

# DONNER DES MEDICAMENTS : L'ESPRIT DU DON EN MARGE DES LOGIQUES DU SOIN

Marc Egrot \*

## INTRODUCTION

La fourniture de produits pharmaceutiques aux populations démunies pour lesquelles l'accès aux médicaments est restreint évoque une forme de « solidarité », dans laquelle ils sont perçus comme des biens de première nécessité. Parce qu'ils sont étroitement liés à un droit — la santé — considéré comme fondamental et universel<sup>1</sup>, parce que leur faible disponibilité peut parfois se traduire par la persistance de souffrances, l'apparition de handicaps, l'absence d'alternative entre mort et survie, les médicaments apparaissent — plus que d'autres biens matériels —, comme des objets dont la circulation ne peut être uniquement régie par l'intérêt et le marché. L'inaccessibilité aux produits pharmaceutiques est considérée comme un symptôme particulièrement grave de la pauvreté, un symbole fort du déséquilibre Sud/Nord, et un signe majeur des inégalités à l'échelon planétaire. Dans ce contexte, les pratiques de don ont pris un essor important à partir des années cinquante jusqu'à devenir pour certaines d'entre elles un phénomène mondial qui mobilise des quantités très importantes de produits.

Pendant la période coloniale, le médicament fut parfois mis en avant comme un emblème des progrès de la science, et sa délivrance gratuite comme une entreprise généreuse et indispensable au profit des populations (Ransford, 1983)<sup>2</sup>. Il apparaît à certains comme l'une des justifications de l'entreprise coloniale (Lyons, 1992). Le don de médicament fut aussi associé à des pratiques incitant aux conversions religieuses, par exemple pour l'évangélisation en lien avec la lèpre au Mali (Bargès, 1993).

Dans d'autres contextes, le don de médicaments, toujours inscrit dans une visée « humanitaire », mobilise des volumes de produits très importants. Quelques exemples en témoignent. En 1988, suite au séisme, l'Arménie réceptionne « 5 000 tonnes (t) de médicaments » d'une valeur de « 55 millions de US\$. Il

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

1. — L'OMS, dès 1946, considère la santé comme « l'un des droits fondamentaux de tout être humain » dans sa constitution. En 1948, l'article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* le réaffirme.
2. — Cet auteur explique qu'avant d'être « sauvés » par la médecine coloniale, les Africains souffraient « passivement et sans ressource » d'une multitude de maladies tropicales.

[faut] six mois et 50 personnes » pour en dresser l'inventaire (OMS, 1999). En 1991, l'association *Pharmaciens sans frontières* (PSF) en récolte 4 000 t dont 800 sont envoyées dans des programmes internationaux (PIMED, 1994). De 1992 à 1996, la Bosnie-Herzégovine reçoit « 17 000 t de médicaments inadaptés ». Fin 1995, « 340 t de médicaments périmés [sont] stockées à Mostar », issus de dons faits par des pays européens. En 2000, l'Ordre de Malte en France mobilise « 2 000 bénévoles » pour trier 1 400 tonnes de médicaments non utilisés (MNU); 100 t environ vont dans les pays qui en expriment le besoin.

Cette forme de dons philanthropiques dans le cadre des actions humanitaires, de l'aide au développement ou des initiatives caritatives, déclenche d'importantes polémiques dans les milieux professionnels et associatifs spécialisés. Les MNU sont l'objet de directives de la part de l'OMS<sup>3</sup> et du Conseil de l'Europe et d'un encadrement juridique qui d'abord régleme la collecte et les dons, des associations telles *Médecins sans frontières* (MSF), *Réseau Médicaments et Développement* (ReMeD) ou PSF étant impliquées dans les dispositifs de suivi. En 2007, le parlement français interdit les dons à l'étranger en avançant qu'il favorise une stratégie de « valorisation énergétique » : les MNU seront incinérés dans des unités récupérant l'énergie à partir de 2008<sup>4</sup>.

Cette catégorie de dons de médicaments fut — et reste — la plus visible, car la plus médiatisée. Elle n'est pas pour autant la seule forme existante de don. Le médicament peut être donné entre membres d'une même famille ou à l'intérieur de réseaux sociaux. Il est fourni gratuitement aux malades par certains professionnels du soin, des institutions spécialisées, des employeurs ou des organisations caritatives. Il est offert aux professionnels de santé par des représentants des firmes pharmaceutiques. Il est aussi utilisé par des chercheurs dans le cadre de la relation ethnographique<sup>5</sup>. Ce rapide survol d'un ensemble de

3. — En 1996, l'OMS édicte des principes directeurs applicables aux dons de médicaments (révisés en 1999) en association avec diverses agences des Nations unies, institutions ou associations internationales.

4. — AFP, 30/12/2008. Les médicaments non utilisés ne seront plus redistribués, France 24 : <http://www.france24.com/fr/20081230-sciences-sante-medicaments-non-utilises-redistribuer-humanitaire-incinerer-cyclamed>.

