

## CONCLUSION

### DYNAMIQUES DE LA PHARMACEUTICALISATION AU SUD

Alice Desclaux \* & Marc Egrot \*\*

Comme la notion de médicalisation dont elle est issue, la notion de pharmaceuticalisation est historiquement située ; c'est pourquoi il est essentiel de l'aborder en prenant en compte les enjeux actuels de la diffusion des médicaments au Sud. C'est donc par un débat d'actualité dans les pays du Sud, en cours depuis 2011, que nous ouvrons cette synthèse finale en conclusion d'un ouvrage sur les formes de la pharmaceuticalisation « à ses marges ».

#### UN THÈME D'ACTUALITÉ

Au cours des conférences internationales sur le sida en 2010 et 2011, l'approche de la pandémie d'infection à VIH a connu une « révolution » : les déclarations politiques mentionnent pour la première fois la perspective de la fin de l'épidémie, trente ans après son début, et endossent l'objectif de « zéro transmission en 2015 » affiché par Onusida dans son initiative *Treatment 2.0*. Ce nouvel optimisme se fonde sur la proposition d'une stratégie prophylactique utilisant les antirétroviraux dont l'efficacité préventive a été validée au niveau épidémiologique par des modélisations mathématiques. Cette stratégie implique l'extension de l'usage des antirétroviraux à de très nombreuses situations d'utilisation par des personnes vivant avec le VIH ou non infectées, avant ou après leur exposition au risque de transmission (WHO, 2012). Les termes *élimination* et *éradication* sont employés, et les médias relaient le message en le simplifiant à l'extrême, leurs titres ne mentionnant que les antirétroviraux comme moyen stratégique, prenant parfois pour modèle l'éradication de la variole par la vaccination. Les premiers commentaires de militants et de professionnels de santé publique combinent adhésion et scepticisme, doutant du réalisme de ces objectifs. Pour eux, l'existence de traitements biologiquement efficaces n'est pas suffisante pour justifier un changement de paradigme, à

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

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

moins de considérer les antirétroviraux comme un *magic bullet*. Leurs arguments évoquent la complexité des dispositifs sanitaires et sociaux indispensables pour que les antirétroviraux parviennent effectivement à ceux qui en ont besoin, en particulier — mais pas seulement — au Sud. Nguyen et ses collègues avancent qu’attendre un...

*remède miracle — qui pourrait ne jamais advenir — pourrait avoir des conséquences délétères en faisant passer au second plan le travail fastidieux mais nécessaire pour permettre un changement social et lutter contre les inégalités sociales et la violence structurelle qui ont entrete nu l’épidémie.*

Nguyen *et al.* (2011) <sup>1</sup>.

Ce débat rappelle qu’outre les besoins considérables en produits pharmaceutiques susceptibles de répondre aux problèmes de santé des pays du Sud, disposer de médicaments efficaces ne permet pas d’éviter la question des conditions de leur efficacité « en contexte social ». Dans ce débat, les acteurs de terrain, chercheurs et professionnels de santé publique, critiquent la conception purement technique, a-politique et a-sociale, d’une stratégie de santé publique proposée au niveau global. La santé publique internationale serait-elle victime d’une illusion pharmacologique ? Les décideurs seraient-ils éblouis par la valeur métonymique du médicament (Van der Geest & Whyte, 1989), maintes fois décrite comme conduisant à confondre son efficacité et celle de l’ensemble des systèmes de santé qui le rendent accessibles ? Ou bien la biomédecine serait-elle hantée par un positivisme hérité d’Auguste Comte incitant à croire que la science à elle seule serait susceptible de résoudre l’ensemble des maux de l’humanité ? Mais peut-être utilisent-ils aussi sciemment la valeur métaphorique du médicament dans un effet de communication, pour donner un second souffle à la lutte contre le sida, en jouant sur son caractère tangible, à la fois matériel et usuel, qui le rend apte à représenter concrètement la « victoire sur la maladie » ? Éclaircir ce point supposerait d’analyser les logiques sociales implicites, en recherchant des convergences circonstanciées d’intérêts<sup>2</sup> entre acteurs qui auraient pu favoriser la stratégie pharmacologique, comme, lorsqu’au début des années 1990, aux États-Unis d’Amérique, les associations de personnes atteintes et les industries du médicament avaient obtenu ensemble l’allègement des

1. — « Holding out for a magic bullet – unlikely to ever come – diminishes interest in the hard, messy work required to enable social change and address the social inequalities and structural violence that drive this epidemic. » (Nguyen *et al.*, 2011 : 292).
2. — Le concept de convergence circonstanciée d’intérêts que nous proposons dans cet ouvrage permet de décrire des situations sociales complexes au sein desquelles, autour d’un objet politique commun, les logiques d’acteurs sociaux hétérogènes (qui n’ont pas nécessairement de lien social préalable), vont provisoirement converger — sur une période déterminée et dans des circonstances particulières. La convergence est circonstanciée du fait qu’il ne s’agit pas seulement d’une convergence de circonstances subies par les acteurs (circonstancielle), mais d’une convergence en partie souhaitée et utilisée, de circonstances en partie construites par les acteurs eux-mêmes.

procédures d'autorisation de mise sur le marché de traitements dans une logique humanitaire (Epstein, 2001). La sociologie des sciences et l'histoire de la pensée médicale aideraient à comprendre dans quelle mesure cette révolution est aussi le produit d'une forme hybride articulant des connaissances scientifiques et le processus social de biomédicalisation (Clarke, 2000), ou la résurgence d'un modèle de gestion médicale des épidémies, dominant au XX<sup>e</sup> siècle, ne nécessitant ni mobilisations sociales ni interventions communautaires — une interprétation qu'avancent Nguyen et ses collaborateurs (2011).

Les critiques de cette nouvelle approche médicamenteuse de la lutte contre le sida, émises par des acteurs engagés de longue date pour l'accès aux antirétroviraux au Sud, posent de manière explicite la question des rapports entre santé publique, médicaments et changement social : la médecine a-t-elle recours aux médicaments à défaut de changement social ? Ou bien le changement social est-il nécessaire — sous quelles formes — pour que l'accès aux médicaments soit assuré et, plus encore, pour que le risque soit circonscrit et l'épidémie endiguée ? Dans un rapport inverse, le médicament est-il vecteur de changement social ? L'actualité récente autour de l'épidémie de sida montre l'importance de ce questionnement sous-jacent à la notion de pharmaceuticalisation, et ouvre un champ d'investigation pour les sciences sociales.

