

## INTRODUCTION

### LE MÉDICAMENT DIFFUSE AU SUD CONTEXTES, FORMES CULTURELLES ET EFFETS SOCIAUX OBSERVÉS DEPUIS LES MARGES

Alice Desclaux\* & Marc Egrot\*\*

Au cours des cinquante dernières années, l'usage du médicament — défini *a priori* dans cet ouvrage comme une substance thérapeutique pharmacologiquement active, conçue et/ou validée par la recherche médicale, produite de manière industrielle et dont la vente et l'usage sont autorisés et régis par des instances sanitaires — a pris une place dominante dans les soins, quelles que soient les sociocultures. Cette croissance reflète le développement et l'extension de la biomédecine qui a donné une place centrale au médicament, l'un de ses moyens techniques les plus efficaces et les plus accessibles. Elle est aussi induite par la popularité du médicament, due à une combinaison complexe d'efficacité biologique, de matérialité et de valeur métonymique combinant la connaissance scientifique, la technologie, le savoir médical et la guérison (Van der Geest & Whyte, 1989).

L'augmentation de l'importance quantitative et qualitative des médicaments dans la vie quotidienne, qui s'étend au-delà de la place qu'occupe la biomédecine dans les pratiques de soins, est un fait empirique. Globalement, les médicaments représentent le quart des dépenses individuelles de santé au début du XXI<sup>e</sup> siècle, et les dépenses en médicaments ont davantage augmenté en dix ans (1997-2006) que les dépenses globales de santé (WHO, 2011a). Les pratiques de consommation mesurées en termes économiques sont très disparates à l'échelon planétaire, car elles dépendent des ressources disponibles : plus de 78 % des produits pharmaceutiques sont consommés dans les pays aux revenus élevés, qui représentent seulement 16 % de la population mondiale. Dans les pays occidentaux, les médicaments accompagnent une vie quotidienne

\* Anthropologue, médecin, directrice de recherche IRD, UMI TransVIHMI, Dakar, Sénégal.

\*\* Anthropologue, médecin, chargé de recherche IRD, UMR Mivegec, Cotonou, Bénin.

dont ils ont contribué à augmenter la durée : on y recherche désormais un médicament pour chaque trouble (Busfield, 2010) et les médicaments ont colonisé « la chambre à coucher et la cuisine » (Fox & Ward, 2008) ; l'automédication domine les pratiques de soins profanes, faisant écho à l'importance de la prescription dans les pratiques médicales (Fainzang, 2001, 2012). Moins de 4 % des médicaments disponibles au niveau mondial sont consommés en Afrique et en Asie du Sud-Est, qui représentent ensemble 37 % de la population mondiale. Mais l'écart se réduit entre Nord et Sud : l'augmentation des dépenses pharmaceutiques en dix ans a été plus importante dans les pays de bas revenus que dans ceux aux revenus élevés (WHO, 2011a). De plus, ces données ne concernent que les échanges dans le secteur formel : les volumes de médicaments achetés dans le secteur informel pourraient être très importants au Sud (Baxerres, 2010).

Ces quelques données quantitatives permettent d'appréhender la situation actuelle de la diffusion des médicaments et la dynamique de pharmaceuticalisation<sup>1</sup> : pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'expansion de la diffusion des médicaments au cours des prochaines décennies est inéluctable dans les pays du Sud, et l'enjeu est d'assurer que cette croissance permette un accès équitable à des traitements de qualité (WHO, 2011b). Cette évolution soulève des questions majeures concernant les ressorts culturels et sociaux de l'usage des médicaments, ainsi que son impact actuel et potentiel sur la gestion de la santé, de la maladie et des soins. Pour aborder ces aspects, il est d'abord nécessaire de situer cette diffusion des médicaments dans le contexte des systèmes de soins des pays du Sud.

## LES DYNAMIQUES PARADOXALES DE LA DIFFUSION DU MÉDICAMENT AU SUD

### *Le médicament central pour la santé publique*

Le médicament a suivi la progression de la médecine coloniale au début du XX<sup>e</sup> siècle. La « médecine tropicale » a été définie d'abord historiquement et sur le plan épidémiologique comme une lutte contre des pathologies infectieuses, première cause de mortalité en zone intertropicale. Dans ce contexte, l'émergence du médicament a été favorisée par le modèle pasteurien qui fait correspondre « un agent infectieux, une maladie, et un médicament » (Halioua, 2009). Pendant la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les institutions internationales en santé publique ont soutenu la mise en place de dispositifs d'approvisionnement en médicaments dans le cadre du développement des systèmes de soins

1. — S'il n'existe pas encore de terme spécifique légitimé par les instances académiques ou par un usage commun à plusieurs disciplines pour désigner ce processus, le terme pharmaceuticalisation, traduction de l'anglais *pharmaceuticalization*, est de plus en plus utilisé en sciences sociales, simultanément pour qualifier cette croissance et sa signification sociologique, discutée plus loin dans cette introduction.

par les États. En 1977, l'OMS proposait une première liste de médicaments essentiels définis comme ceux qui répondent aux « besoins minimaux en médicaments d'un système de soins de santé de base » et « qui ont la meilleure efficacité, la meilleure innocuité et le meilleur rapport coût/efficacité concernant les maladies prioritaires » (OMS, 2011a). La disponibilité de ces médicaments dans les services de soins, qui devait être assurée dans le cadre de la politique de soins de santé primaires adoptée en 1978, avait entre autres pour objectif d'améliorer la fréquentation des services de la part de populations insatisfaites de n'y obtenir jusqu'alors que des prescriptions. Au cours des années 1980, les dispositifs de distribution de médicaments sont étendus jusqu'au niveau le plus décentralisé. En 1988, l'Initiative de Bamako instaure le recouvrement partiel des coûts de fonctionnement des services de santé au moyen d'une participation communautaire, sous la supervision de comités de gestion (Kerouedan, 2011). Une politique globale du médicament est progressivement élaborée pour les rendre accessibles à l'ensemble de la population et en assurer la qualité grâce au relais des États, encouragés à adopter la liste régulièrement actualisée des médicaments essentiels, tout en l'adaptant à leurs besoins et à leur politique sanitaire nationale (Bruneton, 2011). Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, l'OMS considère que la politique pharmaceutique globale doit traiter deux priorités : d'une part l'accès aux médicaments à des « prix abordables » ; d'autre part la qualité des médicaments en termes d'innocuité, d'efficacité, et de « prescription et utilisation rationnelles », (OMS, 2013). Le médicament est toujours considéré par les organismes internationaux, les institutions de santé publique et désormais les institutions de santé globale, comme l'outil indispensable pour améliorer la santé des populations du Sud (Koplan *et al.*, 2009).

### *Le médicament trop rare*

En 2000, les objectifs du millénaire pour le développement adoptés par l'assemblée générale des Nations unies entérinent ces priorités, au travers de l'objectif 8 : « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement », dont la cible 8.E est de :

*rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique.*

Les analyses récentes soulignent les obstacles structurels à l'atteinte de cet objectif, en faisant état de :

*fortes disparités en matière d'accès aux médicaments dans le secteur public comme dans le secteur privé ainsi que d'écarts de prix importants freinant l'accès aux médicaments chez les populations pauvres.*

(Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, 2008).

Un grand nombre de personnes souffrant de problèmes de santé ne bénéficient pas d'un traitement médical adéquat, par manque de médicaments, à cause de leur coût qui les met hors de portée des populations aux revenus limités, et du fait de l'absence de traitements pour des pathologies dites négligées ou orphelines, ou de formulations pour les enfants. La disponibilité des médicaments pour les populations du Sud ne couvrirait que le tiers des besoins de traitement dans le secteur public et les deux tiers dans le privé. Le prix constitue une barrière majeure notamment à cause des coûts de distribution : le coût des médicaments essentiels génériques pour les usagers serait équivalent à 250 % du prix de référence international dans le secteur public, et à 610 % dans le secteur privé. De plus, du fait de taux de couverture par des systèmes d'assurance maladie inférieurs à 10 %, les coûts des médicaments sont portés par les patients à hauteur de 50 à 90 % dans les pays pauvres *versus* moins de 30 % dans les pays riches (WHO, 2011a). Face aux inégalités économiques en matière d'accès au médicament, les modes de financement des dépenses de santé sont considérés aujourd'hui comme une question de santé publique prioritaire.

Aussi, les organismes internationaux considèrent le médicament dans les pays du Sud comme un produit indispensable à la santé des populations mais encore trop rare et trop cher, nécessitant pour améliorer son accès « des partenariats plus solides entre les gouvernements, les sociétés pharmaceutiques et la société civile, y compris les consommateurs » (Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, 2008 : 39), au travers d'une « bonne gouvernance » notamment au niveau national. L'accès économique et le contrôle de qualité des médicaments, au centre de la politique de l'OMS, font simultanément l'objet de mobilisations dans le secteur humanitaire, où cette question est traitée comme un enjeu éthique (Sterckx, 2004).

### *L'« inondation » de médicaments*

Au niveau local, le médicament se présente sous un autre jour, qui apparaît dans le champ scientifique au travers d'études consacrées par les sciences sociales aux systèmes médicaux. À la fin des années 1980, Van der Geest & Whyte, dans le premier ouvrage consacré à l'anthropologie du médicament au Sud, ouvraient leur préface par le constat : « Les médicaments occidentaux inondent le Tiers Monde » (Van der Geest & Whyte, 1988). Depuis, dans les pays d'Afrique ou d'Asie, même les moins avancés, les espaces de vente des médicaments sont plus souvent caractérisés par la profusion que par la rareté. Le nombre de médicaments disponibles sur le marché est désormais sans rapport avec les revenus des pays, ce que confirment les analyses qui montrent que certains pays du Sud peuvent commercialiser dix fois plus de médicaments qu'un pays européen, en nombre de formes commerciales et à populations d'effectifs équivalents (Bruneton, 2011).

Des travaux empiriques, disparates, qui concernent divers aspects de l'offre, illustrent cette profusion des médicaments dans les systèmes de soins du Sud assortie d'une diversification des produits. Le développement en Afrique de réseaux de diffusion dans le secteur informel et les « pharmacies par terre » avaient été décrits à la fin du XX<sup>e</sup> siècle (Fassin, 1992 ; Jaffré, 1999). Des médicaments néotraditionnels, notamment ceux indiqués pour l'infection à VIH qui ont émergé lorsque la médecine ne disposait pas de traitement mais qui continuent à être diffusés, circulent dans plusieurs pays africains où ils peuvent être prescrits par des professionnels de santé (Hardon et al., 2008 ; Simon & Egrot, 2012). La diffusion de médicaments d'origine chinoise sur les marchés informels africains est de plus en plus décrite sur des lieux sans rapport avec les institutions ou les professions médicales, et ces « médicaments chinois » inscrits dans un rapport ambigu avec la médecine sont appréciés par les consommateurs (Hsu, 2002). La vente dans les officines pharmaceutiques de produits *over the counter*, c'est-à-dire hors prescription médicale, s'est développée. Les officines se sont multipliées dans un secteur privé favorisé par les politiques néolibérales menées à partir des années 1990, profitant du fait que la fourniture des médicaments par les services de santé publics est devenue plus complexe (Abuya, 2007). Des volumes importants de « faux médicaments » ou médicaments « contrefaits » sont décrits comme étant en circulation (OMS, 2010), sans que l'on puisse mesurer précisément ce qui découle du développement de leur production en Afrique et en Asie (Caudron et al., 2008), de la possibilité croissante de les repérer et des changements dans l'approche de ces produits notamment au plan juridique (Aldhous, 2005; Mackey & Liang, 2011). La circulation illicite transfrontalière de médicaments (qui ne sont pas nécessairement des médicaments faux ou contrefaits), notamment entre pays anglophones et francophones ayant des réglementations différentes en matière de distribution, de vente et de délivrance des produits pharmaceutiques est aujourd'hui mieux connue (Baxerres, 2010). À Ouagadougou, les individus des classes moyennes urbaines ont commencé à constituer des pharmacies domestiques, différentes selon le sexe en termes de troubles visés, de produits choisis et de destinataires (les femmes gérant le traitement des enfants), comprenant une proportion importante de médicaments achetés hors prescription (Bila, 2011). Vue à partir du terrain, la rareté relative des médicaments essentiels coexiste ainsi avec une profusion de médicaments de statuts divers du point de vue des institutions sanitaires.