5. — En 20 ans, le don de médicament dans la relation ethnographique ne fut que trois fois explicitement porté à ma connaissance. En 1993, lors du colloque « Soigner au pluriel », un auditeur réagit à une communication sur des guérisseurs dans le Chaco argentin en dénonçant ce qu'il conçoit comme une « imposture » de ces soignants (qu'il qualifie de « charlatans ») qui n'acceptent d'exercer leur savoirs que dans des sociétés autres que la leur. Un ethnologue présent dans la salle répond qu'il n'y a pas lieu de juger ce choix et demande comment qualifier, dans cette logique, les prescriptions et dons de médicaments faits par des ethnologues à leurs « informateurs ». Une autre évocation est faite par Delième lorsqu'il raconte les débuts de son terrain doctoral pendant lequel il fait des « miracles » avec des dons de médicaments (Deliège, 2005). Dans un autre ouvrage,

modalités particulières de circulation des médicaments en marge du circuit officiel et formel permet déjà de deviner : la variété des acteurs sociaux impliqués ; la complexité des itinéraires de certains produits ; l'importance des volumes mobilisés ; le caractère épineux de certaines polémiques ; et surtout la dimension sociale et culturelle de l'acte.

Or, l'analyse du don sous ses diverses formes est au cœur des préoccupations de l'anthropologie. Depuis Mauss, il est reconnu comme un « fait social total » présent dans toute société et la triade « donner, recevoir et rendre » est un postulat incontournable de la discipline (Mauss, 1924). Mais si *l'Essai sur le don* apparaît comme « le point de départ des réflexions actuelles », Beaucage (1995a) rappelle que « la notion d'échange, à côté de celle de structure et de fonction, fonde l'anthropologie ». Pour lui, « l'échange, sous ses diverses formes et avec ses diverses connotations (marché, transferts, dons, réciprocité), est la société même ». Les chercheurs du *Mouvement Anti-Utilitariste en Sciences Sociales* ont depuis plusieurs années alimenté la controverse autour de nouveaux éléments tels « la liberté de l'échange par rapport à l'obligation de réciprocité », « la gratuité du don par rapport au jeu des intérêts », « la spontanéité par rapport à la norme » (Beaucage, 1995b ; Godbout, 1992).

Mais, bien que le don suscite un intérêt majeur en anthropologie, et que le médicament soit reconnu depuis trente ans comme un objet de recherche pertinent pour les sciences sociales, le don de médicament n'a pas pour autant donné lieu à des analyses spécifiques et approfondies, en rapport avec l'importance des pratiques existantes, leurs significations et leurs conséquences<sup>6</sup>.

Ce texte explore le don de médicaments à partir de l'exemple des traitements antirétroviraux (ARV) au Sénégal au cours des années 2000 à 2004<sup>7</sup>. Il décrit différentes constructions sociales de dons de médicaments en n'excluant *a priori* aucune forme de don. L'acte est considéré à différents niveaux, de l'individuel au collectif, dans les circuits officiels ou les espaces professionnels, mais également à leur périphérie. Dans un second temps, les finalités et le sens attribués à ces formes de dons seront analysés, permettant de comprendre en quoi cette pratique nous emmène à la marge des logiques de soins, illustrant que la pharmaceuticalisation n'est pas nécessairement une médicalisation.

l'auteur explique comment lui-même prescrit des traitements pour soigner l'abcès de l'une des personnes qui a accepté de participer à des entretiens (Kpatchavi, 2011).

6. — Sur ce point voir notamment Bourgeon (2008), Tan (1989), ainsi que Ouvrier dans cet ouvrage.

7. — Les données sont issues d'un programme sur la circulation des traitements du sida coordonné par Egrot, financé par l'ANRS et mené par le *Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés*, de l'université d'Aix-Marseille III, l'UR 36 de l'IRD et le PNLS du Sénégal. Il utilisait des méthodes ethnographiques : carnet de terrain, entretiens individuels semi-structurés, entretiens de groupe et observations directes (plus de détails dans Egrot, 2002).

## LES ARV AU DÉBUT DES ANNÉES 2000 EN AFRIQUE ET AU SÉNÉGAL

Avant 2000, l'histoire du sida est marquée en Afrique par l'inaccessibilité des ARV pour la grande majorité des personnes en ayant besoin. Les ARV ne sont disponibles en pratique clinique que depuis 1996. Le Sénégal est le premier pays d'Afrique à décider, dès 1998, de mettre en place un programme de traitement par ARV : l'*Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV* (Isaarv)<sup>8</sup>. Le coût mensuel d'une trithérapie initiale standard pour une personne est alors d'environ 1 000 €, puis, assez rapidement (et uniquement en Afrique), de 500 €, avant d'être réduit à 15 € en 2002. Les ARV sont donc des produits rares et très chers au début de l'Isaarv. L'obtention de médicaments issus de dons occupe alors une place importante dans les stratégies des malades et des professionnels pour y avoir accès.

L'objectif initial de l'Isaarv est de traiter 50 patients ; ils seront 166 en 2000 et 450 dès 2002 (Ndoye, 2002). L'une des inquiétudes des organismes internationaux à l'époque est l'émergence d'une circulation informelle de produits, en particulier dans la rue et les marchés (Egrot, 2002). Afin de limiter d'éventuels usages inappropriés en dehors du circuit officiel, l'Isaarv recommande une centralisation des dons d'ARV vers la pharmacie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Fann, qui est alors le lieu unique de délivrance des ARV.

### LES FORMES SOCIALES DU DON D'ARV

Diverses formes de dons peuvent être décrites, classées en première intention selon leur inscription sociale (don interindividuel, inscrit ou non dans des liens de parenté ou des réseaux professionnels, etc.) et secondairement selon leur finalité initiale explicite, sanitaire ou autres. La finalité retenue ici est celle de l'acteur social qui initie l'acte de don ; il s'agit de la motivation d'un point de vue émique. Ce choix nosologique ne vise qu'à ordonner les exemples : la réalité est bien plus complexe. La coexistence de plusieurs motivations, les modifications de finalités de l'acte au cours de la circulation de l'objet donné, et enfin les agencements variés qui peuvent se construire entre elles, font ensuite l'objet d'une analyse.