Fin 2012, les sociologues américaines Bell & Figert (2012b) et leurs commentateurs britanniques (Williams *et al.*, 2012) lançaient un appel pour que davantage d'études empiriques en socio-anthropologie soient menées au Sud sur les processus de pharmaceuticalisation et de médicalisation. Ils appelaient à documenter les inégalités internationales concernant la médicalisation et leurs effets sociaux, en les considérant en premier lieu comme résultant des intérêts différentiels des firmes pharmaceutiques, qui investissent davantage dans la recherche pour traiter les besoins de santé liés aux modes de vie des pays riches (cancer, conséquences du tabagisme, obésité) que les maladies infectieuses et les « maladies de la pauvreté telles que le paludisme, la maladie de Chagas et le choléra » (Busfield, 2006 ; Bell & Figert, 2012a). Considérée à partir des pays du Sud, cette approche qui pouvait être pertinente à la fin du XX<sup>e</sup> siècle paraît désormais limitée pour plusieurs raisons : la notion de transition épidémiologique qui faisait succéder à un régime dominé par les maladies infectieuses un nouveau régime dominé par les pathologies dégénératives et les « maladies urbaines » a cédé la place à un modèle dans lequel ces deux régimes s'additionnent dans les sociétés urbaines des pays du Sud ; les inégalités internationales en matière de santé apparaissent désormais plus importantes que les inégalités inter-nationales ; comme le montre le débat autour des antirétroviraux explicité plus haut, de nouvelles institutions publiques ou hybrides ont acquis un rôle essentiel dans la production et la diffusion des médicaments, en sus des firmes pharmaceutiques, et permettent la diffusion à grande échelle de traitements pour des maladies infectieuses aiguës et chroniques (tuberculose, sida, paludisme). Pour être pertinente, l'analyse de la pharmaceuticalisation doit

prendre en compte ces évolutions, qui ont justifié l'émergence de la notion de « santé globale » au plan international, en cours de stabilisation (Koplan *et al.*, 2009 ; Kleinman, 2010). Les études empiriques présentées dans cet ouvrage ont l'avantage d'avoir pris pour cadre ce nouveau contexte.

L'appel de ces sociologues proposait aussi des orientations dans le champ des sciences sociales, réclamant des approches disciplinaires croisées et soulignant la nécessité d'études empiriques pour que les échanges théoriques puissent être développés. Cet ouvrage apporte une première réponse à cette préoccupation. En abordant la pharmaceuticalisation « à ses marges », avec un cadre théorique peu contraignant et un champ thématique assez large, cet ouvrage donne des éléments de connaissance novateurs, simultanément sur les processus à l'œuvre et sur la manière dont ils peuvent être abordés. Ceci permet d'apporter une certaine « épaisseur » empirique et théorique au concept de pharmaceuticalisation qui commence à se populariser sur la base d'une définition assez imprécise. Nous avons considéré dans cet ouvrage que cette définition recouvre l'augmentation des volumes des médicaments en circulation et le processus culturel et social (aux résonances économiques et politiques) qui consiste à donner une réponse en termes de médicament à des questions d'ordres divers.

#### OBSERVATIONS, APPROCHES ET PERSPECTIVES D'ANALYSE

Les contributions présentées dans cet ouvrage permettent d'apporter une réponse articulée autour d'objets et de sites d'études proches, et par une communauté d'approches des auteurs. Les sites d'étude concernent essentiellement des pays classés par leur niveau socio-économique dans la catégorie des pays les moins avancés (Sénégal, Burkina Faso, Cambodge, Bénin), donnant la prédominance à l'Afrique de l'Ouest ; un chapitre traite de pays « du Sud » aux revenus intermédiaires (Philippines, Afrique du Sud). Les études empiriques sont pour la plupart des monographies, des analyses comparatives avec des pays de niveaux économiques équivalents ou plus riches (Ghana, pays européens), ou des analyses de circulations de médicaments entre pays. Ces travaux concernent essentiellement deux étapes de la « vie sociale du médicament » (Whyte *et al.*, 2002) : sa diffusion ou distribution, et son utilisation par les usagers, contextualisées dans leurs « systèmes du médicament » (Desclaux, 2003) ; deux chapitres traitent explicitement de ces systèmes. Plus de la moitié des chapitres s'intéressent aux perceptions émiques des utilisateurs, plus du tiers aux catégories conceptuelles et valeurs engagées par les acteurs institutionnels de la production ou de la diffusion ; quelques chapitres traitent des pratiques. L'étape de la prescription et l'articulation avec la relation de soin ont été peu abordées, comme les champs de la production médicamenteuse ou de la recherche. En termes de catégorisation thérapeutique, les produits concernés sont des anti-infectieux (en particulier des antirétroviraux), des contraceptifs, des anti-diarrhéiques, des stimulants sexuels et produits esthétiques, et des compléments

nutritionnels : le spectre est vaste mais n'inclut ni les psychotropes, ni des traitements spécialisés délivrés pour des pathologies graves (à l'exception de l'infection à VIH), ni d'autres catégories de médicaments qui devraient être de plus en plus utilisées au Sud comme ceux indiqués pour les maladies chroniques. Ainsi ces travaux « explorent » une thématique d'actualité, sans toutefois prétendre couvrir le sujet dans la multiplicité de ses expressions.

L'approche des auteurs peut être caractérisée par trois traits : ils partagent des références théoriques en matière d'anthropologie du médicament explicitées en introduction. Ils ont en commun la volonté de garder un certain recul vis-à-vis du cadre conceptuel biomédical normatif tout en prenant en compte les dimensions médicales et pharmacologiques. Ils peuvent diverger sur leurs postures, critiques et distancées pour certains, engagées pour d'autres, vis-à-vis des phénomènes observés et des changements sociaux en cours. Ils n'endossent pas sans les critiquer et les mettre en perspective les catégories conceptuelles de la santé publique, parfois devenues des catégories de sens commun, encore peu problématisées par les sciences sociales, telles que celles de « contrefaçon », « effets secondaires », ou « mésusages ».