### *Nouveaux dispositifs et nouvelles indications*

Au cours de la dernière décennie, la pandémie de sida a suscité le développement de nouveaux dispositifs et de nouvelles modalités pour l'organisation de la production, la diffusion et l'utilisation des médicaments. Des mécanismes complexes de gouvernance, d'approvisionnement et de distribution ont été mis en place (Fonds d'achat, dispositif *Fonds mondial de lutte contre le sida, la*

*tuberculose et le paludisme*, dispositif OMS, etc.) sous gouvernance transnationale, sur la base de nouvelles formes de partenariats (alliances internationales, partenariats publics-privés, coalitions). Ces dispositifs s'interposent ou se superposent aux rapports antérieurs entre États et firmes pour l'approvisionnement en médicaments, bouleversant les distinctions entre secteurs lucratif et non lucratif, public et humanitaire, notamment par l'apparition des fondations comme intermédiaires ou acteurs à part entière. Des systèmes de gestion ont été mis en place, de l'approvisionnement à la distribution, en premier lieu pour les antirétroviraux. Ces dispositifs ont permis d'assurer un traitement à cinq millions de personnes en Afrique (8 millions dans l'ensemble des pays à revenus intermédiaires et limités), qui auront besoin de ces traitements pendant toute la durée de leur vie (en l'état actuel des connaissances) [OMS, 2011b]. Le traitement de l'infection à VIH a imposé à grande échelle une approche qui conjugue modèle pasteurien et modèle de traitement de la maladie chronique, exigeant un approvisionnement continu et contrôlé pour une prise quotidienne de médicament. Pour assurer la « rétention » dans la file active, les programmes de traitement doivent mettre en place un ensemble de techniques médicales et sociales qui dépassent le cadre des services sanitaires. Ils doivent ainsi combiner l'optimisation des régimes thérapeutiques, la décentralisation des outils de diagnostic et de suivi sur les lieux de soin, la réduction des coûts, l'adaptation des services aux contextes locaux et la mobilisation des populations devant soutenir les personnes vivant avec le VIH et les aider à prendre leur traitement notamment au travers d'interventions éducatives (WHO, 2012a).

Les progressions considérables en dix ans en termes d'effectifs de populations traitées pour l'infection à VIH et d'aménagement des services de soins ont ouvert des perspectives aux instances de santé publique et leur permettent d'envisager l'application de ce modèle à d'autres pathologies pour lesquelles un médicament est indispensable à la survie. La montée en fréquence, dans les pays du Sud, des maladies chroniques, liée à l'augmentation de la durée de vie et aux effets pathogènes des environnements et modes de vie urbains, ainsi que l'accroissement de leur dépistage et leur prise en charge biomédicale, engagent une population croissante à « vivre avec le médicament ». Dans certains pays, des pathologies telles que le diabète, la drépanocytose, les maladies cardiovasculaires, ou les maladies neurologiques et dégénératives, encore très peu traitées, font l'objet de nouveaux programmes nationaux. Les réductions des prix internationaux de certains médicaments couplées à l'accroissement du pouvoir d'achat d'une partie des populations des pays du Sud permettent aussi de prévoir le traitement à plus grande échelle des maladies non transmissibles qui représentent la première cause de décès dans le monde (WHO, 2010). Sur divers sites, des organisations non gouvernementales transnationales « ouvrent des brèches » en instaurant le traitement de pathologies jusqu'à présent peu traitées au Sud (hépatites, certains cancers, insuffisance rénale).

De nouvelles indications pour les médicaments sont aussi ouvertes en prévention pour des produits déjà utilisés en traitement curatif. En 2012, la prophylaxie médicamenteuse de la transmission du VIH était recommandée en renforcement ou comme substitut des stratégies comportementales antérieures. Les institutions nationales et internationales ont élargi les indications d'utilisation des antirétroviraux à de nombreuses situations : mise sous traitement de personnes infectées par le VIH quel que soit leur niveau d'immunodépression ; des conjoints de personnes infectées par le VIH ; des personnes qui ont été exposées au VIH, avant la confirmation de leur diagnostic ; des personnes qui vont être en situation d'exposition au VIH dans des populations vulnérables (WHO, 2012b). Cette stratégie augmente considérablement le nombre de personnes vivant avec le VIH qui devraient prendre des antirétroviraux : quinze à dix-sept millions de personnes supplémentaires devraient recevoir ce traitement dans les pays de revenus limités ou intermédiaires (WHO, 2012b). Les traitements de masse à visée préventive sont depuis quelques années remis sur le devant de la scène, tant dans le cadre de programmes verticaux anciens hérités de la médecine coloniale que pour des maladies négligées, comme le praziquantel pour la schistosomiase, l'azithromycine pour le pian, l'ivermectine pour l'onchocercose, les helminthiases intestinales ou certaines dermatoses.

Les effets des nouveaux dispositifs en termes d'augmentation de la circulation des médicaments au Sud sont aussi perceptibles pour d'autres pathologies prioritaires au plan international. Concernant le paludisme, l'application des recommandations récentes de l'OMS pour la prévention durant la grossesse et le traitement des épisodes cliniques a entraîné une importante augmentation des volumes de médicaments circulant en zone d'endémie. À titre d'exemple, le nombre de traitements par combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) achetés par le secteur public fut de 11,2 millions en 2005, de 76 millions en 2006. Il a atteint 181 millions en 2010, auxquels s'ajoutent 35 millions de traitements par CTA acquis dans le secteur privé la même année. Selon les projections, la demande totale en CTA devrait « atteindre 287 millions de traitements en 2011, soit une augmentation de 32 % par rapport à 2010 ».

*Le facteur principal de cette hausse est la multiplication par dix des ventes privées subventionnées par le Dispositif pour des médicaments abordables pour le paludisme (DMap)*

(WHO, 2011c : xii).

Les médicaments sont donc appelés à occuper davantage de place dans les systèmes de soins en termes d'indications médicales, de variété des situations et des populations concernées et de volumes des produits en circulation, au Sud comme au Nord (Baxerres & Simon, 2013a).

## *Trop ou trop peu de médicaments ?*

Ce tableau complexe et rapidement évolutif de la diffusion des médicaments au Sud, présenté ci-dessus au travers d'une histoire sociale de la santé publique d'approche très générale, est traversé par deux lignes de force. La première donne au médicament une place croissante dans la gestion de la santé par des populations hétérogènes sur les plans épidémiologique et social, de plus en plus nombreuses. La seconde lui donne des formes multiples défiant les possibilités de catégorisation empirique, qui le font apparaître chargé de significations diverses, pouvant être très différentes selon les contextes et les institutions. Pour les anthropologues, ce tableau soulève de multiples questions d'ampleur variable, qui concernent les déterminants sociaux, politiques et culturels de cette évolution sous ses deux aspects — diversification et augmentation — dans la diversité des contextes. Les questions portent également sur le sens de cette dynamique eu égard au rapport à la santé et à la maladie et à l'évolution des systèmes de soins, ainsi que sur ses effets en termes de transformations sociales.

Les objectifs de l'OMS, conçus en termes de santé publique, introduisent une appréciation de cette double dynamique d'augmentation et de diversification des médicaments. En définissant des propositions pour accroître l'accès — qui devrait être assuré à ceux qui en ont besoin de manière continue et sans barrière économique — et pour améliorer leur qualité — qui devrait combiner innocuité, efficacité, modalités de prescription et d'utilisation rationnelles —, l'OMS conduit à concevoir une « bonne » et une « mauvaise » pharmaceuticalisation. La distinction reposerait d'une part sur la caractérisation des produits (médicaments efficaces ou essentiels *versus* médicaments faux, contrefaits, illicites, inutiles, ou toxiques), d'autre part sur des modes de distribution, prescription, dispensation, consommation, qui devraient être « rationnels » au regard de l'amélioration de la santé et du développement, c'est-à-dire selon les concepts de la santé publique : efficaces, accessibles, acceptables, durables, et sûrs (WHO, 2009).

Considérer les objectifs de l'OMS conduit à ouvrir plusieurs champs à l'investigation des sciences sociales, selon que l'on se place dans une perspective d'anthropologie pour la santé publique ou de la santé publique. Dans le premier cas, il faudra explorer les interprétations de la stratégie de l'OMS de l'échelle globale au niveau local, les conditions sociales pour qu'elle soit mise en œuvre, ses perceptions émiques et ses effets sociaux dans la diversité des contextes. Dans le second, il faudra situer les propositions de l'OMS par rapport à la pharmaceuticalisation, examiner de manière critique les définitions qu'elles instaurent de l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments, les effets sociaux des normes comme des distinctions qu'elles induisent, et la manière dont elles organisent le rapport entre le médicament et la santé.

## ÉCLAIRAGES ANTHROPOLOGIQUES

Depuis trois décennies des analyses anthropologiques ont éclairé les inscriptions sociales et culturelles du médicament, en particulier au Sud. Nous en rappellerons ici les principaux courants, sans objectif d'exhaustivité ni de revue des travaux anthropologiques menés au Nord. Auparavant, quelques précisions sont indispensables pour circonscrire le médicament, au centre de cette étude.

### *Le médicament ou les médicaments*

Le « noyau dur » des perceptions des médicaments dans les savoirs médicaux communs, et dans les savoirs profanes, les conçoit comme des substances matérielles définies par leur capacité pharmacologique d'action qui leur donne le pouvoir de soigner, de prévenir la maladie ou d'améliorer les performances physiques (Dagognet & Pignarre, 2005). Le médicament fait aussi l'objet de caractérisations juridiques, pharmaceutiques et commerciales, qui expliquent en partie la multiplicité de ses formes matérielles en circulation, y compris pour un même « principe actif ».

Au-delà de ce noyau dur de significations partagées appartenant au registre biologique et pharmacologique, des définitions relevant d'autres registres peuvent être utilisées ; elles ne sont pas homologues, par exemple entre registres juridique et médical ; d'autre part, on note des glissements sémantiques entre les définitions institutionnelles et leurs usages qui procèdent souvent par extension. Les définitions données par des codes de la santé publique quels que soient les contextes nationaux ou internationaux peuvent circonscrire des « périmètres » organisés autour de notions du registre médical, que les réglementations spécifiques restreignent de manières diverses. Les produits diététiques ou les phytothèmes, par exemple, peuvent ainsi être reconnus ou pas comme des médicaments, selon les réglementations locales. Les catégorisations internes à la notion de médicament fondent également leurs qualificatifs et distinctions sur des principes hétérogènes. Les définitions médicales et pharmaceutiques utilisent souvent la *dénomination commune internationale*, qui qualifie le principe actif d'un point de vue pharmacologique sans prendre en compte les excipients qui composent aussi le médicament. Les catégorisations qui leur sont associées considèrent des classes thérapeutiques fondées sur une homologie biologique ou chimique des médicaments, ou sur une cible thérapeutique, mais peuvent y inclure des produits aux principes actifs très différents. Les définitions commerciales correspondent à des formes galéniques de durée spécifiée, catégorisées par firme et définies selon des logiques de droit industriel et de propriété intellectuelle. Un inventaire des termes utilisés par l'Organisation mondiale de la santé pour désigner des médicaments essentiels met en évidence de nombreux principes de dénomination, catégorisation et hiérarchisation, incluant entre autres la réglementation sanitaire internationale, les indications par classe thérapeutique ou par type de pathologie, la qualification au regard du

droit de propriété intellectuelle, la valeur en termes de santé publique, qui peuvent être mobilisées dans des classements polythétiques. La superposition de plusieurs principes de définition d'un médicament — pharmacologique, juridique, commercial, thérapeutique — distincts mais parfois hybridés, rend ainsi infructueuse la recherche d'une définition qui permettrait de disposer d'un référent *etic*, c'est-à-dire défini à distance des contextes sociaux que l'on veut étudier et pouvant être utilisé de manière transversale à ces registres d'identification. Elle explique la diversité des catégorisations pharmaceutiques des médicaments, et contribue à la richesse des perceptions émiques pour divers acteurs et dans divers contextes sociaux.