#### *Dons professionnels à motivation sanitaire*

Au début des années 2000, quelques médecins, investis à Dakar dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PvVIH), se constituent de petits stocks d'ARV grâce à des dons provenant de confrères du Nord, des échan-

8. — Deux autres pays — l'Ouganda et la Côte-d'Ivoire — s'engagent dans cette voie, mais dans le cadre de « l'Initiative Onusida pour un meilleur accès aux médicaments ». À cette époque, « la mise en place d'un programme gouvernemental d'accès aux ARV... traduit une volonté politique forte » (Ndoye, 2002).

tillons gratuits fournis par des représentants de l'industrie pharmaceutique ou encore des médicaments arrivés auprès d'associations locales (cf. *infra*). Ils sont employés pour la plupart sous forme d'un nouvel acte de don du médecin aux patients, pour éviter des interruptions de traitements ou pour en « soulager » financièrement certains, dans ou hors de l'Isaarv<sup>9</sup>.

À travers les relations professionnelles créées à l'occasion d'événements scientifiques ou de déplacements à l'étranger, quelques médecins obtiennent des dons plus conséquents provenant d'institutions. En 2002, un lot de 50 boîtes d'ARV contenant 8 molécules est envoyé par le *Réseau Ville-Hôpital* d'une grande commune française, incorporé par la suite au stock de la pharmacie du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Fann. Un autre médecin relate un don de deux cartons envoyés début 2000 par une association française impliquée dans la lutte contre le sida. L'ensemble du lot est néanmoins incinéré en raison d'un dépassement des dates de péremption. Fin juillet 2000, la représentation locale d'une firme pharmaceutique fait un don de 30 boîtes d'un ARV périmées à la fin du mois suivant.

Entre août 1999 et juillet 2000, 100 boîtes d'ARV sont enregistrées à la pharmacie du CHU sur une durée d'un an grâce au dispositif de récupération des dons. Ce stock collecté comprend 7 molécules contenues dans 8 spécialités<sup>10</sup>, dont 3 ne sont pas, alors, utilisées par l'Isaarv. Parmi les 81 boîtes toujours en stock en juillet 2000, 47 sont périmées. Outre la question de la péremption de certains produits, c'est aussi leur intérêt pour les médecins prescripteurs qui suscite des polémiques en raison de la diversité des molécules reçues, des faibles quantités par type de médicament, ou leur absence des schémas thérapeutiques retenus alors au Sénégal.

Pour ces exemples, la finalité thérapeutique des médicaments offerts est conservée pour l'ensemble du processus, au moins en apparence. Ils circulent du Nord vers le Sud entre deux systèmes de santé, mis en communication à leurs marges à travers des relations professionnelles personnalisées construites au cours d'événements scientifiques, médicaux ou commerciaux. Quels que soient les donateurs initiaux (médecins, associations, firmes) et leur motivation, les destinataires sont tous, pour cette première étape, des médecins impliqués dans la prise en charge des malades du sida. Le devenir de ces médicaments une fois arrivés varie peu. Certains sont incinérés car périmés ; d'autres rejoignent le dispositif de récupération des dons : deux itinéraires conformes à de bonnes pratiques pharmaceutiques. Néanmoins, la centralisation des dons ne fonctionne que partiellement : peu de personnes la connaissent et certains professionnels ne désirent pas s'y soumettre. Ils préfèrent conserver ces médicaments pour un

9. — Certains patients acquittent une participation financière dont le montant est fixé par une commission sur des critères médicaux, économiques et sociaux (Lanièce, 2002).

10. — Combivir®, Épivir®, Fortovase®, Hivid®, Rétrovir®, Videx®, Viracept®, Zérit®.

usage qu'ils estiment plus adapté à leurs préoccupations : en faire don à leur tour à des patients selon des logiques propres à la relation soignant-soigné. Le contre-don est ici implicitement contenu dans l'acte, en termes de reconnaissance, de gratification, de renvoi d'une image de soignant généreux et humaniste et donc *in fine* dans un renforcement de la position des médecins dans des relations déjà fortement déséquilibrées et bien souvent empruntées de paternalisme.

### *Dons institutionnels ou associatifs à motivations complexes*

Début 2000, deux associations reçoivent des ARV en provenance d'associations du Nord. L'une acquiert épisodiquement du Rétrovir® ; l'autre reçoit des ARV de façon régulière depuis quatre ans (notamment de *l'Ordre de Malte* et de *Chrétiens et Sida*). Après cette date, plus aucune entrée d'ARV n'est inscrite dans le registre de cette association. Néanmoins, des médecins signalent toujours ce lieu comme source occasionnelle d'approvisionnement jusqu'en 2003 et affirment qu'une partie au moins de leur stock personnel en est issue <sup>11</sup>.

Certains industriels du médicament, qui refusent à cette époque de baisser leur prix dans un contexte historique particulier, « offrent » à l'Isaarv en 2000 et 2001, une à deux boîtes d'ARV pour chaque boîte achetée. Cette forme de don constituait alors une forme de négociation commerciale évitant une baisse officielle des tarifs, objet d'importantes polémiques à l'époque.