L'ensemble de ces articles permet quatre niveaux d'analyse. Un premier niveau concerne les formes sociales d'utilisation du médicament observées « à la marge ». Elles seront discutées ici à partir des deux grands enjeux de santé publique mis en avant par l'OMS : l'accès aux médicaments essentiels et la qualité des médicaments. Le second niveau d'analyse examine l'extension de l'usage des médicaments observé au Sud et concerne la pharmaceuticalisation « vue d'en bas » ; cette thématique permet d'aborder les dynamiques sociales au-delà de problématiques directement appliquées en santé publique. Ces données empiriques et les analyses qu'elles autorisent permettent, à un troisième niveau, de discuter la définition théorique de la notion de pharmaceuticalisation et de préciser certaines dimensions concernant le médicament. Le quatrième niveau d'analyse concerne les perspectives de recherche ouvertes par cet ouvrage, au vu des avancées analytiques qu'il propose et des questions qui restent à aborder. Ces niveaux d'analyse sont complémentaires. Ils apportent successivement : des éléments de compréhension des enjeux sociaux autour des médicaments dans les systèmes de soins au Sud ; des indications pour une approche de santé publique ; des propositions pour affiner les outils théoriques lorsqu'on applique au Sud la notion de pharmaceuticalisation, ce qui permet de donner une portée plus globale à cette notion jusqu'à présent essentiellement utilisée au Nord ; des suggestions pour des travaux ultérieurs.

#### LA DIFFICILE PROGRESSION VERS L'ACCÈS UNIVERSEL AUX MÉDICAMENTS ESSENTIELS

En 1988, Van der Geest, sollicité pour se prononcer sur la pertinence culturelle du paiement des médicaments essentiels en Afrique lors de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, avait répondu que les cultures africaines ne s'opposaient

pas au paiement des soins, mais que celui-ci devrait être instauré de telle manière qu'il soit juste et effectif (Van der Geest, 1992). Vingt-cinq ans plus tard, les évaluations de santé publique ont montré l'incapacité des dispositifs mis en place dans le cadre de l'Initiative de Bamako à gérer le problème du coût des médicaments qui, bien que réduit, conditionne toujours le traitement, notamment dans les situations d'« indigence ». Les effets délétères du paiement en termes de mise à l'écart des soins d'une partie importante des populations des pays les moins avancés et de production de situations de pauvreté induites par des dépenses de santé, définies par les économistes comme « catastrophiques » ont été documentés dans la plupart des pays du Sud (Whitehead *et al.*, 2001). Depuis, l'objectif d'un accès universel aux médicaments essentiels pour mettre fin à cette iniquité produite ou amplifiée par les systèmes de soins a été adopté par les organisations des Nations unies. Des institutions supranationales ont rejoint des techniciens en santé publique, les organisations non gouvernementales, les États aux politiques de santé d'inspiration socialiste, et les ONG humanitaires, en considérant que cet accès ne pourrait être universel qu'en assurant la gratuité des médicaments pour les patients qui en ont besoin (Groupe de réflexion sur le retard pris dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement, 2008). Cependant les avancées vers l'accès universel aux médicaments essentiels sont fragmentaires et sectorielles, et font l'objet de discours contradictoires et de tensions, notamment politiques et économiques, entre la définition des principes et la mise en œuvre des stratégies susceptibles de les remettre en question.

La gratuité des traitements pour les patients est une idée unanimement rejetée à la fin des années 1990, devenue audible à titre exceptionnel à propos des antirétroviraux contre l'avis de la majorité des économistes de la santé, puis progressivement acceptée au début des années 2000, sur la base de données factuelles montrant que le coût des soins ne pouvait pas être supporté par les malades alors qu'ils sont vulnérabilisés, notamment socialement et économiquement, par leur état clinique. En 2008, tous les programmes de traitement d'Afrique francophone ont mis en place la gratuité des antirétroviraux. Le chapitre de Bernard Taverne éclaire l'histoire d'une des décisions clés dans ce domaine, alors que l'*Initiative sénégalaise d'accès aux ARV* était un projet modèle pour les pays africains francophones pour avoir été le premier à expérimenter l'utilisation des antirétroviraux. Bernard Taverne montre comment les preuves expérimentales ne suffisent pas à motiver des décisions locales, qui ne sont définitives que lorsqu'elles entrent en résonance avec des politiques internationales, qu'elles sont alors susceptibles de faire basculer selon ce qui peut être qualifié de convergence circonstanciée d'intérêts. Logique scientifique et logique pragmatique convergent avec une logique politique, dans une configuration conjoncturelle qui n'aura pas d'équivalent dix ans plus tard lorsque, dans un contexte de déflation des budgets consacrés aux traitements du sida, les mêmes acteurs voudront expérimenter l'extension de la gratuité à un

paquet de soins pour les personnes vivant avec le VIH, dont la nécessité sur le terrain a pourtant été montrée. Il faudra probablement que les institutions aient acté la fin de l'exceptionnalité du sida et accompli les reconfigurations institutionnelles qui permettent de considérer cette pathologie au même titre que d'autres pour que ce thème soit considéré comme une question essentielle en matière de protection sociale et d'accès aux traitements.

Les situations en matière d'accès aux médicaments sont désormais très hétérogènes en fonction des sites, des pays et des pathologies traitées : outre les traitements des maladies dites « sociales » (lèpre, tuberculose, etc.) pris en charge par les États, les traitements (ou objets) préventifs et curatifs du paludisme et de l'infection à VIH sont fournis gratuitement aux patients dans le cadre des financements du *Fonds mondial pour le paludisme, la tuberculose et le sida*. Mais pour d'autres pathologies chroniques, telles que les hépatites ou les cancers, les médicaments essentiels restent payants. Ils font alors l'objet d'initiatives de dons, personnelles et collectives, sur une base caritative ou inscrits dans une logique promotionnelle lorsque des fondations liées aux firmes pharmaceutiques financent des projets ponctuels, ou lorsque des organisations non gouvernementales ou internationales assurent intégralement leur financement mais sur une durée limitée. Les chapitres de Marc Egrot et Ashley Ouvrier montrent bien les logiques microsociales de solidarité, don et partage, qui s'expriment dans ces situations, incluant ce qu'elles peuvent comporter d'arbitraire et de dépendance pour les patients vis-à-vis des soignants ou des personnes de l'entourage qui détiennent les traitements. À propos de médicaments essentiels et quotidiens comme les anti-diarrhéiques, ou de médicaments nécessaires à long terme comme les antirétroviraux, la dépendance vis-à-vis d'un tiers engage — si ce n'est à « rendre » comme le suggère l'anthropologie maussienne du don —, au moins à se conformer aux attentes de celui dont dépend l'obtention du traitement. Aussi, ces deux chapitres montrent comment l'accès à des médicaments nécessaires à la vie est soumis à des ordres de priorités et de valeurs définis par l'organisation de la parenté, les hiérarchies de classe et de genre et la proximité sociale avec les soignants. Ils permettent de comprendre comment, à l'opposé, la gratuité des traitements pour les patients conçue comme l'application du droit à la santé permet aux personnes d'être considérées à titre individuel et de manière équitable, quelles que soient les hiérarchies de statuts sociaux dans lesquelles elles sont inscrites, et de mesurer la valeur de l'accès universel aux médicaments en tant que droit humain.