Malgré ces diverses dimensions produites par des constructions idéelles dans des registres divers et par la variété des significations, le médicament constitue une entité conceptuelle cohérente. Cette perception tient à la matérialité d'un médicament, à son caractère tangible et à une forme d'identité visuelle qui permet à chacun, informé ou pas, de le reconnaître aisément quel que soit le contexte. La complexité de cet objet pourrait aussi être considérée comme une caractéristique commune à tous les médicaments ; il en est de même de l'ambivalence pharmacologique des produits pharmaceutiques, dont la toxicité est généralement un corollaire de l'efficacité. On comprend pourquoi ses analystes qualifient le médicament d'objet étrange entre marché, science et société (Pignarre, 1997), rappellent son ambivalence ontologique de *pharmakon* (Dagognet, 1984), identifient des opinions contrastées à son propos (Van der Geest & Whyte, 2003) et *in fine* le présentent comme « bon à penser » parce qu'il concentre des logiques sociales, symboliques et pharmacologiques multiples sous une apparence banale (Van der Geest & Whyte, 1989). Ces observations conduisent à adopter une définition *a priori* du médicament, présentée en début d'introduction, qui prend en compte ses divers registres de qualification tout en étant englobante et centrée sur des éléments de signification essentiels. Ce parti pris impose de porter l'attention sur les définitions émiques, d'examiner les tensions qu'elles génèrent en particulier à l'interface entre plusieurs registres, et de s'intéresser aux processus de redéfinition du médicament à la marge. Il nous conduit aussi à limiter notre propos en excluant de l'analyse des produits thérapeutiques aux caractéristiques spécifiques, comme les vaccins, qui font l'objet de discours de défiance liés aux caractéristiques des produits (dérivés d'agents pathogènes), au mode d'administration par injection et à l'histoire politique de sa diffusion (obligation vaccinale au Nord, campagnes de vaccination de masse au Sud) [Leach & Fairhead, 2007].

### *Analyses au Sud*

Whyte *et al.* ont retracé la manière dont quelques anthropologues ont commencé à investiguer les médicaments dans les pays alors considérés comme « en développement », en prenant conscience de la facilité avec laquelle ces objets familiers aux chercheurs étaient intégrés dans les pratiques de soin rituelles, ou

utilisés loin des services de santé (Whyte *et al.*, 2002). Après avoir été analysé comme un objet thérapeutique parmi d'autres dans des travaux sur les systèmes médicaux, le médicament est devenu un objet d'étude à part entière au Sud au cours des années 1980. Des monographies ont montré l'importance de la diffusion des médicaments dans des réseaux informels et commerciaux, ainsi que l'émergence de l'automédication comme pratique de soin, en particulier au Cameroun (Van der Geest, 1987a), en Ouganda (Whyte, 1988) et en Inde (Greenhalgh, 1987). C'est l'ouvrage collectif dirigé par Van der Geest & Whyte qui a apporté une collection d'études suffisante pour documenter les effets de cette circulation des médicaments en particulier hors du secteur formel (Van der Geest & Whyte, 1988). Il analysait d'une part les contextes multiples dans lesquels les médicaments font l'objet de transactions en tant qu'objets matériels, par exemple les marchés, et montrait les effets de l'intrication entre la logique thérapeutique et d'autres logiques. L'ouvrage explicitait aussi les significations du médicament, s'intéressant au sens donné à divers types de produits et aux constructions culturelles de l'efficacité (Etkin, 1988). Ces travaux faisaient valoir que les contextes locaux peuvent déterminer des usages des médicaments très éloignés de leurs indications médicales et révélaient le processus culturel de réinterprétation, selon les ethnomédecines ou les systèmes médicaux, qui conduit par exemple à considérer la pénicilline comme un traitement ayurvédique (Burghart, 1988). Ils montraient aussi les effets de l'arrivée de produits pharmaceutiques sur les pharmacopées locales dont les phytoremèdes adoptent la présentation des médicaments, ce qui préfigurait une forme de syncrétisation des traitements traditionnels, une tendance qui s'affirmera et sera décrite de manière plus approfondie dans d'autres travaux (Simon & Egrot, 2012). Un autre ouvrage collectif s'intéressera plus particulièrement, dans d'autres contextes du Sud, aux conditions de mise en œuvre de pratiques et d'usages autour d'une série de médicaments essentiels, compatibles avec les recommandations de santé publique (Nichter & Vuckovic, 1994a). Cette vague de travaux a permis de définir un programme d'étude pour l'anthropologie du médicament au Sud (Van der Geest, 1984a, 1984b; Nichter & Vuckovic, 1994b), en affirmant quelques impératifs méthodologiques tels que la nécessité d'étudier les médicaments à partir du point de vue de leurs consommateurs, en évitant de leur imposer *a priori* des références biomédicales (Van der Geest, 1991). Des anthropologues accompagnent alors la mise en place de la politique de l'OMS de promotion des médicaments essentiels, et documentent divers aspects de sa faisabilité ou son acceptabilité pour les populations (Van der Geest, 1987b, 1992).

### *Des produits de la globalisation*

Au début des années 2000, les nouvelles lectures théoriques de la mondialisation permettent de mettre en relief la circulation du médicament entre pays (Appadurai, 1988). La globalisation favorise la circulation des produits par

rapport à celle des normes ou des savoirs et des cadres relationnels dans lesquels ils ont été composés, et met l'emphasis sur la valeur marchande des biens (Abélès, 2008). Les médicaments se prêtent bien à ce processus du fait de leur matérialité et de leur caractère concentré et maniable. Leur circulation est aussi favorisée par le fait que les dispositifs transnationaux destinés à organiser et réguler les échanges commerciaux leur accordent un statut d'exception du fait de leur contribution à la santé publique (Henderson & Petersen, 2001). Les travaux d'Appadurai suscitent alors l'application au médicament de la notion de vie sociale (Whyte *et al.*, 2002). Cette approche marque un changement de paradigme : les médicaments ne sont plus considérés comme des produits issus de la culture occidentale et faisant l'objet « d'indigénisation », à l'interface entre tradition recomposée et modernité « glocalisée », mais comme des produits « en mouvement », soumis à des transactions sociales et des changements de sens aux étapes qui vont de la production à la consommation. La vie sociale du médicament le soumettrait à une succession de « cadres sociaux » qui engagent des logiques d'action variées autour d'acteurs différents : les politiques, les fournisseurs, les grossistes, les prescripteurs, les vendeurs, les usagers abordés comme des consommateurs. Cette approche permet d'articuler les différents registres de compréhension des médicaments, de mettre en évidence les tensions ou les synergies associées aux transitions d'un contexte à l'autre, et d'encourager la réalisation de monographies aux premières étapes de leur production, peu étudiées jusqu'alors. De plus, cette lecture analytique introduit la dimension politique dans l'étude de ces différentes étapes, et permet d'aborder Nord et Sud avec une approche théorique congruente. Les recherches prennent comme objet d'étude une ou plusieurs étapes de cette « vie sociale », par exemple en se focalisant sur les interactions entre fournisseurs et consommateurs et en considérant l'ensemble des médicaments disponibles comme l'a fait Tan aux Philippines (Tan, 1999). Elles peuvent aussi focaliser l'analyse sur une catégorie de médicament examinée aux différents stades, comme l'a fait Phillips à propos de la névirapine (Phillips, 2009). À l'étude de la diversité « horizontale » des contextes locaux, qui est le fondement de l'ethnologie, cette lecture ajoutait celle de la diversité « verticale » des étapes biographiques, ouvrant à l'investigation des espaces sociaux jusqu'alors délaissés par l'ethnographie (Baxerres & Simon, 2013b). Elle permettait aussi de conjuguer les théories de la mondialisation et celles de l'anthropologie médicale, et d'exercer des approches analytiques allant des études culturelles à l'économie politique, tout en offrant une grille de lecture pour ordonner les travaux. Ce cadre théorique très efficace a permis le développement de l'anthropologie du médicament au cours des quinze dernières années. Bien des espaces à l'intérieur de ce cadre restent encore à explorer et à analyser.

## DÉVELOPPEMENTS AU TEMPS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH

L'épidémie de sida, par sa dimension de catastrophe humanitaire, a ouvert de vastes questions et des opportunités pour la recherche anthropologique, invitée à éclairer les politiques de santé publique et la mise en place de programmes de traitement d'une ampleur unique. Ces développements méritent d'être rappelés, avant de revenir à notre thème plus général, car ils ont bouleversé à plusieurs égards les approches et les pratiques de l'anthropologie autour du médicament, notamment du fait du volume important de travaux réalisés à ce sujet. Quatre thématiques ont été favorisées : la recherche anthropologique au service de l'accès aux antirétroviraux ; les politiques du médicament et le *nexus* pharmaceutique ; le médicament révélateur des dynamiques sociales ; la recherche thérapeutique comme nouvel objet.

### *La recherche anthropologique au service de l'accès aux antirétroviraux*

Dès l'arrivée des antirétroviraux dans les pays du Sud, à la fin des années 1990, un courant de recherches menées en articulation avec des approches de santé publique s'est centré sur les dimensions sociales qui conditionnent l'accès aux traitements, l'observance et leur impact sur les systèmes de soins. Ces travaux sont déterminants à une période où les politiques considéraient que les obstacles structurels et culturels au Sud auraient dû conduire à réserver ces traitements aux pays du Nord. S'appuyant sur la connaissance précise des situations locales, ces travaux portent d'abord sur ces prétendus obstacles, qu'ils soient liés aux sociocultures, aux nouveaux programmes qu'ils accompagnent, ou aux systèmes de santé qui les accueillent. Les premières études menées en Afrique de l'Ouest analysent les effets sociaux des paiements, les dispositifs d'accès aux antirétroviraux et les déterminants du « triage » des patients, les perceptions des médicaments et les rapports entre adhésion et observance, la circulation des médicaments, les appuis communautaires nécessaires à l'accès au traitement, et l'équité des options stratégiques (Msellati *et al.*, 2001 ; Desclaux *et al.*, 2002). Parallèlement des études, menées notamment en Haïti, mettent l'accent sur l'appui communautaire comme condition pour assurer l'efficacité des antirétroviraux ; elles montrent par exemple comment des « pairs » facilitent la prise des traitements en restaurant un lien social éprouvé par la stigmatisation (Farmer *et al.*, 2001), comme pour le traitement de la tuberculose multi-résistante (Farmer & Kim, 1998).

Ces études sont importantes dans l'histoire de l'anthropologie du médicament au Sud car elles ont imposé une nouvelle manière d'intégrer l'approche compréhensive des sciences sociales, les témoignages des personnes concernées, la perspective des militants et l'analyse bioclinique et épidémiologique, depuis la conceptualisation des recherches jusqu'à la présentation des résultats dans les publications et lors de conférences internationales. Ce fut particulièrement évident lors de la conférence

internationale sur le sida de Bangkok en 2004, lorsque pour la première fois des données de terrain « riches » et personnalisées (clichés photographiques de malades sans traitement et sous traitement, entretiens filmés, histoires de cas) ont été utilisées dans des sessions scientifiques habituellement réservées à des présentations de résultats cliniques et épidémiologiques essentiellement quantitatifs. L'introduction de matériaux qualitatifs issus de travaux anthropologiques, concernant notamment les situations socioéconomiques et rapportant la dimension d'expérience humaine en appui aux revendications des personnes atteintes pour l'accès aux antirétroviraux, faisait passer les personnes vivant avec le VIH du statut d'objets à celui de sujets de la recherche, et rendait visible dans les milieux scientifiques la nécessité éthique du traitement<sup>2</sup>. Au plan théorique, cette approche s'inscrivait dans la suite des analyses de Paul Farmer qui interprètent les inégalités dans l'accès au médicament au Sud comme un effet de la violence structurelle, une lecture théorique qu'il avait appliquée aux vulnérabilités épidémiologiques (Farmer, 1997 ; Farmer & Kim, 1998). En phase avec l'approche qui considère l'épidémie de sida comme un enjeu de droits humains, développée par Jonathan Mann à l'OMS dans les années 1980, par Peter Piot à Onusida, et par Jim Yong Kim, médecin anthropologue qui a dirigé le département sida de l'OMS entre 2004 et 2006, ce courant a fait valoir une forme d'anthropologie engagée. L'accès au médicament y apparaît comme un objet central de l'application du droit à la santé dont l'universalité est revendiquée (Farmer & Maru, 2012). Cette approche, qui nourrit un courant de recherches toujours d'actualité, se fonde aussi sur la mise en exergue des inégalités à partir de données épidémiologiques, désormais disponibles avec un degré de précision inédit. Les taux différentiels de couverture des besoins en traitement antirétroviral, deux à trois fois plus élevés dans certains pays africains qu'aux États-Unis d'Amérique, montrent qu'accéder au traitement peut être plus difficile pour des populations pauvres ou marginalisées dans les pays du Nord que pour les patients des pays du Sud. Cette nouvelle géographie politique des inégalités dans l'accès aux traitements sera une des bases conceptuelles de la notion de « santé globale » affichée comme une manière moins inégalitaire et plus informée (par des recherches quantitatives et qualitatives) de pratiquer la « santé publique internationale », prenant en compte le rapport entre ressources sanitaires et populations vulnérables à un niveau transnational (Koplan *et al.*, 2009).