Le 29 mars 2002, une association sénégalaise <sup>12</sup> fait au ministère de la Santé un don d'ARV de 2 424 boîtes d'une valeur d'environ 70 millions <sup>13</sup> de francs CFA (108 000 €). Une cérémonie de remise officielle est organisée ; la presse est invitée. Plus tard, les ARV offerts sont réceptionnés à la pharmacie du CHU. L'association a acheté ce lot grâce à des dons monétaires suscités et recueillis lors d'une « soirée dinatoire » réunissant des « notables » quelques semaines plus tôt à Dakar. Il est composé de quatre spécialités <sup>14</sup>, produites et commercialisées par une seule entreprise. Trois sont utilisées par l'Isaarv. La quatrième ne l'est pas car elle contient de l'abacavir, un produit non recommandé à cette

11. — La date d'arrêt des inscriptions sur le registre correspond approximativement à celle de la mise en place du dispositif de récupération des dons d'ARV.
12. — Sur les polémiques évoquées ci-dessus, à propos de l'association *l'Afrique aide l'Afrique* (AAA) et ce don d'ARV, voir Taverne & Egrot dans cet ouvrage.
13. — Dans la presse (la une du *Soleil* du 30/03/02), la valeur monétaire du don est annoncée à 232 millions. La valeur calculée par le pharmacien de l'Isaarv représente 30 % de la valeur publiée. Le calcul est fait dans un cas avec des tarifs pratiqués au Nord alors que l'autre se fonde sur les prix négociés dans le cadre de l'initiative *Access* de 2000, alors en vigueur au Sénégal. Même à ce tarif, la valeur du don représente 18 % du budget annuel alloué à l'époque par le gouvernement sénégalais pour l'achat des médicaments et des réactifs nécessaires à l'Isaarv.
14. — Le don contient 994 boîtes de Rétrovir® 100, 950 d'Épivir® 150, 280 de Combivir® et 200 de Trizivir®.

époque dans les pays du Sud (Coulaud, 1997)<sup>15</sup>. Une tentative insistante d'échange des 200 boîtes de ce produit contre d'autres antirétroviraux auprès de la firme reste sans effet. Quelques semaines après, deux personnes sont déjà traitées par une trithérapie contenant ce médicament, prescrite par des médecins en recherche d'une combinaison nouvelle pour des patients en situation d'échec thérapeutique ou de contre-indications pour d'autres ARV.

Ces pratiques d'échanges institutionnels de médicaments sont complexes. Leur dimension utilitariste est plus ou moins saillante selon les cas, mais néanmoins souvent présente. Ces usages du don peuvent dépasser parfois le simple objectif thérapeutique, dans le champ du sanitaire (telles les associations de PvVIH assurant une discrimination positive pour le traitement de certains de leurs membres), du politique ou du religieux (par exemple en terme d'influence du catholicisme dans une société majoritairement musulmane). Ainsi, de multiples arrangements commerciaux ou des stratégies d'ordre économique et politique, laissent voir de manière évidente des usages sociaux, économiques et politiques de l'objet médicament, prétendument offert sous formes de « dons ». Ces pratiques nous emmènent bien en marge du système médicament (au sens de Desclaux & Levy, 2003), assignant de manière connexe à l'objet donné d'autres facettes que sa seule finalité thérapeutique, même si celle-ci continue d'être mise en avant par les acteurs sociaux impliqués.

#### *Dons interpersonnels à la marge du sanitaire*

Pour les cas qui suivent, la finalité thérapeutique immédiate n'est pas l'une des raisons qui motive l'acte, et le récipiendaire n'est pas infecté par le VIH. Les itinéraires de ces médicaments donnés sont complexes et mobilisent de multiples acteurs sociaux.

#### *Le don cadeau*

Au cours de l'été 2000, Absa<sup>16</sup>, une jeune femme travaillant en France comme aide-soignante, vient passer ses congés au Sénégal. Ses bagages contiennent deux boîtes de Videx<sup>®</sup> et douze flacons d'un antibiotique, destinés à sa mère pour qu'elle en retire des revenus financiers<sup>17</sup>. Ce don interpersonnel intra-familial n'est pas motivé par un objectif thérapeutique dans un contexte de maladie pour le destinataire du don. Dans cette histoire, la circulation du Nord au Sud est motivée par la seule valeur marchande de l'objet et le lien de parenté.

15. — Des allergies, avec parfois une fièvre, imposent l'arrêt du traitement et l'obligation de ne jamais le réintroduire (risque d'hyperthermie maligne d'origine centrale).

16. — Tous les noms mentionnés dans ce chapitre sont des pseudonymes.

17. — Une boîte de Videx<sup>®</sup> 100 mg est alors vendue à Dakar entre 55 et 153 € selon le fournisseur.

La mère d’Absa n’a pas d’insertion professionnelle dans le secteur de la santé. Dès réception des produits, elle contacte un ami pharmacien, propriétaire d’une officine privée. Elle lui remet les médicaments afin qu’ils soient vendus. Plusieurs mois après, une employée de l’officine effectuant l’inventaire les retrouve sur l’étagère, invendus et bientôt périmés. Elle informe son patron et avance l’idée qu’il serait mieux d’en faire don à quelqu’un qui puisse les utiliser rapidement. Ayant obtenu son assentiment, elle contacte une amie assistante sociale qui travaille avec un médecin de l’Isaarv. Le lendemain, les deux boîtes quittent l’officine dans le sac à main de l’employée qui les donne à son amie le soir même. Le lendemain, cette dernière les remet au médecin qui les offrira ensuite à l’un des patients qu’il traite en dehors du programme national.