D'autres initiatives menées au cours des dix dernières années ont eu pour objectif de dépasser les limites et l'inéquité des solidarités électives en assurant à tous la gratuité des soins : des projets et dispositifs d'exemption des paiements des soins ou des traitements ont été ou sont mis en place par des États ou des ONG, avec l'appui d'organismes internationaux comme la Banque mondiale. Parallèlement, les dispositifs de protection sociale ou de mutualisation des coûts de santé ont été développés, et l'instauration d'une couverture médicale

universelle est devenue un objectif affiché des politiques publiques. Les « politiques du paiement » sont donc d'actualité, et les premières évaluations des programmes assurant aux patients l'exemption du coût des soins mettent au jour leurs effets sociaux (Olivier de Sardan & Ridde, 2013). Valéry Ridde et Oumar Samb montrent dans leur chapitre que cette politique, progressivement acceptée par les décideurs, n'est pas accueillie par les soignants sans réticences. Au-delà des motifs qu'ils évoquent, leurs réactions portent probablement la marque d'un conservatisme habituel dans toute profession face aux innovations qui viennent bouleverser des normes pratiques, statuts et savoirs d'autorité. Les propos qui mettent en avant la valeur pédagogique du paiement des médicaments semblent hérités du discours qui a accompagné l'Initiative de Bamako ; ils montrent aussi que ce discours a convergé avec celui du modèle néolibéral et de la marchandisation qui aligne la valeur d'usage du médicament sur sa valeur marchande. Les soignants qui disent craindre l'inflation des demandes de médicaments et des abus en termes de consommation font valoir un modèle où « le médicament dépasse le soignant », le produit étant mis en avant par rapport à l'acte thérapeutique qui en assurerait le contrôle. Ces craintes sont infirmées par les évaluations des programmes de gratuité des soins dans les mêmes pays, qui n'ont pas observé d'abus de la part des patients, mais des effets en termes de dysfonctionnements des services (Olivier de Sardan & Ridde, 2013). Les représentations des professionnels de santé révèlent un aspect important de leur rapport au médicament, que certains d'entre eux considèrent comme un bien rare qu'ils doivent pouvoir contrôler. Elles illustrent l'écart induit par l'histoire des politiques du paiement entre les pratiques locales, qui en portent la trace, et des politiques actuelles d'accès universel aux médicaments inscrites dans une perspective de responsabilité globale pour l'accès à la santé (Ooms & Hammonds, 2010).

#### LA QUALITÉ DES MÉDICAMENTS ET SES DÉFINITIONS

En lien étroit avec cet accès aux médicaments, la qualité est une préoccupation de santé publique de premier plan. Cette notion complexe est définie par les institutions à différents niveaux : pharmacologique, médical et juridique. La congruence apparente entre ces différents niveaux ne reflète pas la diversité sous-jacente, qui est liée d'une part au fait que ces niveaux répondent à des logiques distinctes, d'autre part aux effets des catégorisations binaires (bons / mauvais médicaments, autorisés par une AMM / interdits, licites / illicites ; indiqués / contre-indiqués ; faux / vrais ; authentiques / contrefaits ; etc.). Ces catégorisations créent des « effets seuil » pour des phénomènes qui sont le plus souvent distribués selon des continuum<sup>3</sup> ou qui peuvent varier d'un contexte à

3. — Cette reformulation binaire est un processus central dans l'épistémologie de la médecine (Canguilhem, 2009).

l'autre, notamment pour les dimensions juridiques. De plus, les instances de santé publique considèrent qu'au-delà des produits, les pratiques sont une dimension essentielle de la qualité car elles déterminent l'efficacité et la toxicité des médicaments pour les usagers. L'analyse anthropologique éclaire — encore très partiellement, certes — d'une part les significations de ces définitions institutionnelles sur le terrain et d'autre part la diversité des points de vue émiques concernant la qualité des médicaments.

Plusieurs chapitres contribuent à questionner les définitions de la qualité sous-jacentes à des notions ou des catégories conceptuelles de sens commun, réfutant quelques idées reçues. En premier lieu, les analyses de Carine Baxerres remettent en question les représentations profanes qui considèrent que les médicaments circulant dans le secteur informel sont par essence des médicaments « de mauvaise qualité » ou contrefaits. Son chapitre montre que les législations des pays africains, hétérogènes, conduisent à décrire comme illégaux dans un pays des pratiques ou des produits légaux dans un pays limitrophe, les dispositifs juridiques comme les réseaux d'approvisionnement étant différents dans les pays francophones et anglophones. Ainsi, les définitions de la qualité et les distinctions entre produits licites et contrefaits ne sont pas construites uniquement sur des données pharmacologiques, mais sont le résultat de tensions, voire de négociations ou de jeux d'influence, entre autorités de régulation, scientifiques, firmes et États. Ceci peut avoir des conséquences en contradiction flagrante avec la mise en œuvre de l'accès au médicament, lorsque des médicaments génériques sont dénoncés abusivement comme des produits contrefaits.