### *Les politiques du médicament et le nexus pharmaceutique*

L'exploration ethnographique des politiques et dispositifs de santé publique qui gouvernent l'innovation thérapeutique, la production, la gestion, la diffusion et

2. — Le recours à des actions symboliques utilisant l'émotion dans les milieux scientifiques pour rendre « visibles » les personnes au-delà des chiffres a d'abord été employé par des associations comme Act Up.

la distribution des médicaments a conduit à des analyses formulées initialement en termes de rapports de pouvoir, explorant les registres de négociation et les relations entre niveaux transnationaux et nationaux. Dans certains contextes nationaux, comme au Brésil, l'accès aux antirétroviraux a été mis en place, non pas à la suite de décisions médicales, mais grâce à l'appareil judiciaire qui a fait valoir le caractère constitutionnel du droit à la santé (Biehl, 2009). En Amérique latine notamment, l'accès aux médicaments a été obtenu au travers de revendications d'ordre politique concernant le rôle de l'État pour assurer la justice sociale. Les militants associatifs ont fait jouer des relais nationaux et internationaux pour que soient mis en place des systèmes de diffusion et distribution des médicaments évalués en termes de droits humains (Chirac *et al.*, 2000 ; Velasquez & Correa, 2009). Ailleurs, comme au Sénégal, c'est la logique de santé publique qui a prévalu lorsque les institutions sanitaires ont mis en place l'accès au traitement antirétroviral dans le cadre d'un projet pilote, puis d'un programme national (Desclaux *et al.*, 2002). Ces dispositifs, mis en place en partie indépendamment des politiques nationales du médicament au prétexte de « l'exceptionnalité du sida », ont aussi eu des effets politiques et économiques. En Afrique de l'Est, par exemple, la définition des politiques nationales d'accès aux antirétroviraux a impliqué les acteurs supranationaux à une échelle sans commune mesure avec les dispositifs décisionnels des périodes précédentes (Hardon & Dilger, 2011). Les dispositifs de traitement organisés par le Pefpar (*President's Emergency Plan for Aids Relief*) au travers des structures de soins confessionnelles ont donné une nouvelle légitimité aux Églises notamment en leur permettant de gérer des montants financiers importants pour organiser la distributions d'antirétroviraux fournis essentiellement par des firmes américaines (Dilger & Luig, 2010). En Afrique du Sud, c'est l'histoire sociale et politique qui apparaît au premier plan des réticences gouvernementales à la mise en place des traitements ; les traces de l'apartheid et de la violence raciale marquent aussi les obstacles que doivent surmonter les personnes pour être soignées et obtenir des antirétroviraux (Denis, 2001 ; Fassin *et al.*, 2004 ; Fassin, 2006 ; Le Marcis, 2010). Les travaux évoqués montrent, en lui restituant son épaisseur historique et politique, que le contexte macrosocial de l'accès aux antirétroviraux est le substrat d'une géopolitique encore partiellement analysée.

Les rapports de pouvoir sont aussi au centre d'analyses concernant d'autres catégories de traitements. Ces analyses ont porté sur les modes de gouvernance mondialisés appliqués par des instances internationales publiques, privées et associatives, et font état de leur complexification en montrant comment les médicaments sont au centre d'interconnexions sociales multiples, ce que Petryna et Kleinman qualifient de « nexus » (Petryna & Kleinman, 2006). Ces analyses montrent que « les mondes locaux » du médicament ne peuvent être compris qu'au regard d'une mise en perspective globale, entre autres parce que les firmes pharmaceutiques définissent leurs marchés (et leurs interventions humanitaires) en fonction d'une économie de la production et selon des réglementations

appréhendées à l'échelon mondial (Biehl, 2006). Ces analyses du local examiné à partir du global mettent bien en lumière les enjeux, notamment de propriété intellectuelle et de stratégies commerciales, qui expliquent le retard à l'accès à des médicaments de dernière génération pour les pays du Sud et le manque de disponibilité de certaines catégories de médicaments pour traiter des pathologies endémiques qualifiées d'orphelines, ou l'infection à VIH en cas de résistance aux traitements de première et deuxième lignes (Petryna *et al.*, 2006). Du côté des usagers, au-delà des questions de disponibilité du médicament, les conditions d'accès aux traitements dans le cadre de ces dispositifs transnationaux ont conduit Nguyen à considérer la relation de soin comme trop limitée pour rendre compte de l'inscription sociale des personnes sous traitement. Dans le contexte de pharmacosocialités — des sociabilités motivées par le médicament — il analysait, en Côte-d'Ivoire, l'engagement des personnes traitées comme une forme d'exercice d'une « citoyenneté thérapeutique ». Pour lui, en l'absence de manifestations de l'État auprès des individus, c'est au travers de ces programmes de traitement que les personnes vivant avec le VIH peuvent « éprouver le contrat social », revendiquer pour, ou contribuer à l'amélioration de la situation collective des personnes vivant avec le VIH, et bénéficier de soins dont la responsabilité est portée par l'échelle globale des institutions (Nguyen, 2005, 2011). L'apport propre à l'approche anthropologique a été, en particulier chez Nguyen et chez Biehl, d'articuler leurs analyses des dispositifs d'approvisionnement et des politiques du médicament avec une exploration des subjectivités des personnes sous traitement, un domaine encore peu abordé au Sud (Biehl, 2010a ; 2010b).

### *Le médicament révélateur des dynamiques sociales*

Parallèlement à ces approches — la première, hybride entre anthropologie et santé publique, et entre recherche et intervention ; la seconde plus marquée du côté de l'anthropologie politique que de l'anthropologie de la santé — de nombreux travaux plus classiquement ethnographiques ou sociologiques examinent les sociétés du Sud à travers le prisme de l'accès et l'observance pour les antirétroviraux, mettant en exergue le poids des contextes structurels et l'impact des inégalités sociales. Les clivages les plus évidents sont liés aux catégories socioéconomiques et de genre. Les programmes d'accès aux antirétroviraux sont introduits à la fin des années 1990 dans des systèmes de soins qui ont subi les politiques néo-libérales des années 1980 ; les traitements n'y sont disponibles qu'à des coûts très élevés au travers d'une offre de soins privée : sont alors traités essentiellement des hommes des catégories sociales les plus aisées, comme ce fut d'abord le cas en Ouganda (Whyte *et al.*, 2004). Par la suite, alors que des programmes publics permettent un accès plus équitable sur le plan économique, la mise en place des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH permet aux femmes d'être dépistées à un stade asymptomatique et leur familiarité avec les services de soins et les formes d'aide qui leur sont proposées leur permettent de tirer davantage profit des traitements

que les hommes (Desclaux *et al.*, 2011). Dans certains pays, l'articulation entre les représentations de la maladie, l'accès aux traitements et la construction culturelle du genre réduit les capacités des hommes à accéder au traitement (Bila & Egrot, 2009). La domination masculine semble fragiliser les hommes dans des espaces sanitaires où un « bon patient » est conçu comme une personne socialement vulnérable, compliant, et accordant la priorité aux questions de santé personnelle et familiale. Les programmes publics d'accès aux traitements sont parvenus à réduire les inégalités socio-économiques dans l'accès aux antirétroviraux ; cela n'a pas été le cas pour les inégalités de genre. Par ailleurs, les différences d'accès au traitement selon divers critères tels que l'âge (enfants, populations âgées) ou la citoyenneté et les droits civiques (immigrés stabilisés ou non, personnes incarcérées) ne sont que très progressivement documentées et diversement gérées par les programmes nationaux. Les logiques sociales se révèlent également dans la manière dont des populations considérées comme « vulnérables » pour diverses pathologies (telles que les homosexuels, professionnels/les du sexe, usagers de drogues, etc. pour l'infection à VIH), sont traitées de manière différenciée par les dispositifs gérant « l'inclusion » dans les programmes de traitement (Desclaux, 2004).

La disponibilité des traitements antirétroviraux vient aussi révéler — et, dans une certaine mesure, bouleverser — d'autres distinctions et rôles sociaux : ceux des professionnels de santé. En Afrique de l'Ouest par exemple, où le rapport habituel entre soignant et soigné dans les services de soins publics a été décrit comme « trop lointain ou trop proche » au regard de l'éthique car soumis à l'influence d'un ordre social ou de réseaux sociaux d'appartenance (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), l'accès d'une personne aux antirétroviraux peut être favorisé ou limité de ce fait (Carillon, 2011). D'autres travaux montrent simultanément la forme particulière d'engagement des médecins « spécialisés VIH », pour lesquels l'inclusion des personnes dans les programmes de traitement est une exigence professionnelle (Gruénais & Ouattara, 2008). Les situations sont cependant différentes selon les pays, la charge que représente sur les « ressources humaines » le nombre des personnes sous traitement, et le niveau de « délégation des tâches » à des soignants moins professionnalisés que les médecins, qui déterminent la manière dont les antirétroviraux restent sous contrôle des professions médicales. Par ailleurs, d'autres thérapeutes développent des traitements en dehors du paradigme biomédical mais en utilisant des formes d'hybridation entre médicaments et produits thérapeutiques « alternatifs et traditionnels », dans un secteur qui doit être pris en compte dans l'analyse du « système du médicament » — une notion calquée sur celle de « système médical » (Desclaux & Lévy, 2003).

Un autre courant d'études s'est développé autour de l'évolution du rôle du patient, au vu des formes de mobilisation communautaire qui se sont manifestées très tôt dans l'histoire de l'épidémie, lorsque l'auto-support était la seule réponse sociale en l'absence de proposition thérapeutique (Eboko *et al.*,

2005, 2011). Lorsque les antirétroviraux sont disponibles, l'importance des besoins en termes d'accompagnement des personnes atteintes, qui dépasse largement les capacités des services de santé, conduit les associations, par ailleurs diversement engagées dans des revendications pour l'accès aux traitements, à mettre en place des formes d'intervention centrées sur le médicament. Sur la base d'un savoir d'expérience et de modèles tels que celui du *counseling* lié au dépistage du VIH, se mettent en place des formes d'appui destinées à maintenir un niveau d'observance élevé, qui font émerger la figure du « patient expert » (Billaud, 2011), déjà décrite dans les pays du Nord (Barbot, 2002 ; Epstein, 2001). Ce rôle social sera entériné dans le cadre de programmes, notamment sur financement du Fonds mondial qui reconnaît les « médiateurs de santé » comme des intervenants communautaires du médicament, entre secteur professionnel et profane. L'émergence de cette fonction, dont les acteurs revendiquent une professionnalisation et un statut, analysée dans la diversité des situations locales et des modèles d'intervention, soulève la question de la redéfinition de la relation thérapeutique autour d'une dispensation assurée par de nouveaux intervenants qui ne sont pas des professionnels de santé (Bureau, 2010). Ces travaux montrent le développement et les transformations des pharmacosocialités, une notion construite à partir de celle de biosocialité pour désigner les relations sociales motivées par la prise d'un médicament et liant préférentiellement ses usagers (Rabinow, 2000).