### *Le don coulé*

Salif est un artiste : il vend ses créations dans un marché artisanal à proximité du marché de *Keur Serigne Bi*, lieu renommé pour le commerce de médicaments<sup>18</sup>. Parfois, il est aussi un intermédiaire entre des fournisseurs occasionnels et des grossistes du marché pour la revente de produits médicaux issus de pratiques de coulage. Ali, un assistant sanitaire d’un service hospitalier vient le voir deux à trois fois par mois pour vendre des médicaments ou du matériel médical. En juillet 2000, il vient vendre trois boîtes de Zérit® 40 mg. Il les a « récupérées », dit-il, « dans le bureau » de l’un des médecins de son service qui, après les avoir reçues en don, les lui confie pour les écouler. Les vignettes sur les boîtes et la vérification des numéros de lots auprès de la firme qui les produit permettent d’avoir la certitude qu’ils proviennent de France. Le service dans lequel travaille Ali n’a aucune activité de prise en charge des PvVIH, mais les médicaments donnés avaient néanmoins, du moins initialement, une dimension thérapeutique.

Ces deux extraits décrivent des étapes de la « vie sociale » des médicaments dans le système de santé sénégalais. Ils illustrent la multiplication des acteurs au cours de ces étapes ; le caractère aléatoire de la détermination de l’itinéraire et de la destination finale des produits en fonction des motivations et des intérêts de chacun des acteurs impliqués dans leur mise en circulation. Dans l’exemple d’Absa, la finalité thérapeutique de l’objet donné réapparaît en fin de circuit, effaçant sa dimension commerciale, ce qui n’est pas le cas dans le second exemple où la logique initiale du don à un service de santé est abandonnée pour bifurquer dans un circuit commercial informel.

18. — La volonté politique de fermer ce marché tenu par la confrérie mouride est inscrite dans la déclaration de politique générale du Premier Ministre en 2008. En août 2009, la mesure est promulguée, soutenue par le marabout de Touba. En 2010, l’espace privé est fermé par son propriétaire et les activités de négociations des grossistes sont déplacées, notamment à Touba, ne laissant subsister que la vente de détail dans l’espace public de la rue.



### *Dons à finalité sanitaire dans le réseau de parenté*

Certains dons de médicaments se font au sein des familles avec un objectif initial de l'ordre du soin. Ils suivent alors des itinéraires et des logiques déterminés par les liens de parenté.

#### *Le don partage*

Dans une ville proche de Marseille, un patient est suivi depuis trois ans dans le service de médecine de l'hôpital au moment de l'entretien en 1999. Trois ans plus tôt, son état de santé imposait de débiter une trithérapie. Mais au cours des deux ans qui suivent, les médecins s'inquiètent d'une mauvaise réponse au traitement et modifient à deux reprises le protocole. L'hypothèse d'un niveau d'observance insuffisant est alors évoquée. Devant les dénégations du patient, les médecins, dubitatifs, tentent de le convaincre de la nécessité d'un suivi par le psychologue. Le patient exprime ses réticences, mais finalement accepte. Plus d'un an après, le patient révèle un jour, sur le pas de la porte alors qu'il prend congé, qu'il envoie depuis deux ans la moitié de son traitement à son épouse restée au Sénégal. Cette découverte provoque l'étonnement, la consternation, l'incompréhension, voire l'exaspération parmi les membres de l'équipe médicale. Ce cas illustre une pratique de partage entre membres d'une même famille en contexte d'immigration, construite sur la base d'un statut sérologique attesté ou supposé commun. Des situations similaires sont rapportées durant la même période (1999-2000) par deux médecins, à Toulouse et à Paris, et par une responsable de l'association Aides à Marseille.

Des pratiques analogues existent au Sénégal, mais hors du contexte de migration (Sow, 2002). L'exemple le plus emblématique est celui d'un homme d'une cinquantaine d'années, Issa, traité dès 1999 par trithérapie dans l'Isaarv, marié à deux femmes également séropositives suivies dans le même programme. L'une d'entre elles, très immunodéprimée, bénéficie d'une trithérapie. La seconde ne nécessite pas, alors, de traitement antirétroviral selon les critères biomédicaux. Bien qu'Issa comprenne les arguments des médecins pour justifier cette décision, cette attitude médicale différente envers ses deux épouses est socialement difficile à accepter. Il tente dans un premier temps de se procurer des ARV hors du Sénégal, puis, constatant que ces tentatives restent inconstantes et très onéreuses, décide de partager son traitement. Cette décision illustre une obligation de répartition équitable des biens entre coépouses dans un foyer polygame. Aux explications qui lui sont fournies sur le caractère inutile et dangereux d'un traitement partiellement observé pour lui-même et trop précoce pour son épouse, Issa répond que sa femme et sa famille ne pourraient comprendre que seule l'une des coépouses soit traitée.

Ces exemples ont en commun une forme particulière de don — le partage —, dans le cadre d'une alliance matrimoniale. Dans les deux cas, les acteurs ont reçu des médecins des informations sur l'importance d'une bonne observance.