Le chapitre de Pascale Hancart-Petitot montre les effets des différences de statut — légal ou illégal — d'un médicament selon les pays, et l'intérêt d'une analyse qui considère la « géographie juridique » des médicaments au niveau international. L'histoire globale de la diffusion des contraceptifs et abortifs est marquée par l'influence de considérations religieuses, culturelles ou économiques, sur l'autorisation de leur mise sur le marché et *in fine* sur la qualité des médicaments en circulation. Au Cambodge, le RU 486® n'est pas autorisé mais la circulation illégale de ses copies chinoises y semble tolérée, car elle répond à un besoin de santé publique. Au Sud, la lutte contre les médicaments de mauvaise qualité, copies et contrefaçons en circulation sur le marché, relève de la responsabilité des États, et la plupart des institutions considèrent que le rôle des États devrait être renforcé pour qu'ils puissent exercer leur activité de contrôle. L'exemple du Cambodge montre une situation plus complexe, où l'incapacité à recourir légalement à des médicaments plus performants ou plus acceptables socialement conduit à considérer que la réponse au besoin de santé publique justifie la tolérance vis-à-vis de médicaments illicites et potentiellement contrefaits. La qualité des médicaments disponibles au niveau national résulte donc d'arbitrages complexes, notamment — mais pas seulement — entre santé publique et propriété intellectuelle, qui impliquent des considérations financières. Des considérations sociopolitiques vis-à-vis des catégories de

populations ciblées et des besoins de santé traités par les médicaments entrent également en jeu pour déterminer quels médicaments doivent être rendus disponibles, ou quel niveau de qualité (en termes d'efficacité ou d'effets indésirables) peut être jugé acceptable ; dans le cas décrit dans ce chapitre, le statut social dépréciatif des femmes pourrait expliquer la tolérance pour des médicaments peu sûrs, dont l'avantage est qu'ils permettent d'éviter aux politiques d'avoir à gérer la question conflictuelle de l'avortement.

Au niveau de la prescription et de la dispensation, divers chapitres attestent de ce que la qualité des médicaments est considérée par certains acteurs comme directement corrélée à leur coût pour les usagers. Cette notion dont l'absence de pertinence peut sembler évidente à un pharmacien ou à un professionnel de santé publique informé de la complexité des systèmes de distribution des médicaments et des multiples éléments intervenant dans la fixation des prix est pourtant sous-jacente à de nombreux discours qui avancent que les médicaments essentiels ou accessibles sont de faible qualité au vu de leur prix. Valéry Ridde et Omar Samb montrent que cette idée n'est pas seulement diffusée parmi les « profanes », mais qu'elle est défendue par une partie des professionnels de santé sous une forme simpliste lorsqu'ils avancent que la gratuité des médicaments induit la perte de leur valeur aux yeux des usagers. Ces professionnels avancent simultanément des propos contradictoires lorsqu'ils disent que c'est le paiement qui porte une valeur pédagogique : la valeur du médicament lui serait donc conférée par la transaction, indépendamment de la qualité inhérente au produit. Ainsi la valeur symbolique du coût des médicaments reste une question importante et problématique pour les acteurs, ce qui pourrait être lié au fait que le coût constitue un critère simple de comparaison et hiérarchisation des produits, indépendamment de leurs caractéristiques pharmacologiques. Cet attachement à la valeur perçue du coût des médicaments pourrait aussi être lié à l'absence fréquente dans les systèmes de soins des pays du Sud de partage strict entre les rôles de prescription et de vente des médicaments.

Les chapitres qui présentent des éléments à propos des perceptions émiques de ce qu'est un « vrai » ou un « bon » médicament semblent converger avec l'hypothèse d'un « noyau dur » des représentations profanes construit d'abord autour de l'apparence, de la fonction et de la provenance des produits. Ainsi Ashley Ouvrier rapporte que les sels de réhydratation orale sont moins utilisés que l'élixir parégorique parce que leur apparence et leur indication préventive pour une utilisation dans un contexte symptomatique ne leur donnent pas le statut de « vrais médicaments ». À l'opposé, les utilisateurs et vendeurs des produits dérivés de l'*Aloe vera* semblent, selon l'étude d'Alice Desclaux, les percevoir comme des « médicaments de qualité » alors que ces produits ont le statut juridique de compléments nutritionnels. La notion de qualité des produits est, dans leur cas, construite grâce aux séances d'information des usagers et à l'important dispositif de communication mobilisé, qui mettent en avant la définition précise de la composition des produits, le caractère scientifique de

leur production et la technicité, y compris au plan de la gestion commerciale. La dimension de la firme multinationale qui les diffuse et les moyens financiers mobilisés viennent probablement renforcer les perceptions favorables de la qualité des produits. L'intéressement financier direct de tous les intermédiaires du réseau de vente, qui sont souvent prescripteurs, induit aussi une surévaluation de la qualité du produit. Les utilisateurs de stimulants sexuels mentionnés par Blandine Bila n'ont, semble-t-il, pas besoin d'informations sur les firmes productrices : ils achètent un produit très spécifique qu'ils perçoivent comme similaire au Viagra®. C'est l'expérience qui, pour eux, en validera ou en infirmera la qualité essentiellement mesurée à son efficacité physiologique. Les perceptions émiqes des médicaments sont ainsi construites « en contexte social » sur la base d'éléments divers : un nom commercial précis qui renvoie à un médicament mondialement connu pour une indication spécifique dans le cas des « Viagra® chinois » ; la présentation évocatrice d'un médicament occidental assortie d'informations fournies et ciblées sur la valeur du produit dans le cas des dérivés de l'*Aloe vera* ; des caractéristiques physiques et des indications préventives dans le cas des sels de réhydratation orale.

Analyser les perceptions émiqes de la iatrogénie est nécessaire pour que la discussion sur la qualité des médicaments soit complète. Curieusement, les études anthropologiques portant sur les effets secondaires ont rarement lié cette question à la problématique de la qualité des médicaments (Etkin, 1992). Or, les médicaments, même ceux considérés comme essentiels, ont des effets indésirables et des effets toxiques, ces deux notions étant d'ailleurs diversement articulées dans les perceptions professionnelles et profanes comme dans les études en sciences sociales. Alice Desclaux montre que les représentations profanes des lipodystrophies sont très diverses même parmi les personnes atteintes, et sont très peu induites ou contrôlées par les soignants. Des observations analogues pourraient probablement être faites au Sud à propos d'autres catégories de médicaments que les antirétroviraux, car l'information diffusée sur les effets indésirables des médicaments y est très limitée, les campagnes d'information destinées aux populations prenant plutôt comme objet le « bon usage du médicament » ou les risques associés aux médicaments du secteur informel. Aussi, les connaissances profanes sur les effets indésirables et la iatrogénie semblent s'élaborer sur la base de rumeurs, d'expériences individuelles et d'histoires de cas. Maria Teixeira et ses collaboratrices montrent que les effets secondaires — si on adopte leur définition médicale — semblent déterminer des logiques d'usage des médicaments encore mal connues, relativement diverses selon les lieux pour un même produit. Leur étude invite à accorder davantage de considération aux effets indésirables, qui ne sont pas seulement considérés comme « le prix à payer » pour obtenir des effets principaux, mais semblent déterminants pour l'observance et les choix des utilisatrices. Ces éléments d'analyse de la qualité des médicaments « en contexte » des pays du Sud révèlent plusieurs facettes de sa construction sociale