### *La recherche thérapeutique comme nouvel objet*

À la fin du XX<sup>e</sup> siècle, la recherche médicale se développe au Sud et des essais thérapeutiques y sont délocalisés en nombre croissant pour des raisons de moindre coût et, pour certaines pathologies, de meilleure disponibilité de populations « naïves de traitement ». C'est souvent sous l'angle de l'éthique que des anthropologues vont s'intéresser aux pratiques de recherche, pour donner des éléments mieux documentés que les dénonciations de « chasseurs de cobayes » produites par le journalisme d'investigation<sup>3</sup>. Les essais cliniques, développés dans des espaces transnationaux qui créent des « îlots d'abondance dans les océans de dénuement que représentent les services de soins » (Couderc, 2011), transfèrent-ils au Sud des études devenues inacceptables au Nord (Crane, 2010) ? Génèrent-ils des inégalités dans l'accès aux médicaments ou réduisent-ils celles qui prévalent au Sud ? Les questions que soulèvent les aspects éthiques abondent. La recherche parvient-elle à concilier les règles d'éthique internationales et les formes sociales ou les manières de penser dans les contextes locaux (Bonnet, 2003) ? Quels rôles sociaux accorde-t-elle aux patients du Sud, entre sujets et objets de recherche ? Quels arbitrages et aménagements l'éthique de la recherche médicale implique-t-elle sur le terrain ? Une littérature récente

3. — Voir l'ouvrage *The Body Hunters: Testing New Drugs on the World's Poorest Patients* (Shah, 2007).

aborde ces questions à partir d'études empiriques, qui documentent et valorisent les formes microsociales d'exercice local de l'éthique face à des règles élaborées dans les sociétés occidentales, ou s'intéressent à la valeur sociale de la recherche (Kelly & Geissler, 2012).

Ces questionnements éthiques rejoignent un courant d'enquêtes ethnographiques ouvert par les travaux de Geissler & Molyneux, qui ont décrypté les relations sociales construites autour des normes et des pratiques inhérentes à des essais thérapeutiques en Gambie, en Ouganda et au Kenya (Geissler & Molyneux, 2011). Au-delà des monographies d'essais cliniques, les interactions entre l'exercice de la médecine et celui de l'expérimentation humaine autour de médicaments ont été analysées dans le contexte de centres et plateformes de recherche étudiés comme des espaces sociaux transnationaux et simultanément articulés avec les systèmes de soins locaux, par exemple au Sénégal en contexte rural (Ouvrier, 2011) et en contexte urbain (Couderc, 2011). Ces études montrent la manière dont les protocoles, procédures et normes de « bonnes pratiques cliniques » imposées aux participants/patients et aux chercheurs/soignants sont contraints par les dispositifs techniques (Brives, 2012) et interprétés au prix de négociations et d'arbitrages (Ouvrier, 2011 ; Couderc, 2011). Ces espaces de recherche médicale développés très récemment ont ouvert des perspectives à la recherche anthropologique, qui peut les aborder en analysant l'inscription des « communautés transnationales de chercheurs », des sociabilités régies par la recherche et des « publics de la recherche », tout en examinant comment les relations établies dans le monde scientifique s'articulent avec les rapports post-coloniaux entre pays « donateurs » et pays « aux ressources limitées » (Geissler *et al.*, 2012).

Ces quatre thématiques ne recouvrent pas la totalité des travaux réalisés à propos des antirétroviraux, mais ont reconfiguré une approche des médicaments au Sud focalisée jusqu'alors essentiellement sur l'analyse des pratiques et des interprétations dans les sociocultures locales.

## LA PHARMACEUTICALISATION AU SUD

Dans ce contexte, examinons les pistes théoriques qui permettent d'aborder l'augmentation de volume des médicaments en circulation au Sud.

### *Théories de la médicalisation*

Les modes de gestion de la maladie dans les pays du Sud au début du XXI<sup>e</sup> siècle se prêtent à une analyse en termes de médicalisation, à condition de préciser les modalités d'utilisation de ce concept. Élaboré par des sociologues tels que Irving Zola et Eliot Freidson au cours des années 1970, il a été largement partagé par les historiens, les sociologues et les anthropologues, au travers de la définition proposée par Conrad (1992). Ce sociologue décrit un processus qui conduit à

considérer des phénomènes divers comme relevant de la santé et de la maladie, et à les interpréter et les traiter comme des troubles pathologiques. La profession médicale se saisirait ainsi de problèmes antérieurement traités comme moraux, spirituels, ou légaux (tels que l'homosexualité, l'alcoolisme, l'avortement, etc.). L'historien de la médecine Allan Brandt considère que la médicalisation, analysée en tant que dynamique culturelle et institutionnelle, est un trait majeur de l'histoire du XX<sup>e</sup> siècle, qui redéfinit les disparités globales (Bell & Figert, 2012). Au XXI<sup>e</sup> siècle, la médicalisation change de forme, suivant les transformations de la médecine de plus en plus fondée sur les technosciences, et l'importance accrue des sciences fondamentales (génétique, virologie, pharmacologie, etc.) au détriment de l'approche clinique, désormais articulée jusqu'à l'hybridation avec les technologies informatiques et informationnelles (digitalisation des données médicales, diagnostic assisté par ordinateur, monitoring épidémiologique et gestionnaire, etc.) (Lakoff & Pignarre, 2008). Ce processus, qui redéfinit l'organisation de la pratique médicale, est qualifié de « biomédicalisation »<sup>4</sup>, dont se distingue une « nouvelle biomédicalisation » pour marquer l'emprise des aspects biologiques notamment dans la redéfinition des traitements au travers des biotechnologies (Clarke, 2000, 2010).

La médicalisation de la vie ne paraît pas uniforme, ni entre catégories sociales d'une même population, ni entre sociétés occidentales et pays « à ressources limitées », comme l'avance Nikolas Rose, qui évoque trois domaines dans lesquels la médicalisation peut être analysée de manière différentielle : les manières de vivre infléchies par le souci préventif, les systèmes de sens où la maladie et la médecine occupent une place centrale, et l'autorité accordée à la médecine (Rose, 2007). Au Sud, où l'emprise des technosciences et surtout des biotechnologies sur la « transformation de la vie elle-même » (Rabinow, 2000) est relativement limitée, la médicalisation et la biomédicalisation (incluant sa forme nouvelle) méritent d'être distinguées et observées comme des processus concomitants, même si la plupart des auteurs utilisent le terme médicalisation à titre générique.

La notion de médicalisation a servi de support à la critique socio-politique de la médecine, dès les publications initiales de Conrad et d'Ivan Illich, qui en montraient la dimension de contrôle social (Conrad, 1975 [2006] ; Illich, 1975). L'analyse en termes de médicalisation a été utilisée dans des études postcoloniales, notamment par Nancy Rose Hunt qui, en restituant l'histoire de la grossesse et de la naissance au Congo de l'époque coloniale à l'État indépendant au temps de Mobutu, a mis en lumière les effets de leur médicalisation, en particulier en termes de genre ou de rapport des individus aux

4. — Cette acception n'est pas celle habituellement en usage parmi les anthropologues de la santé, qui utilisent le terme « biomédical » pour différencier des ethnomédecines, la médecine fondée sur le paradigme scientifique des sciences biologiques ; les sociologues sont moins confrontés à cet enjeu.

institutions (Hunt, 1999). Ailleurs, cette analyse montrait la psychiatrisation des troubles sociaux et des revendications politiques de l'Afrique coloniale, notamment à travers la réponse apportée par la Grande Bretagne à la révolte Mau Mau en 1954 au Kenya (Fassin, 2000). Les sciences sociales s'inspirant des analyses de Michel Foucault ont interprété la médicalisation comme une gouvernementalité constitutive du « biopouvoir », et son extension hors des pays occidentaux comme une forme d'impérialisme culturel (Førde, 1998). Dans les pays du Sud, on peut arguer que la « médicalisation » apparente au travers des discours médico-centrés recouvre souvent une « sous-médicalisation » des actes, pour peu que l'on définisse la médicalisation comme l'exercice de savoirs ou de pratiques spécifiques, une intervention professionnalisée, ou l'extension du rôle des professionnels biomédicaux alignée sur des normes internationales de santé publique. Ces questions peuvent être examinées autour du médicament. Partout, les travaux de sociologie et d'anthropologie montrent que le médicament est un des moyens les plus prégnants à la fois de la médicalisation, au sens de Conrad, et de la biomédicalisation, au sens de Clarke (Clarke *et al.*, 2003).

#### *Du médical au médicament*

Depuis quelques années, un courant d'abord sociologique distingue la pharmaceuticalisation comme un aspect particulier de la médicalisation, la première notion étant définie comme « le processus par lequel des conditions sociales, comportementales ou corporelles sont traitées ou considérées comme nécessitant un traitement médicamenteux par les patients, les médecins ou les deux »<sup>5</sup> (Abraham, 2010). Mark Nichter a été le premier anthropologue à utiliser ce terme (Nichter, 1996 [1989]), la notion ayant été développée essentiellement par des sociologues. Ce processus aurait sa dynamique propre, liée notamment à l'autonomie que donne au patient la possibilité de se fournir en médicament sans passer par l'institution médicale et hors d'une relation de soin. Le rapport entre pharmaceuticalisation et médicalisation est donc complexe. D'une part la pharmaceuticalisation peut être une conséquence de la médicalisation ; elle peut aussi en être le médium, comme dans « la promotion de maladies »<sup>6</sup>, lorsque la promotion de nouveaux médicaments à laquelle participent les médecins conduit à pathologiser des conditions courantes telles que les troubles de l'attention chez les enfants, la ménopause, les troubles de l'érection, le syndrome prémenstruel, le deuil, etc. (Busfield, 2010 ; Pignarre, 2003). Mais la pharmaceuticalisation peut aussi « court-circuiter » la profession médicale, lorsque le médicament est dissocié de l'intervention des médecins au travers de la publicité directe envers les patients, en phase avec une approche du

5. — « The process by which social, behavioural or bodily conditions are treated or deemed to be in need of treatment, with medical drugs by doctors or patients » (Abraham, 2010) : 604.

6. — *Disease mongering*.

traitement de la maladie comme acte de consommation (Ballard & Elston, 2005), ou lorsqu'il vise la « santé positive » (c'est-à-dire l'amélioration des performances hors de tout contexte pathologique) ou d'autres aspects dont la prise en compte comme relevant du pathologique fait l'objet de tensions ou est inscrite dans une histoire récente (Fox & Ward, 2008). Ainsi définie, la pharmaceuticalisation apparaît comme un processus culturel, susceptible de modifier « les métaphores au cœur de l'identité, de la santé, de la maladie, de la vie, de la longévité et leurs interrelations » (Dumit & Greenslit, 2006 : 127). En 2011, des sociologues britanniques proposent une synthèse de ces approches, et appréhendent la pharmaceuticalisation de la société au travers de six « dimensions et dynamiques clés : 1. La redéfinition ou reconfiguration des problèmes « de santé » comme ayant une solution pharmacologique ; 2. Une modification des formes de gouvernance (liées à cette reconfiguration) ; 3. La médiatisation du médicament ; 4. La création de nouvelles identités technico-sociales et la mobilisation du patient et des groupes de consommateurs autour du médicament ; 5. L'utilisation de médicaments pour des objectifs non médicaux et la création de nouveaux marchés de consommateurs ; 6. L'innovation médicamenteuse et la colonisation des avenir sanitaires » (Williams *et al.*, 2011 : 710)<sup>7</sup>.

#### *Une pharmaceuticalisation aux dépens de qui ?*

Le médicament est historiquement associé à la prescription dans le système biomédical comme un élément majeur de l'intervention thérapeutique, donnant son efficacité à la relation de soins (Benoist, 2008). Mais le rapport entre médicaments et professionnels de santé est ambigu et les tensions autour du médicament ne sont pas nouvelles : déjà, lors de la Seconde Guerre mondiale, le « médicament moderne » avait émergé alors que la préparation de médicaments à l'officine par des pharmaciens exécutant les prescriptions médicales laissait la place à une production industrielle qui « réduisait » le rôle du médecin à la sélection du traitement et au suivi de ses effets (Lecourt, 2004). L'évolution du rapport entre professionnels de santé et médicament est un enjeu de l'avènement épistémologique de la « médecine des preuves » scientifique au détriment d'une médecine fondée sur l'art de l'appréciation clinique (Marks, 2000). Les avancées pharmacologiques ont également favorisé cette focalisation sur le médicament plutôt que sur le thérapeute comme agent de la guérison. Au Nord, les médicaments sont de plus en plus accessibles directement pour les consommateurs, pour des raisons multiples tenant d'une part à l'apparition de

7. — i) the redefinition or reconfiguration of health 'problems' as having a pharmaceutical solution; (ii) changing forms of governance; (iii) mediation; (iv) the creation of new techno-social identities and the mobilisation of patient or consumer groups around drugs; (v) the use of drugs for non-medical purposes and the creation of new consumer markets; and, finally, (vi) drug innovation and the colonisation of health futures.

nouvelles modalités d'accès (commercialisation sur internet, développement de filières d'approvisionnement, vente directe en pharmacie ou boutique), d'autre part à des modifications du statut et du rôle des professionnels de santé dans le soin (réduction du nombre des professionnels de santé dans les établissements publics, accroissement du niveau des connaissances de la population en matière de traitements), et au développement de l'auto-médication lié à l'émergence du « patient consommateur » (Fainzang, 2012). Au Sud, d'autres processus tels que la « délégation des tâches » de la part des médecins et pharmaciens à des professionnels moins formés, y compris dans le cadre des grands programmes sanitaires, ont pu avoir des effets similaires. La fréquence de la prescription, la vente et la délivrance des médicaments en dehors des cadres professionnels et la circulation informelle des médicaments, notamment en Afrique entre pays ayant des législations relatives au médicament très différentes, favorisent l'auto-médication (Baxerres, 2010 ; Baxerres & Le Hesran, 2011). Dans le champ du sida, la nécessité de gérer l'approvisionnement et la dispensation des antirétroviraux a mis les pharmaciens au premier plan, mais l'ampleur des effectifs des patients imposant des relais a impliqué les « intervenants communautaires » dans la dispensation et le suivi. Des acteurs plus nombreux — assistants en pharmacie, conseillers pour l'observance, patients experts — ont pour rôle d'accompagner ces deux étapes, notamment par l'éducation thérapeutique du patient, un mode d'intervention désormais impératif selon les normes internationales de prise en charge des maladies chroniques (Simon *et al.*, 2009). La pharmaceuticalisation, définie comme l'extension de la diffusion des médicaments, s'opérerait aux dépens du contrôle par les professions médicales, et au profit de multiples formes d'exercice plus ou moins spécialisées dans le champ économique ou dans celui du soin.