Mais lorsque les produits prescrits pour une seule personne sont répartis entre deux, l'objectif thérapeutique s'efface derrière des obligations sociales auxquelles ces hommes estiment ne pouvoir se dérober. La valeur du partage prime sur l'utilité pharmaceutique. Dans les deux cas, le partage est pratiqué entre personnes qui ont un statut sérologique commun, celui de l'un étant très probablement secondaire à celui de l'autre, ou du moins perçu comme tel par les intéressés et éventuellement leur entourage. Les motivations du don dans un tel contexte sont donc multiples. Nul doute que la détermination du geste est construite en partie sur la base de sentiments d'affection, d'amour, de générosité et inscrite dans une histoire relationnelle, voire un sentiment de culpabilité par rapport à la contamination de la conjointe. Cette dimension psychologique apparaît d'autant plus importante qu'il s'agit d'un acte oblatif qui entraîne pour le donateur une soustraction d'une partie de son traitement. Néanmoins, la prégnance des normes sociales qui régissent l'échange au sein de l'alliance matrimoniale apparaît ici de manière manifeste dans ces pratiques de traitements situées en marge des normes biomédicales.

### *Le don message*

Toujours dans un cadre matrimonial et un contexte d'immigration, le récit qui suit <sup>19</sup> permet d'introduire une autre forme de don.

Un jour de mai 2000, l'infirmier du centre de santé d'une petite localité frontalière voit en consultation une femme qui se présente avec deux boîtes de Rétrovir<sup>®</sup>. Elle explique qu'elles lui ont été envoyées par son mari qui réside en France. Sans aucune précision relative à la maladie pour laquelle ce médicament est employé, cet envoi est accompagné du conseil de se rendre au dispensaire afin de recevoir des éclaircissements sur la manière de le prendre. L'infirmier dit avoir expliqué alors que « ce médicament particulier ne peut être donné sans examen de sang préalable », que sa prise peut se révéler « dangereuse » et que seule une indication bien précise peut justifier sa prescription. Il décide de conserver les deux boîtes, mais pour éviter une accusation de détournement, il effectue une visite à la famille pour souligner la générosité du don et expliquer que ce produit qu'il ne connaît pas bien ne peut être prescrit sans risque et qu'il restera « visible » au centre de santé. À cette occasion, il apprend que le mari vivait auparavant au village, « qu'il était très malade depuis deux ans... avant qu'il ne parte en France ». Il conclut que cet homme se sachant malade du sida est parti en France pour se soigner.

Ce don ponctuel est insuffisant pour traiter un éventuel sida. La lettre d'accompagnement, son interprétation par l'infirmier et la réponse qu'il construit, permettent de comprendre que ce médicament est ici le support d'un double message : l'un destiné à l'infirmier ; l'autre adressé indirectement à l'épouse.

19. — Recueilli par B. Taverne.

L'infirmier sait que le Retrovir® est utilisé pour le sida et conclut donc que le mari est séropositif. Pour lui, la femme vue en consultation ignore tout de cette séropositivité. Il interprète donc l'envoi de Retrovir® comme un message qui lui est directement adressé, lui apprenant que le mari est séropositif, mais aussi qu'il souhaite, par ce conseil de se rendre au centre médical, que son épouse fasse une sérologie VIH, voire soit informée de la séropositivité de son conjoint. Mais l'infirmier refuse le rôle qui lui est assigné : il n'évoque pas la séropositivité probable du mari et n'aborde la nécessité d'une sérologie VIH que d'une manière détournée en parlant « d'examen de sang » indispensable avant la prise de ce médicament.

#### DON DE MÉDICAMENTS : FINALITÉS ENCHEVÊTRÉES ET ITINÉRAIRES COMPLEXES

Dans la grande majorité des exemples fournis ici, la finalité thérapeutique du don est explicitement affichée au début du processus, au minimum par le donateur lui-même. Il n'y a guère que le don-cadeau que Absa fait à sa mère qui ne comporte dès le départ aucune référence à une quelconque finalité thérapeutique. Il est clair pour l'ensemble des acteurs que ce don a initialement une finalité exclusivement pécuniaire pour la bénéficiaire. Tous les autres dons présentés ont en revanche, au moins en première intention, et parfois seulement en apparence, une dimension thérapeutique. Mais derrière, ou parfois aux côtés de cette finalité affichée, il y a bien d'autres finalités qui se révèlent dès que l'on cherche à pénétrer « l'esprit du don », à comprendre l'enchevêtrement, parfois complexe, des logiques d'acteurs.

Ainsi, le don-message que Issa envoie à sa femme n'est en fait qu'une illusion thérapeutique. L'autre finalité de l'acte, bien plus importante, est la transmission des messages qui lui sont attachés. Le principal objectif de ce don est donc bien cette finalité informative qui ici aurait dû se décliner dans un second temps en révélation du statut sérologique du donateur à l'égard de son épouse.

Les exemples de don-partage peuvent également être qualifiés d'illusions thérapeutiques en ce sens que les donateurs savent que ces traitements partagés sont insuffisants pour être efficaces. Et même s'ils n'en étaient pas totalement convaincus, leur objectif premier ici n'est pas de traiter l'infection à VIH. L'acte est posé par obligation sociale d'équité mais aussi parce qu'il a une finalité démonstrative des capacités sociales d'un mari<sup>20</sup>. Dans une perspective plus psychologique, il serait même légitime d'évoquer ici, dans cet empilement des finalités, une finalité déculpabilisante du don en relation avec la contamination des épouses, ne serait-ce que supposée.