à différents niveaux, du micro au macrosocial. Les distinctions affichées entre licite et illicite, bonne et mauvaise qualité, recouvrent des catégorisations émiques plus complexes et mouvantes fondées sur les pratiques. Les perceptions de la qualité des médicaments par les acteurs sont liées à l'apparence des produits, à un « noyau dur » de perceptions diffusées à l'échelle transnationale, à leur contexte de production réel ou représenté, à celui de leur prescription ou de leur dispensation. En cela, la construction sociale de la qualité du médicament, fondée sur un imaginaire du produit, de l'origine ou de la marque, se prête bien aux analyses en termes de marchandisation de la santé, comme conséquence de la mondialisation (Abélès, 2008). Enfin, les effets secondaires des médicaments semblent désormais, avec de grandes différences selon les catégories pharmacologiques et les contextes, pouvoir guider les recours et les choix thérapeutiques des utilisateurs, montrant une autre facette de la qualité « en contexte social ».

#### DES FORMES SOCIALES ET CULTURELLES DE LA PHARMACEUTICALISATION

Les données empiriques collectées au cours des dernières décennies montrent que la pharmaceuticalisation est une notion significative « sur le terrain », et qu'elle met en jeu plusieurs processus, présentés ici de manière non ordonnée : l'augmentation des volumes de médicaments distribués et consommés ; la circulation hors du secteur biomédical ; le moindre contrôle des professions médicales sur la prescription ; la multiplication des acteurs non biomédicaux autour de la circulation et la promotion des médicaments ; l'extension des champs d'utilisation des médicaments au travers d'usages à d'autres fins que celles qui ont été assignées aux médicaments par les fabricants ; la circulation de produits qui — sans être des médicaments *stricto sensu* (stimulants sexuels, produits néotraditionnels, compléments nutritionnels, etc.) — peuvent s'en rapprocher ou sont présentés comme tels par leurs promoteurs. Ce livre montre bien que cette extension de la diffusion des médicaments en termes de dispositifs, de publics et d'usages, plus ou moins à distance des institutions médicales, ne répond pas toujours à des logiques planifiées « d'en haut » par une gouvernance globale inspirée par l'Organisation mondiale de la santé, mais peut résulter de réinterprétations locales, de productions autochtones ou de logiques en opposition avec celles en œuvre au niveau transnational.

Notre ouvrage ne visait pas à recenser de manière exhaustive les lieux de diffusion croissante des médicaments ou leurs nouveaux usages. N'y apparaissent pas, par exemple, des aspects attestés tels que les pratiques de vente de produits « énergisants » dans les salles de sports, les dispositifs de transformation des plantes médicinales en phytomédicaments ou les activités des délégués médicaux très présents sur le terrain depuis le développement du secteur médical privé. Les contributions de cet ouvrage montrent d'autres formes sociales supports de la pharmaceuticalisation dans les domaines de la sexualité, de la santé publique, de la vie quotidienne et du rapport au corps.

Concernant la sexualité, les analyses que Blandine Bila a présentées montrent l'émergence au travers du secteur informel d'une pharmacopée populaire qui vise l'accroissement des performances physiques masculines. La pharmaceuticalisation ne suit pas ici le processus de *disease mongering*<sup>4</sup> décrit dans les pays du Nord, où la diffusion du Viagra® a dû passer par la construction d'une catégorie sémiologique (les dysfonctions érectiles modérées) et la mise en évidence de sa prévalence élevée, permettant de faire accepter aux médecins l'intérêt de la prescription de Viagra® tout en laissant entendre aux consommateurs que leur « besoin de santé » ne mérite pas le qualificatif « d'impuissance sexuelle », peu apprécié (Lexchin, 2006). Sur le terrain burkinabè, la médicalisation de la sexualité n'apparaît ni au plan social (au travers de l'intervention de professionnels de santé) ni au plan idéal (impliquant un changement des savoirs profanes pour inclure la notion de pathologie ou de déficit, accompagné de causes, de signes et de facteurs associés). Cet exemple montre bien qu'il peut y avoir une pharmaceuticalisation indépendamment d'une biomédicalisation. Les médicaments imitant le Viagra® semblent plutôt répondre à des représentations profanes de la sexualité, et secondairement de la féminité et de la masculinité, qui sont en retour renforcées et d'autant plus diffusées que ces produits circulent largement, rendant l'auto-médication aisément accessible. Les « simili Viagra® » qui font de l'érection l'élément central de la grammaire des pratiques sexuelles sont actifs à la fois physiologiquement (si leur effet est avéré) et idéellement, comme supports d'une iconographie de la sexualité (très visible sur les emballages). La culture sexuelle qu'ils véhiculent semble aussi susciter des attentes féminines dans divers registres, par exemple pour des femmes mariées notamment en termes de consolidation des liens matrimoniaux. L'effet culturel de ces médicaments paraît ainsi déborder leur effet pharmacologique en concernant les femmes, bien qu'elles ne les consomment pas, en plus de leurs consommateurs masculins. Par ailleurs, leur efficacité pharmacologique pourrait être extrêmement limitée sans conséquences immédiates sur leur diffusion, les normes concernant la masculinité n'encourageant pas un utilisateur déçu à faire état publiquement de ses « défaillances » sexuelles. Aussi les « simili Viagra® » pourraient continuer à diffuser, sans rencontrer de résistance, le modèle culturel d'une sexualité « pharmacologiquement perfectible » et dominée par l'érection masculine.