### *Les voies de la pharmaceuticalisation*

Au Nord, en focalisant l'attention sur le médicament dissocié du contexte médical, la notion de pharmaceuticalisation aurait permis, selon ses théoriciens dans le champ de la sociologie, de rassembler et développer l'analyse ethnographique et sociologique du secteur des firmes et du développement des médicaments (Williams *et al.*, 2008 ; Abraham, 2008, 2010). Une revue de la littérature qui aborde l'articulation entre médicalisation et pharmaceuticalisation considère que l'apport de l'anthropologie à cette analyse, en complément de la sociologie, concerne essentiellement les pays du Sud (Bell & Figert, 2012). Les auteurs mettent en avant à ce propos deux études clés qui décryptent sous l'angle politique et social les mécanismes institutionnels qui ont conduit à étendre de manière considérable la distribution de médicaments dans deux pays. Dans son analyse du traitement social du sida au Brésil, qui met en rapport les subjectivités et expériences des personnes traitées, les constructions institutionnelles de la gestion de la maladie et les politiques de santé, Biehl a montré comment la question de l'accès aux antirétroviraux a été gérée par l'État

brésilien et les firmes comme un droit humain, ce qui en a fait un enjeu de justice et de citoyenneté (Biehl, 2008, 2010a, 2010b). La seconde analyse part du constat que la prévalence de l'asthme est à la Barbade une des plus élevées au monde. Whitmarsh décrypte cette particularité en montrant que les conditions environnementales (notamment la pollution) expliquent moins cette morbidité que le rôle qu'ont joué les multinationales pharmaceutiques pour faciliter le diagnostic et orienter le traitement de l'asthme vers l'utilisation de médicaments, notamment au travers d'informations délivrées à la population, d'influences sur les politiques publiques et de la fourniture de produits pharmaceutiques (Whitmarsh, 2008). Ces travaux considèrent les firmes multinationales comme les principaux acteurs de la pharmaceuticalisation, et présentent le « nexus » de la définition des politiques publiques comme lieu essentiel de la re-construction des systèmes de soins autour du produit pharmaceutique. Les systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments seraient issus de négociations entre des industriels, soucieux d'accroître leur marché et de maximiser leur rentabilité, et des institutions publiques exerçant une « biopolitique ». Ces négociations explicites s'appuieraient sur des formes de manipulation des perceptions collectives visant à faire apparaître les médicaments comme indispensables sur le plan médical et/ou éthique. La pharmaceuticalisation consisterait dans le premier cas à attribuer au médicament le statut de nécessité éthique pour en faire l'élément central des politiques publiques ; dans le second cas, elle passerait par la manipulation des représentations collectives orientées vers la pharmacologie au détriment des perceptions des causes environnementales de la maladie.

Les États et les firmes d'une part, la profession médicale et les pharmaciens d'autre part, seraient-ils les seuls acteurs de la pharmaceuticalisation ? La circulation ou l'appropriation des capitaux, dans un secteur où les analyses économiques montrent que les enjeux financiers sont considérables (Pignarre, 2004), en est-elle le déterminant majeur ? Le « complexe médical industriel » déjà dénoncé par Illich il y a quatre décennies modèlè-t-il sans résistance ou réinterprétation les pratiques quotidiennes du médicament ? Quels autres processus sociaux sont impliqués au Sud dans l'augmentation des volumes de médicaments diffusés et le changement culturel qui définissent la pharmaceuticalisation ? Le concept de « marge » peut être utile pour repérer ces formes sociales particulières, dont les acteurs sont essentiellement « locaux ».

#### EXPLORER LES MARGES DE LA PHARMACEUTICALISATION

Cet ouvrage a pour projet d'explorer la pharmaceuticalisation au Sud en l'abordant par ses marges. Au préalable, il est nécessaire d'apporter quelques éclaircissements complémentaires sur ces deux notions.

## La notion de pharmaceuticalisation mise à l'épreuve

Le concept de pharmaceuticalisation, tel que défini par ses principaux théoriciens, est encore assez peu circonscrit. Le processus culturel qui en constitue l'élément central est bien décrit par Williams *et al.* comme une transformation des significations qui attribue au médicament le rôle d'opérateur symbolique et de moyen technique (Williams *et al.*, 2011). Les moyens qu'englobe la notion (dynamiques sociales, dimensions économiques et politiques) le sont également. Néanmoins la définition la plus précise (voir plus haut) est assez peu spécifique et peut recouvrir toute extension quantitative de l'usage du médicament, incluant des usages dans le cadre normatif de la médecine. Aussi, bien qu'elle résulte d'un courant de pensée associé à une critique du pouvoir hégémonique de la médecine, cette définition ne véhicule pas *a priori* ce contenu critique. C'est du moins ce que revendiquent ses auteurs, en faisant état d'un concept dénué de jugement de valeurs (Williams *et al.*, 2011). Néanmoins la majorité des études qui ont jusqu'à présent utilisé la notion de pharmaceuticalisation se sont inscrites dans ce courant critique. De ce fait, elles ont évité de considérer les médicaments essentiels.

Les auteurs de cet ouvrage n'endossent pas *a priori* ce discours critique, pas plus qu'un point de vue *a priori* favorable, même s'ils peuvent le développer *a posteriori* dans leurs analyses. Ceci tient entre autres à la situation globale des pays du Sud en termes de médicalisation évoquée plus haut, et aux objets d'étude, en particulier pour les chapitres qui ont abordé l'accès aux médicaments. Cette option ne signifie pas que nous nous contenterons pour cet ouvrage d'une définition « molle » de la pharmaceuticalisation : il s'agira plutôt de discuter l'application de cette notion, élaborée pour des contextes de surconsommation des médicaments, à propos des situations différentes au Sud.

## L'approche des marges

Dans la rhétorique des organismes internationaux (Banque mondiale, Organisation mondiale de la santé) et des institutions en « santé globale » anglophones, la « marginalité » désigne une situation d'exclusion ou de vulnérabilité résultant d'une inégalité ou d'une injustice sociale. Être « marginalisé » signifie être pauvre et ne pas pouvoir accéder aux biens tels que les médicaments et aux services qui, grâce à une médecine globalisée, devraient être disponibles pour tous (Ecks, 2005). En définissant la marginalité en premier lieu comme un déficit de ressources et de possibilité d'insertion dans les dispositifs régulés au niveau global, ces institutions relaient un modèle hégémonique, fondé sur l'expertise biomédicale et sur l'utilisation des médicaments et technologies produits par des entreprises multinationales, suivant des normes internationales relayées par des régulations aux niveaux régional ou national. C'est à l'aune de ce « système global » que la gestion de leur santé par les populations est mesurée (Baer *et al.*, 2003). Notre approche de la « marge » dans cet ouvrage est

différente. Nous n'utilisons pas cette métaphore spatiale pour désigner l'espace social des exclus et des déclassés, comme dans la tradition sociologique ; nous ne la réduisons pas non plus à un simple écart à la norme. Nous considérons ici la marge comme une forme sociale d'expression minoritaire moins reconnue et légitime, ou au second plan, dans les représentations dominantes et « officielles », éventuellement hors des cadres juridiques ou politiques définissant la norme (au sens commun du terme) ou à leurs limites. Les marges se constituent à partir, ou indépendamment, du modèle dominant, éventuellement en tension ou en opposition, mais peuvent être tolérées, l'alimenter, et à long terme venir le rejoindre et le renforcer. Elles peuvent être le lieu d'une expérimentation, éventuellement interprétée ultérieurement comme une innovation ; ainsi la distinction et l'opposition d'aujourd'hui pourraient présager d'une cohérence demain. Plutôt que distinguées dans des catégories mutuellement exclusives, les marges ont avec le courant dominant des interrelations étroites et dynamiques, entretenues par des interfaces ou des superpositions de sens et d'actions. Entre « excentricité et exclusion » (Gauthier, 1994), les marges révèlent la norme, avant d'éventuellement constituer le lieu de sa recomposition. L'attention accordée aux marges permet de plus de « questionne[r], ou pas, le savoir que nous possédons sur c[d]es objets plus centraux » (Corin, 1986 : 2).

### *Ambitions*

L'ambition de l'ouvrage est d'abord de documenter les inscriptions sociales des médicaments, en particulier là où leur usage se développe, ainsi que leurs significations, dans le système formel ou à ses marges. Il vise à appréhender les perceptions des acteurs « sur le terrain », notamment des personnes qui consomment les médicaments, en relation avec des pratiques sociales, dans leur contexte. Il vise également à décrypter les discours et les confrontations entre acteurs, pour expliciter des valeurs ou des significations sous-jacentes attribuées au médicament et hors de la question de la médicalisation. Explorer ces questions à partir de situations de marge devrait nous permettre de mettre davantage en relief des aspects de la pharmaceuticalisation pertinents au Sud, et de les appréhender de manière dynamique pour en saisir les dimensions profondes qui participent aux changements culturels. La situation de marge par rapport à un modèle dominant concernant le médicament est pour certains chapitres davantage un parti pris analytique qu'une donnée empirique, mais cette notion met en valeur la combinaison, propre à chaque situation étudiée dans cet ouvrage, entre différence et interrelation avec ce modèle dominant. L'ouvrage vise ainsi à dépasser des catégorisations simplistes et polarisées, dont cette introduction a montré qu'elles sont répandues à propos du médicament, pour permettre une appréhension du médicament au Sud sans faire abstraction de sa complexité.

## PRÉSENTATION DES CONTRIBUTIONS

Les contributions de cet ouvrage documentent diverses facettes de la pharmaceuticalisation au Sud « vue d'en bas », en articulant quatre champs thématiques qui ont été assez peu explorés jusqu'à présent avec un regard anthropologique, notamment parce qu'ils recouvrent des phénomènes qui ont particulièrement émergé au cours des dix dernières années.

### *À la marge du paiement*

La première partie est consacrée au don et à la gratuité des médicaments, modèles d'échanges développés en alternative au paiement par les patients pour contrecarrer son caractère inéquitable. Ces formes de don de médicaments ont été mises en place soit dans une dimension macro-sociale politique au moins autant qu'économique, soit dans une dimension micro-sociale conditionnée par des relations préexistantes au sein des institutions ou des contextes sociaux. Quatre études de cas s'intéressent aux pratiques concernant les transactions de médicaments et aux rationalités et valeurs mobilisées. Bernard Tavernier analyse la manière dont a été prise la décision en faveur de la gratuité des antirétroviraux au Sénégal, qui a ensuite influencé les politiques adoptées dans les pays voisins, puis qui a été promue par l'Organisation mondiale de la santé. Ashley Ouvrier, examinant les logiques du don de médicaments dans un dispensaire confessionnel en banlieue d'une capitale ouest-africaine, révèle les interprétations émiques du don, et met au jour ses significations en termes d'exercice du pouvoir et d'effets inéquitables. Marc Egrot analyse une forme particulière de don concernant les antirétroviraux destinés à des personnes vivant avec le VIH au Sénégal, à la période où les traitements étaient encore payants dans le programme national, et analyse les logiques sous-jacentes aux dons. Enfin Valéry Ridde et Omar Samb analysent les idées des professionnels de santé à propos de la gratuité des médicaments et leurs réticences face à la généralisation de projets de suppression sectorielle du paiement des soins. Ces travaux montrent que le médicament est un support intéressant pour examiner les formes actuelles de la question du don, un thème fondamental en anthropologie, et pour révéler les jugements moraux sur des aspects centraux et contingents en matière de soins.