Pour les dons associatifs, institutionnels ou professionnels (même s'ils se transforment ensuite en don-coulé), la finalité thérapeutique est toujours présente lors

20. — Sur ce sujet et dans un autre contexte, cf Bila & Egrot, 2009.

de l'amorce du don, puisque le fait d'offrir des médicaments à un acteur ou à une structure de santé présuppose que ces produits devraient être utilisés à bon escient et selon les recommandations biomédicales en vigueur. Certes ! Mais il ne faut pas pour autant rester aveugle aux autres finalités, voire se laisser abuser par une finalité de façade. Les autres finalités sont bien évidemment nombreuses et les exemples qui ont été fournis ici n'en proposent que quelques-unes parmi l'ensemble des possibles. Le don peut parfois s'interpréter comme une volonté de consolider la position d'une organisation et d'accroître son rayonnement. Il peut s'inscrire encore dans une logique de valorisation et de renforcement d'une relation sociale, par exemple entre professionnels ou entre soignants et soignés. Mais le don peut également relever de stratégies commerciales dans l'objectif de ne pas diminuer les prix, de renforcer une logique de promotion d'un produit ou d'une firme pharmaceutique ou de contourner des réglementations (visa d'exploitation) et des recommandations biomédicales (notamment d'usage de tel ou tel ARV). Le don de médicament s'articule également avec des stratégies de survie économique, dans des espaces privés comme pour le don-cadeau, ou à travers le commerce informel dans les services publics (Blundo, 2001) comme pour le don coulé.

Par ailleurs, les exemples contenus dans cette contribution montrent bien que les finalités du don de médicaments sont multiples, mais aussi qu'elles peuvent, au-delà d'un simple empilement, s'agencer de manière diachronique ou synchronique. Ces agencements dépendent bien évidemment des acteurs qui sont impliqués, de leur statut, de leur fonction, de leur éventuelle implication dans des actions de soins, ou encore, par exemple, de leur niveau de connaissance du sida et de son traitement.

L'analyse des finalités du don de médicament oblige aussi à s'interroger sur l'existence et la forme d'un éventuel contre-don. Dans plusieurs cas en effet, les finalités cachées ne constituent-elles pas à elles seules un contre-don implicite préconstruit par le donateur lui-même, assurant ainsi par avance et implicitement le règlement de la dette du destinataire du don ?

L'autre lecture possible considère les différentes formes de dons en fonction de la nature et de la solidité du lien social qui unit préalablement donateur et destinataire. Certains dons s'inscrivent effectivement dans un réseau social préexistant, et se construisent même parfois autour d'un lien particulièrement fort, matrimonial ou familial. En cherchant à savoir comment, à qui et pourquoi les médicaments sont donnés, l'analyse permet ainsi de mieux comprendre le fonctionnement d'un lien social dans des contextes variés (migration, solidarité familiale, couple affecté par une maladie grave, relation associative, professionnelle ou commerciale, etc.), ouvrant ainsi la voie, pour paraphraser Godbout & Caillé (1992) ou Beaucage (1995a), à une intelligence inédite des phénomènes de société. À ce titre, le don de médicament ouvre la porte à une lecture originale des relations sociales dans une société sénégalaise en plein

changement, mais également entre différentes aires culturelles dans un contexte de mondialisation. À titre d'illustration, les dons-partage ou le don-message éclairent les rapports sociaux de sexe dans les familles au Sénégal ou en contexte d'immigration, et révèlent comment une maladie comme le sida et l'accès au traitement sont susceptibles de nous aider à mieux comprendre les liens complexes qui se tissent entre genre et médicament, comme Bila (2011) l'a montré au Burkina Faso.

Inversement, les descriptions proposées ici montrent que la forme du don, et l'itinéraire qu'il emprunte, sont en partie déterminés par les liens sociaux qui relient entre eux les différents protagonistes impliqués. Or, ces cheminements sont susceptibles de transformer le sens attribué à l'objet et l'usage qui en est fait. Chaque acteur va incruster sa marque au niveau de l'objet et orienter sa circulation dans les espaces sociaux en fonction de critères et de logiques qui lui sont propres. Les exemples fournis incitent à penser que plus le lien social entre donateur et destinataire du don est distendu, plus l'itinéraire a tendance à être complexe et aléatoire, mobilisant un nombre d'acteurs plus important, c'est-à-dire autant d'occasions de voir bifurquer son cheminement dans les espaces sociaux. Ces variations viennent alors imprimer de nouvelles facettes à l'objet donné, qui, même si elles sont bien connues aujourd'hui, sont considérées habituellement comme marginales ou secondaires dans la perception qu'en ont les spécialistes du médicament : la valeur financière, un support promotionnel ou publicitaire, un outil de marketing, un faire-valoir politique, un outil de renforcement de la relation soignant/soigné, voire un moyen d'accroître le pouvoir médical dans cette relation. Parfois, il s'agit de dimensions plus inattendues, qui échappent parfois à la perception des professionnels de santé : une marque d'affection, une obligation sociale d'équité, le support d'un message voire d'une annonce de séropositivité, un moyen d'atténuer une culpabilité, etc.