Au plan de la santé publique, l'extension du champ du médicament consécutive aux effets secondaires prend des formes sociales très différentes. Un premier niveau d'analyse considère que l'augmentation des volumes de médicaments disponibles, et l'ampleur de leur utilisation hors contrôle médical, en plus de la faible qualité de certains produits dans les secteurs formel et informel, accroît « mécaniquement » la place des médicaments parmi les causes perçues et objectives de symptômes ou de phénomènes pathologiques. À ces troubles

4. — Terme souvent traduit par « promotion des maladies ».

iatrogènes, une réponse pharmacologique peut, dans certains cas, être donnée, ce qui peut encore augmenter le volume des médicaments en circulation. Les chapitres d’Alice Desclaux, sur l’expérience des lipodystrophies secondaires à la prise d’antirétroviraux, et de Maria Teixeira et ses collaborateurs, sur les perceptions des effets secondaires des contraceptifs, montrent que les effets indésirables peuvent avoir un poids conséquent dans les choix de traitement ou dans la qualité de vie des usagers, et font l’objet d’une construction sociale, différente selon les produits. Pour les lipodystrophies, les interprétations sont surtout élaborées entre les personnes atteintes et leurs médecins : le caractère idiosyncrasique du trouble, le fait qu’il devrait être de moins en moins observé là où les traitements les plus toxiques ont été remplacés, et la confidentialité autour de l’infection à VIH qui conduit les personnes atteintes de lipodystrophies à cacher leur trouble, limitent la constitution de représentations collectives, malgré l’existence de biosocialités dans les associations de personnes vivant avec le VIH qui pourraient leur servir de substrat social. Pour les contraceptifs, la diffusion des représentations des effets indésirables est différente. Des représentations collectives semblent exister, ce qui atteste de la circulation d’interprétations hors de la relation soignant-soigné. Les utilisatrices construisent leurs perceptions *a priori* des effets secondaires en combinant des éléments de connaissance transmis par les agents de santé et des éléments d’expérience acquis auprès d’autres femmes. Maria Teixeira et ses collaborateurs soulignent la grande diversité des perceptions des effets indésirables ; néanmoins certains sont recherchés par des femmes et deviennent des motifs de choix d’un médicament. Des représentations et des connaissances paraissent donc contribuer à l’élaboration de savoirs profanes autour des effets secondaires des médicaments, en cours de construction dans des espaces sociaux qui n’ont pas de lien avec les dispositifs de pharmacovigilance mis en place par les institutions. Aussi, un champ de représentations profanes des effets secondaires (notamment les effets indésirables) des médicaments, de recours thérapeutiques pour les traiter ou les produire, de relations sociales articulant réseaux de biosocialités et rapports entre thérapeutes et usagers, pourrait être distingué au sein du « système du médicament » parallèle au système médical.

Divers besoins de la vie quotidienne (nutritionnels, concernant le repos ou le sommeil, créés par le stress ou des facteurs environnementaux du mode de vie urbain) sont présentés comme des « indications » préventives ou curatives pour l’utilisation des compléments alimentaires au cours des séances de formation des utilisateurs et distributeurs d’*Aloe vera* décrites par Alice Desclaux. Un produit y est recommandé du fait de sa composition chimique et à la condition d’être utilisé selon des indications et « procédures » similaires à une prescription médicale. Trois éléments clés du processus de pharmaceuticalisation sont ainsi mis en œuvre : une analyse des besoins de santé en termes purement biologiques ; une réponse par un produit plutôt que par une technique du corps, un changement de comportement, un échange relationnel, ou toute autre

technique de soin ou de protection ; une interprétation des situations en référence à une distinction entre normal et pathologique. Ainsi ces formes sociales de gestion de la santé que les firmes de vente de compléments alimentaires proposent à la marge du système de soins diffusent un modèle d'interprétation médical ; elles sont associées à une rhétorique de valorisation des produits qui insiste sur leur forme similaire à un médicament, ayant recours aux mêmes références culturelles. En faisant de la « pharmaceuticalisation » de l'alimentation, des soins du corps, des facteurs pathogènes de la vie quotidienne, et des maladies chroniques, le support d'une activité entrepreneuriale apparemment accessible à une part importante de la population, ces firmes de vente de compléments alimentaires pourraient jouer un rôle majeur dans la diffusion du modèle culturel qui consiste à recourir au médicament en réponse à une gamme extrêmement étendue de besoins. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, des produits qui « ne sont pas des médicaments » semblent ainsi être un vecteur de la pharmaceuticalisation, particulièrement dans les pays du Sud où le dynamisme de ces firmes est attesté. Une analyse similaire pourrait d'ailleurs être proposée à propos de la pharmaceuticalisation des produits issus des médecines traditionnelles en Afrique comme nous y invite un article sur les « traitements néotraditionnels » au Bénin (Simon & Egrot, 2012). Car la logique politique de valorisation des médecines traditionnelles, lorsqu'elle passe par une quête de légitimité biomédicale, se traduit souvent par la production de formes galéniques et commerciales proches des produits pharmaceutiques. Associée à une vision très réductrice, biologisante, de la prise en charge par des thérapeutes présentés comme « traditionnels », elle induit aussi un modèle explicatif uniquement biomédical des maladies, participant à la diffusion de ce modèle culturel porté par la pharmaceuticalisation et évoqué ci-dessus à propos des produits à base d'*Aloe vera*.

Concernant le rapport au corps, l'article d'Anita Hardon apporte des clés supplémentaires permettant de mieux comprendre le processus de pharmaceuticalisation dont les applications différentes selon les contextes culturels sont rendues visibles par la comparaison entre trois sites d'étude. Les propos recueillis dans le site néerlandais de l'étude montrent que les jeunes filles utilisent la pilule pour « programmer » leurs règles en dehors de leurs périodes de vacances, jouant ainsi avec leur physiologie. Cet usage du médicament, distinct de celui défini par l'autorisation de mise sur le marché, très répandu, intégré dans la culture des adolescentes et favorisé par les stratégies de communication de l'industrie pharmaceutique, dépasse largement des considérations sanitaires. Dans les deux autres sites, les attitudes sont plus distantes et les femmes ne prennent des contraceptifs que lorsqu'elles ont besoin d'une contraception, soit en urgence et dans une utilisation abortive aux Philippines, soit sous forme injectable de longue durée en Afrique du Sud. Les contraceptifs hormonaux sont conçus pour contrôler le corps et la fécondité en dehors de considérations curatives ; la littérature internationale en sciences sociales a

d'ailleurs montré que le corps féminin est particulièrement l'objet d'une pharmaceuticalisation à des périodes particulières de la vie hormonale telles que la grossesse, la période pré-menstruelle, le cycle menstruel, la ménopause — dont la succession couvre la quasi-entièreté de la vie d'une femme. La manière dont les contraceptifs sont utilisés aux Philippines, aux Pays-Bas et en Afrique du Sud révèle la marge de contrôle de leur corps dont les femmes disposent dans leurs relations avec leurs partenaires. La comparaison des trois sites montre aussi que le mode d'utilisation individuel reflète un rapport collectif aux produits pharmaceutiques, lié à une histoire sociale et sanitaire qui peut favoriser des réticences ou, à l'inverse, rendre anodine l'utilisation de produits hormonaux dont les effets indésirables ne sont pas négligeables, comme l'ont montré récemment les études sur les pilules de troisième et quatrième générations<sup>5</sup>.