### *Aux marges des dispositifs d'approvisionnement formel*

La deuxième partie s'intéresse à des espaces d'échange et des circuits de diffusion qui ne suivent pas les voies « officielles ». La production et la circulation des médicaments sont très régulées, afin d'en contrôler les aspects commerciaux et les effets de santé publique : la complexité des procédures nécessaires à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché, comme les accords de l'Organisation mondiale du commerce et les conflits et tractations dont ils ont fait l'objet, en attestent. Cet ouvrage ne porte pas sur les dispositifs

scientifiques, juridiques et éthiques, qui permettent la validation de médicaments au travers de la recherche clinique, mais s'intéresse à la manière dont, en aval, les produits peuvent circuler « dans les marges ». Carine Baxerres, qui a mené une analyse approfondie des marchés informels du médicament au Bénin et au Ghana, s'intéresse à la construction sociale de la notion de « contrefaçon » au vu des statuts juridiques des produits selon les pays et de la labilité des réglementations. Au Sénégal, Bernard Taverne et Marc Egrot analysent l'histoire d'un « trafic » de médicaments dans une direction inhabituelle, de l'Afrique à l'Europe, et s'interrogent sur la temporalité de sa dénonciation et l'« usage social » de ce trafic. Pascale Hancart-Petitot s'intéresse à la diffusion de la « pilule chinoise » au Cambodge, et explicite les motifs sous-jacents à sa tolérance par les institutions publiques.

### *Aux marges du thérapeutique*

La troisième partie s'intéresse à des médicaments dont l'usage révèle les effets indésirables qui, comme les effets principaux, font l'objet de constructions sociales. En effet, dans l'ombre du médicament, se diffuse la « iatrogénèse » qui comprend l'ensemble des effets indésirables (allergiques, toxiques, liés aux mésusages, etc.). Si les professionnels de santé considèrent que la toxicité est un corollaire de l'efficacité qu'il faut maîtriser, les représentations collectives ne sont pas précisément définies à cet égard. Les effets indésirables des médicaments constituent pourtant un problème de santé publique croissant au Sud, qui a justifié la mise en place de centres de pharmacovigilance dans de nombreux pays. Alice Desclaux a exploré les perceptions d'effets secondaires très spécifiques des antirétroviraux qui produisent une redistribution anormale des graisses dans le corps, et analyse la transformation d'expériences individuelles en représentations collectives. Maria Teixeira et ses collaboratrices, qui ont étudié les perceptions des contraceptifs en Afrique de l'Ouest, montrent que les femmes considèrent en premier lieu les effets secondaires pour se déterminer sur l'intérêt de telle ou telle méthode contraceptive.

### *Aux marges du médical*

La dernière partie s'intéresse à des usages du médicament qui débordent le champ médical, préventif ou curatif. Anita Hardon analyse les modes d'utilisation de la pilule contraceptive dans trois sites : ici considérés comme une solution de remplacement à l'avortement, les contraceptifs sont ailleurs utilisés essentiellement pour maîtriser les règles et en éviter le désagrément à des périodes clés, révélant des définitions émiques de la santé et du bien-être. Blandine Bila rend compte du prolifique marché informel des stimulants sexuels au Burkina Faso, des produits qui relèvent de la recherche de performance, dans le champ de la santé positive ou dans le champ d'une sexualité recomposée. Enfin, Alice Desclaux analyse les usages d'une plante médicinale transformée en phytoremède par une firme multinationale de marketing en réseau, et montre

les discordances entre statuts juridique et symbolique de produits présentés comme des compléments alimentaires mais considérés par leurs utilisateurs comme des médicaments. Ces trois études de cas explorent la manière dont le médicament peut être utilisé par les personnes qui le consomment en dehors des définitions médicales de leurs indications thérapeutiques.

Chacune de ces parties explore empiriquement une des logiques sous-jacentes à l'extension des médicaments au Sud, pour documenter les aspects déterminants de la pharmaceuticalisation et permettre une réflexion sur les changements culturels et sociaux qu'elle porte.

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- ABELES M., 2008. *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot.
- ABRAHAM J., 2008. « Sociology of pharmaceuticals development and regulation: a realist empirical research programme », *Sociology of Health & Illness*, 30, 6, 869-885.
- ABRAHAM J., 2010. « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology*, 44, 4, 603-622.
- ABUYA T. O., MUTEMI W., KARISA B., OCHOLA S. A., FEGAN G., MARSH V., 2007. « Use of over-the-counter malaria medicines in children and adults in three districts in Kenya: implications for private medicine retailer interventions », *Malaria Journal*, 6, 57, [En ligne] <http://www.malariajournal.com/content/6/1/57/abstract> [Consulté le 10 novembre 2014]
- ALDHOUS P., 2005. « Counterfeit pharmaceuticals: Murder by medicine », *Nature*, 434, 7030, 132-136.
- APPADURAI A., 1988. *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge : Cambridge University Press.
- BAER H. A., MERRILL S., SUSSER I., 2003. *Medical Anthropology and the World System*, 2<sup>e</sup> éd, Santa Barbara, Praeger Publishers.
- BALLARD K., ELSTON M.A., 2005. « Medicalisation: A Multi-dimensional Concept », *Social Theory & Health*, 3, 3, 228-241.
- BARBOT J., 2002. *Les Malades en mouvements : La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.
- BAXERRES C., 2010. *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Paris, EHESS, Université d'Abomey-Calavi.
- BAXERRES C., LE HESRAN J-Y., 2011. « Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou, Benin », *Social Science & Medicine*, 73, 8, 1249-1256.
- BAXERRES C., SIMON E., 2013a. « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, 63, 1, 3-29.

- BAXERRES C., SIMON E., 2013b. « Les médicaments dans les Suds. Production, appropriation et circulation des savoirs et des marchandises », *Autrepart*, 63.
- BELL S.E., FIGERT A.E. 2012. « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward », *Social Science & Medicine*, 75, 5, 775-783.
- BENOIST J., 2008. « Aspirine ou hostie ? Au-delà de l'efficacité symbolique », In : J-J. AULAS, J. BENOIST, P. MAIRE, R. BOUSSAGEON (dir.), *Placebo. Le remède des remèdes*, Lyon, Editions Jacques André, 191-202.
- BIEHL J., 2006. « Pharmaceutical Governance », In : A. PETRYNA, A. LAKOFF, A. KLEINMAN (dir.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press, 206-239.
- BIEHL J., 2008. « The Brazilian Response to AIDS and the Pharmaceuticalization of Global Health ». In : R. A. HAHN, M. INHORN (dir.), *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society*, Oxford, Oxford University Press, 480-511.
- BIEHL J., 2009. *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*, Princeton, Princeton University Press.
- BIEHL J., 2010a. « Human Pharmakon: Symptoms, Technologies, Subjectivities », In : B. GOOD, M. M.J. FISCHER, S. WILLEN, M.-J. DELVECCHIO GOOD (dir.), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Malden, Wiley-Blackwell, 213-231.
- BIEHL J., 2010b. « 'Medication Is Me Now': Human Values and Political Life in the Wake of Global AIDS Treatment », In : I. FELDMAN, M. TICKTIN (dir.), *In the Name of Humanity: The Government of Threat and Care*, Durham, Duke University Press, 151-189.
- BILA B., 2011. *Genre et médicament. Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Aix-en-Provence, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.
- BILLAUD A., 2011. *Le pouvoir fonctionne : Les experts profanes face au VIH/SIDA à Dakar (Sénégal)*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Paris, EHESS.
- BONNET D., 2003. « L'éthique médicale universelle engage-t-elle la construction d'un acteur social universel ? », *Autrepart*, 28, 4, 5-19.
- BRIVES C., 2012. « L'individu dans un essai thérapeutique », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4, 3, 185-207.
- BRUNETON C., 2011. « Politique des médicaments et bonne gouvernance pharmaceutique. » In : D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de la santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 293-302.
- BUREAU E., 2010. *Anthropologie d'une norme globalisée : la participation profane dans les programmes de lutte contre le sida au Cambodge*, Thèse de Doctorat en Ethnologie, Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux-II.
- BURGHART R., 1988. « Penicillin: an ancient Aurvedic medicine », In : S. VAN DER GEEST, S. REYNOLDS WHYTE (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 289-298.
- BUSFIELD J., 2010. « 'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use », *Social Science & Medicine*, 70, 6, 934-941.

- CARILLON S., 2011. « Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes (Mali). Approche anthropologique », *Sciences sociales et santé*, 29, 2, 5-39.
- CAUDRON J-M., FORD N., HENKENS M., MACE C., KIDDLE-MONROE R., PINEL J., 2008. « Substandard medicines in resource-poor settings: a problem that can no longer be ignored », *Tropical Medicine & International Health*, 13, 8, 1062-1072.
- CHIRAC P., VON SCHOEN-ANGERER T., KASPER T., FORD N., 2000. « AIDS: patent rights versus patient's rights », *The Lancet*, 356, 9228, 502.
- CLARKE A., MAMO L., FOSKET J.R., 2010. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Durham, Duke University Press.
- CLARKE A.E., 2000. « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales et rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, 18, 2, 11-42.
- CLARKE A.E., SHIM J.K., MAMO L., FOSKET J.R., FISHMAN J.R., 2003. « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, 68, 2, 161-194.
- CONRAD P., 1975 [2006]. *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*, Farnham, Ashgate Publishing Limited.
- CONRAD P., 1992. « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18, 1, 209-232.
- CORIN E., 1986. « Centralité des marges et dynamique des centres », *Anthropologie et Sociétés*, 10, 2, 1-21.
- COUDERC M., 2011. *Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique. Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal)*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Aix-en-Provence, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.
- CRANE J., 2010. « Adverse events and placebo effects: African scientists, HIV, and ethics in the 'global health sciences' », *Social Studies of Science*, 40, 6, 843-870.
- DAGOGNET F., 1984. *La Raison et les Remèdes*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, PUF.
- DAGOGNET F., PIGNARRE P., 2005. *100 mots pour comprendre les médicaments : Comment on vous soigne*, Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.
- DENIS P., 2001. « La croisade du président Mbeki contre l'orthodoxie du sida », *Esprit*, 271, 1, 81-97.
- DESCLAUX A., 2004. « Equity in Access to AIDS Treatment in Africa: Pitfalls among Achievements », In : A. Castro, M. Singer (dir.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*, Lanham, AltaMira Press, 115-132.
- DESCLAUX A., LANIECE I., NDOYE I., TAVERNE B., 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., LEVY J.J., 2003. « Présentation : Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 5-21.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS.