## CONCLUSION

Lorsqu'ils sont donnés, les médicaments acquièrent donc bien d'autres fonctions en marge de celle pour laquelle ils ont été initialement fabriqués, c'est-à-dire traiter une maladie. L'analyse du don de médicament peut ainsi nous entraîner dans différentes directions selon la perspective adoptée, et seules quelques-unes d'entre elles ont été explorées dans cette contribution. Or, chacun de ces regards portés sur une pratique sociale complexe, met en lumière des facettes et des dimensions variables, tant de l'acte de don que de l'objet donné. Pour appréhender ce vaste champ de recherche encore en friche, il est bien sûr nécessaire de connaître au préalable les espaces sociaux usuels du « système médicament », mais aussi d'explorer ses marges, en particulier en s'intéressant à ces échanges relégués dans l'informel, dans des espaces inhabituels bien moins visibles, et dans des logiques qui s'éloignent de la seule légitimité biomédicale. L'objet donné va en effet, selon les cas, changer de sens et de fonction, nous

entraînant aux marges des circuits et des usages qui sont habituellement les siens.

La diversité des formes sociales de don de médicaments vient par ailleurs enrichir l'entreprise de Godbout & Caillé (1992) d'attester de la pérennité et de la modernité de cette forme de l'échange — le don — au sein des sociétés contemporaines. Leurs analyses ont montré le caractère à la fois riche et diversifié de cette modalité de circulation des biens dans les sociétés mondialisées, aux côtés du marché et de la redistribution étatique.

À travers le médicament donné, le sens de l'acte et de l'objet, la nature des liens sociaux qui unissent les divers acteurs impliqués, les anthropologues peuvent aussi porter leur regard au cœur même des sociétés contemporaines et notamment sur les changements qui s'y déroulent. Ils peuvent en particulier lire la société mondialisée et la complexité des relations sociales qui s'y inscrivent, que ce soit dans les familles, toujours rassemblées localement ou éclatées de par le monde en raison des migrations, dans les milieux professionnels ou associatifs, dans le contexte des actions présentées comme « caritatives » ou « humanitaires ». La pharmaceuticalisation des espaces sociaux passe aussi par ces pratiques en marge des espaces thérapeutiques habituels. Ce processus pourrait être révélateur de certains changements sociaux. Mais ne pourrait-il pas être aussi un catalyseur de ces changements ou un support de revendications sociales et politiques face aux inégalités ? Et ce rôle n'est-il pas d'autant plus important que les valeurs symboliques associées à l'objet médicament sont fortes, notamment lorsqu'il concerne une pathologie comme le sida ?

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BARGES A., 1993. « Environnement urbain africain et maladie. Ségrégation antilépreuse et comportements adaptatifs à Bamako (Mali) », *Ecologie Humaine*, 11, 2, 7-20.
- BEAUCAGE P., 1995a. « Échange et société : avant et après Mauss », *Anthropologie et Sociétés*, 19, 1-2, 5-16.
- BEAUCAGE P., 1995b. « Donner et prendre. Garifunas et Yanomamis », *Anthropologie et Sociétés*, 19, 1-2, 95-117.
- 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 d'Aix-Marseille.
- BILA B., EGROT M., 2009. « Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso », *Social Science & Medicine*, 69, 854-861.
- BLUNDO G., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2001. « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique Africaine*, 83, 8-37.
- BOURGEON D., 2008. « Du médicament comme don et symbole », In : P. CHANIAL (dir.), *La société vue du don*, Paris, La Découverte, 413-421.
- COULAUD J.P. (dir.), 1997. *Place des antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique*, Dakar, Paris, Rapport ANRS-IMEA, 74 p.

- DELIEGE R., 2005. « Des manières de soigner dans un village d'intouchables de l'Inde du Sud », In : L. PORDIE (dir.), *Panser le monde, penser les médecines*, Karthala, 69-79.
- EGROT M., TAVERNE B., 2002. « La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal », In : A. DESCLAUX, I. LANIECE, I. NDOYE, B. TAVERNE (dir.), *L'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 221-231
- GODBOUT J., CAILLE A., 2000 [1992]. *L'esprit du don*, Paris, La Découverte, Boreál.
- LANIECE I., DESCLAUX A., SYLLA O., TAVERNE B., CISS M., 2002. « Accessibilité financière de l'Isaarv et impact microéconomique pour les patients », In : A. DESCLAUX, I. LANIECE, I. NDOYE, B. TAVERNE (dir.), *L'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 41-54.
- LYONS M., 1992. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire*, Cambridge, Cambridge University Press, 351 p.
- MAUSS M., 1924. « Essai sur le don », *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 146-279.
- NDOYE I. TAVERNE B., DESCLAUX A., LANIECE I., Egrot M., DELAPORTE E., SOW S., MBOUP S., SYLLA O., 2002. « Présentation de l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux », In : A. DESCLAUX, I. LANIECE, I. NDOYE, B. TAVERNE (dir.), *L'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 5-19.
- OMS, 1999. *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, WHO/EDM/PAR/99.4.
- PIMED, 1994. *Les médicaments non utilisés en Europe : recueil, destruction et réutilisation à des fins humanitaires*, Paris, Pour une information médicale éthique et le développement.
- RANSFORD O., 1983. *Bid the Sickness Cease: Disease in the History of Black Africa*, London, John Murray Publishers.
- SOW K., 2002. « L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants » In : A. DESCLAUX, I. LANIECE, I. NDOYE, B. TAVERNE (dir.), *L'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 109-118.
- TAN M.L., 1989. *Good medicine: pharmaceuticals and the construction of power and knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Her Spinhuis.

Egrot Marc.

Donner des médicaments : l'esprit du don en marge des logiques du soin.

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. 63-77.

(Anthropologies et Médecines).

ISBN 978-2-343-05253-3