NMIMR UGL, Ghana), **Sandrine Musso** (CNE AMU, France), **Jessica Pourraz** (EHESS, France), **Mathieu Quet** (CEPED IRD - CSSP, Inde), **Kelley Sams** (CNE, France), **Kodjo Senah** (DS UGL, Ghana)

CC-BY.ERC-Globalmed





Ce colloque était organisé par l'équipe du programme de recherche Globalmed financé par l'European Research Council dans le cadre du 7ème programme cadre de l'Union Européenne (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°337372 et porté conjointement par l'unité MERIT de l'Institut de Recherche pour le Développement (France), Le CERMES3 (France), le Noguchi Memorial Institute for Medical Research (Ghana), le Département de Sociologie-Anthropologie de l'Université Abomey-Calavi (Bénin) et l'Université des Sciences de la Santé (Cambodge). Le colloque s'est tenu grâce aux partenariats scientifiques suivants : TransVIHMI, CNE, CERPAGE, LAMA, EHESS et l'Université Paris Descartes. D'importants soutiens ont aussi émané de l'Institut de Recherche pour le Développement, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'Université d'Abomey-Calavi, de l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah au Bénin et des Ambassades de France au Bénin et au Ghana..

This symposium was organized by the team of Globalmed Project, funding from the European Research Council under the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°337372, jointly carried by MERIT unit from National Research Institute for Sustainable Development - IRD (France), The CERMES3 (France), the Noguchi Memorial Institute for Medical Research (Ghana) and the Applied Medical Anthropology Laboratory -LAMA (Benin) and the Life Sciences University (Cambodia). The symposium was supported by scientific partnership with : the TransVIHMI, the CERPAGE and the MIVEGEC (IRD), the CERMES3 (CNRS), the EHESS, the Universities of Abomey-Calavi, Ghana Legon and Paris Descartes. Moreover, the French National Research Institute for Sustainable Development, the European Research Council, the World Health Organisation, the Abomey-Calavi University, the Regional Institut of Public Health of Ouidah and the french embassies in Benin and in Ghana have been given important supports.