- DILGER H., LUIG U. (dir.), 2010. *Morality, Hope and Grief: Anthropologies of AIDS in Africa*, Oxford, Berghahn Books.
- DUMIT J., GREENSLIT N. 2006. « Informed Health And Ethical Identity Management », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 2, 127-134.
- EBOKO F., BOURDIER F., BROQUA C. (dir.), 2011. *Les Suds face au sida : Quand la société civile se mobilise*, Montpellier, Editions IRD.
- EBOKO F., BOURDIER F., BROQUA C., FILLEULE O., 2005. « Cap aux Suds. Une orientation globale de la mobilisation contre le sida ? », *Face à Face*, 7 [En ligne] <http://faceface.revues.org/291> [Consulté le 9 novembre 2014]
- ECKS S., 2005. « Pharmaceutical Citizenship: Antidepressant Marketing and the Promise of Demarginalization in India », *Anthropology & Medicine*, 12, 3, 239-254.
- EPSTEIN S., 2001. *Histoire du sida, Tome II : La grande révolte des malades*, Paris, Empêcheurs Penser en Rond.
- ETKIN N.L., 1988. « Cultural Constructions of Efficacy », In : S. VAN DER GEEST, S. REYNOLDS WHYTE (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 299-326.
- FAINZANG S., 2001. *Médicaments et société : Le médicament, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF.
- FAINZANG S., 2012. *L'automédecation ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF.
- FARMER P., 1997. *Sida en Haïti : La victime accusée*, Paris, Karthala.
- FARMER P., KIM J. Y., 1998. « Community based approaches to the control of multidrug resistant tuberculosis: introducing 'DOTS-plus' », *British Medical Journal*, 317, 7159, 671-674.
- FARMER P., LEANDRE F., MUKHERJEE J. S., CLAUDE M. S., NEVIL P., SMITH-FAWZI M. C., ... KIM J. Y., 2001. « Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings », *The Lancet*, 358, 9279, 404-409.
- FARMER P., MARU D., 2012. « Human rights and health systems development: Confronting the politics of exclusion and the economics of inequality », *Health and Human Rights Journal*, 14, 2 [En ligne] <http://www.hhrjournal.org/2013/08/14/human-rights-and-health-systems-development-confronting-the-politics-of-exclusion-and-the-economics-of-inequality/> [Consulté le 9 novembre 2014]
- FASSIN D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FASSIN D., 2000. « Les politiques de l'ethnopsychiatrie », *L'Homme*, 153, 231-250.
- FASSIN D., 2006. *Quand les corps se souviennent : Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.
- FASSIN D., COLLECTIF, 2004. *Afflictions : L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*, Paris, Karthala.
- FØRDE O.H., 1998. « Is imposing risk awareness cultural imperialism? », *Social Science & Medicine*, 47, 9, 1155-1159.
- FOX N.J., WARD K.J., 2008. « Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalisation of daily life », *Sociology of Health & Illness*, 30, 6, 856-868.

- GAUTHIER M., 1994. « Entre l'excentricité et l'exclusion : les marges comme révélateur de la société », *Sociologie et sociétés*, 26, 2, 177-188.
- GEISSLER P.W., MOLYNEUX S., 2011. *Evidence, Ethos and Experiment: The Anthropology and History of Medical Research in Africa*, Oxford, Berghahn Books.
- GEISSLER P.W., ROTTENBURG R., ZENKER J., 2012. *Rethinking Biomedicine and Governance in Africa*, Bielefeld, Transcript Verlag.
- GREENHALGH T., 1987. « Drug prescription and self-medication in India: An exploratory survey », *Social Science & Medicine*, 25, 3, 307-318.
- GROUPE DE REFLEXION SUR LE RETARD PRIS DANS LA REALISATION DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT, 2008. *Résultats du Partenariat mondial pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport* [En ligne] <http://www.who.int/medicines/mdg/fr/index.html> [Consulté le 9 novembre 2014]
- GRUENAI M.-É., OUATTARA F., 2008. « 'Des malades comme les autres' ou comment les soignants traitent les malades du sida et la question de la stigmatisation au Burkina Faso », *Science et technique*, Hors série, 1, 93-100.
- HALIOUA B., 2009. *Histoire de la médecine*, Paris, Elsevier Masson.
- 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 [En ligne] <http://www.ethnobiomed.com/content/4/1/16> [Consulté le 4 février 2014]
- HARDON A., DILGER H., 2011. « Global Aids Medicines in East African Health Institutions », *Medical Anthropology*, 30, 2, 136-157.
- HENDERSON S., PETERSEN A.R., 2001. *Consuming Health: The Commodification of Health Care*, London, Routledge.
- HSU E., 2002. « 'The medicine from China has rapid effects': Chinese medicine patients in Tanzania », *Anthropology & Medicine*, 9, 3, 291-313.
- HUNT N.R., 1999. *A Colonial Lexicon: Of Birth Ritual, Medicalization, and Mobility in the Congo*, Durham & London, Duke University Press.
- ILLICH I., 1975. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.
- JAFFRE Y., 1999. « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », *Bulletin de l'APAD* [En ligne] 17. <http://apad.revues.org/482> [Consulté le 25 juillet 2012].
- JAFFRE 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, Karthala.
- KELLY A., GEISSLER P.W., 2012. *The Value of Transnational Medical Research: Labour, Participation and Care*, London, Routledge.
- KEROUEDAN D. (dir.), 2011. *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Les Presses de Sciences Po.
- KOPLAN J., BOND T. C., MERSON M. H., REDDY K. S., RODRIGUEZ M. H., SEWANKAMBO N. K., WASSERHEIT J. N., for the Consortium of Universities for Global Health Executive Board, 2009. « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, 373, 9679, 1993-1995.
- LAKOFF A., 2008. *La raison pharmaceutique*, Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.

- LE MARCIS F., 2010. *Vivre avec le sida après l'apartheid. Afrique du Sud*, Paris, Karthala.
- LEACH M., FAIRHEAD J., 2007. *Vaccine Anxieties: Global Science, Child Health and Society*, London, Earthscan.
- LECOURT D., 2004. « Médicament et individu ». In : D. LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 722-724.
- MACKEY T.K., LIANG B.A., 2011. « The global counterfeit drug trade: Patient safety and public health risks », *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 100, 11, 4571-4579.
- MARKS H., 2000. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques*, Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.
- MSSELLATI P., VIDAL L., MOATTI J.P. (dir.), 2001. *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Paris, ANRS.
- NGUYEN V-K., 2005. « Antiretroviral globalism, biopolitics and therapeutic citizenship », In : A. ONG, S.J. COLLIER (dir.), *Global assemblages. Technology, politics and ethics as anthropological problems*, Maiden, Blackwell Publishing, 124-144.
- NGUYEN V-K., 2011. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of Aids*, Durham, Duke University Press.
- NICHTER M., 1989. *Anthropology and international health: South Asian case studies*, Amsterdam, Kluwer Academic Publishers.
- NICHTER M., VUCKOVIC N., 1994a. « Understanding medication in the context of social transformation ». In : N.L. ETKIN, M.L. TAN (dir.), *Pharmaceuticals: Meanings and contexts*. Quezon City, Health Action International Network, 287-305.
- NICHTER M., VUCKOVIC N., 1994b. « Agènda for an anthropology of pharmaceutical practice », *Social Science & Medicine*, 39, 11, 1509-1525.
- OMS, 2010. « La menace croissante des contrefaçons de médicaments », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 88, 241-320.
- OMS, 2011a. *Liste modèle OMS des médicaments essentiels. 17ème liste (version Mars 2011)*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne] <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/index.html> [Consulté le 9 novembre 2014].
- OMS, 2011b. *La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne] [http://www.who.int/hiv/pub/hiv\\_strategy/fr/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/fr/index.html) [Consulté le 9 novembre 2014].
- OMS, 2013. *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne] <http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/fr/index.html> [Consulté le 9 novembre 2014].
- OUVRIER M.-A., 2011. *Anthropologie de la recherche médicale en milieu rural sénégalais*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Aix-en-Provence, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.
- PETRYNA A., KLEINMAN A., 2006. « The pharmaceutical nexus ». In : A. PETRYNA, A. LAKOFF, A. KLEINMAN (dir.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press, 1-32.

- PETRYNA A., LAKOFF A., KLEINMAN A. (dir.), 2006. *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press.
- PHILLIPS A., 2009. « The Social History of Nevirapine: Traveling in an Emergency ». In : V.K. NGUYEN, J. KLOT, C. PIRKLE (dir.), *The Fourth Wave: Violence, Gender, Culture & HIV in the 21st Century*, Paris, UNESCO/SSRC.
- PIGNARRE P., 1997. *Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange entre science, marché et société*, Paris, La Découverte.
- PIGNARRE P., 2003. *Comment la dépression est devenue épidémie*, Paris, Hachette.
- PIGNARRE P., 2004. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte.
- RABINOW P., 2000. *Le déchiffrement du génome*, Paris, Odile Jacob.
- ROSE N., 2007. « Beyond medicalisation », *The Lancet*, 369, 9562, 700-702.
- SHAH S., 2007. *The Body Hunters: Testing New Drugs on the World's Poorest Patients*, New York, The New Press.
- SIMON D., TRAYNARD P-Y, BOURDILLON F., GAGNAYRE R., ET COLLECTIF, 2009. *Éducation thérapeutique : Prévention et maladies chroniques*, Paris, Masson.
- SIMON E., EGROT M., 2012. « Médicaments néotraditionnels' : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences Sociales et Santé*, 30, 2, 67-91.
- STERCKX S., 2004. « Patents and Access to Drugs in Developing Countries: An Ethical Analysis », *Developing World Bioethics*, 4, 1, 58-75.
- TAN M.L., 1999. *Good medicines Pharmaceuticals and the construction of power and knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- VAN DER GEEST S., 1984a. « Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries — I », *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 3, 59-62.
- VAN DER GEEST S., 1984b. « Anthropology and Pharmaceuticals in Developing Countries — II », *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 4, 87-90.
- VAN DER GEEST S., 1987. « Pharmaceuticals in the Third World: The local perspective », *Social Science & Medicine*, 25, 3, 273-276.
- VAN DER GEEST S., 1991. « 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., 1992. « Is paying for health care culturally acceptable in sub-Sahara Africa? Money and tradition », *Social Science & Medicine*, 34, 6, 667-673.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., 1988. *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., 1989. « The charms of medicines: metaphors and metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, 3, 4, 345-367.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., 2003. « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés* 27, 2, 97-117.
- VAN DER GEEST S., 1987. « Self-care and the informal sale of drugs in South Cameroon », *Social Science & Medicine*, 25, 3, 293-305.
- VELASQUEZ G., CORREA C., 2009. *L'accès aux médicaments : Entre le droit à la santé et les nouvelles règles de commerce international*, Paris, L'Harmattan.

- WHITMARSH I., 2008. « Biomedical ambivalence: Asthma diagnosis, the pharmaceutical, and other contradictions in Barbados », *American Ethnologist*, 35, 1, 49-63.
- WHO, 2009. *Continuity and Change. Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008/2013*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
[http://www.who.int/medicines/publications/medstrategy08\\_13/en/](http://www.who.int/medicines/publications/medstrategy08_13/en/) [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHO, 2010. *Global Status Report on Non Communicable Diseases 2010*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
[http://www.who.int/chp/ncd\\_global\\_status\\_report/en/index.html](http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/index.html) [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHO, 2011a. *The World Medicines Situation 2011 — Medicine Expenditures*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/> [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHO, 2011b. *The World Medicines Situation 2011 — Rational use of medicines*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18064en/> [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHO, 2011c. *World malaria report 2011, Summary and Key Points*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
[http://www.who.int/entity/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2011/wmr2011\\_summary\\_keypoints.pdf](http://www.who.int/entity/malaria/world_malaria_report_2011/wmr2011_summary_keypoints.pdf) [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHO, 2012a. *Retention in HIV programmes: Defining the challenges and identifying solutions*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
[http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention\\_programmes/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention_programmes/en/index.html) [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHO, 2012b. *Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. Programmatic update*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]  
[http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic\\_update\\_tasp/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update_tasp/en/index.html) [Consulté le 9 novembre 2014]
- WHYTE S.R., 1988. « The Power of Medicines in East Africa ». In : S. VAN DER GEEST & S. R. WHYTE (dir.). *The Context of Medicines in Developing Countries. Culture, Illness, and Healing*, Springer Netherlands, 217-233.
- WHYTE S.R., VAN DER GEEST S., HARDON A., 2002. *Social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WHYTE S.R., WHYTE M. A., MEINERT L., KYADDONDO B., 2004. « Treating AIDS: Dilemmas of unequal access in Uganda », *Sahara-J : Journal of Social Aspects of HIV/Aids*, 1, 1, 14-26.
- WILLIAMS S.J., GABE J., DAVIS P., 2008. « The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects », *Sociology of Health & Illness*, 30, 6, 813-824.
- WILLIAMS S.J., MARTIN P., GABE J., 2011. « The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis », *Sociology of Health & Illness*, 33, 5, 710-725.

Desclaux Alice, Egrot Marc.

Le médicament diffusé au Sud : contextes, formes culturelles et effets sociaux observés depuis les marges : introduction.

In : Desclaux Alice (ed.), Egrot Marc (ed.). Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges.

Marseille (FRA), Paris : IRD, L'Harmattan, 2015, p. 9-44.

(Anthropologies et Médecines).

ISBN 978-2-343-05253-3