Ces analyses montrent que dans ces aspects de la vie sociale assez variés, le médicament « étend son empire » en offrant une réponse à un besoin de santé perçu — qui n'est peut-être perçu aujourd'hui comme tel par les personnes que parce qu'un médicament leur a été proposé, quel que soit la valeur « objective » de ce besoin de santé (en termes épidémiologiques ou par comparaison en termes de coût vs bénéfique à d'autres manières de le satisfaire). Elles illustrent la pharmaceuticalisation en tant que processus culturel de production des besoins de santé.

#### RETOUR SUR LA NOTION DE PHARMACEUTICALISATION

La médicalisation est considérée par ses analystes comme « à un carrefour »<sup>6</sup> (Bell & Figert, 2012a). Pour ces sociologues et anthropologues des pays développés, cette intersection est articulée avec le passage de la période moderne à la période post-moderne, qui correspondrait à des changements majeurs, avec les effets suivants : l'application de la notion de médicalisation ne serait plus pertinente à l'heure où la profession médicale n'a plus le monopole du savoir sur la maladie et du pouvoir de définir les traitements ; le développement des technosciences et de la génétique donnerait désormais au pouvoir médical un statut secondaire ; la valeur heuristique de la notion de médicalisation serait épuisée parce que ce concept a été utilisé presque exclusivement pour porter un regard critique sur la médecine. Plusieurs pistes se dessineraient aujourd'hui pour que ces approches théoriques retrouvent une

5. — Début 2013, la publication en France d'un cas d'effet indésirable grave, puis le décompte des décès attribuables aux « pilules de troisième génération », ont suscité une « crise sanitaire », associant mouvement d'inquiétude parmi les consommatrices et controverse entre agences de contrôle, firmes, scientifiques et associations, relayés dans les médias, suivis du dé-remboursement de ces produits (Benkimoun & Krémer, 2013 ; Cazi, 2013).

6. — « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections » (Bell & Figert 2012a : 775).

pertinence. L'approche devrait être actualisée en adaptant les concepts à l'évolution des objets empiriques, et la notion de médicalisation devrait être renouvelée au travers de la notion de biomédicalisation développée par la sociologue britannique Adele Clarke et ses collaborateurs (Clarke *et al.*, 2010). Le sociologue médical Nikolas Rose avance la nécessité d'un usage plus précis de la notion de médicalisation, et appelle à ne pas considérer la critique de la médicalisation comme une « fin en soi » satisfaisante. Il plaide pour la reconnaissance du rôle majeur de la médicalisation à la période moderne et montre comment la médecine...

*a donné leur forme à nos régimes éthiques, à nos rapports avec nous-mêmes, à nos jugements sur les personnes que nous souhaitons être et les vies que nous voulons mener.*<sup>7</sup>

Rose (2007 : 702).

Pour lui, l'évaluation critique de ces développements prenant en compte leur hétérogénéité est essentielle, ainsi que l'usage de concepts théoriques plus raffinés pour aborder ces questions. C'est aussi ce que propose le sociologue américain Drew Halfmann, selon lequel il est indispensable de prendre en compte simultanément les processus de médicalisation et de démedicalisation, en constante interaction, qui affectent différents niveaux des discours, pratiques et identités (Halfmann, 2012); pour lui, les concepts doivent permettre d'envisager un changement social qui n'est ni homogène, ni unidirectionnel.

La notion de pharmaceuticalisation peut être l'un de ces concepts, comme le montrent les analyses présentées dans cet ouvrage, à la condition d'actualiser certains partis pris analytiques. Les premières analyses théoriques ayant été développées au Nord, les propositions issues des pays du Sud viennent renforcer, contraster, nuancer ou s'opposer aux interprétations antérieures, souvent de manière composite. Les chapitres de cet ouvrage montrent que comme au Nord, les médicaments occupent une part de plus en plus importante dans les soins, pour de multiples raisons : du fait de l'émergence de maladies chroniques, de l'extension des capacités des dispositifs sanitaires à traiter des populations plus importantes et du fait des progrès des connaissances qui ont fait émerger de nouveaux produits thérapeutiques. Mais cette diffusion du « modèle pharmaceutique » pour traiter diverses questions n'est ni homogène, ni absolue, ni définitive : la pharmaceuticalisation apparaît comme un processus qui étend son influence diversement et de manière dynamique au plan des institutions, aux plans méso- et microsocial.

Comme au Nord, la pharmaceuticalisation se développe en grande partie de manière indépendante de la médicalisation — si on définit cette notion par

7. — « [Thus, beyond medicalisation,] medicine has shaped our ethical regimes, our relations with ourselves, our judgments of the kinds of people we want to be, and the lives we want to lead ».

l'intervention de la profession médicale. Mais leurs voies sont différentes : si l'achat sur internet n'est pas documenté, sont apparues au Sud des fonctions spécialisées autour du médicament — des conseillers pour l'observance des programmes de traitement de la tuberculose et du sida, aux revendeurs de stimulants sexuels du secteur informel et de traitements énergisants dans les salles de sport, ou aux usagers / distributeurs de phytomédicaments. Ces « nouveaux acteurs » vont-ils jouer un rôle important dans la diffusion d'un savoir ou de notions hybrides — mises en forme par les firmes multinationales, les agences onusiennes ou les organisations non gouvernementales, interprétées selon les cultures locales — favorisant des conceptions « mondialisées » des besoins en médicament ? Ou, à l'inverse, d'un savoir d'expérience à la diffusion locale, qui pourrait suivre les réseaux de pharmacosocialité ?

Les contributions présentées plus haut montrent qu'il n'est pas pertinent de prendre au Sud le seul parti pris de la critique sociale au travers de la notion de pharmaceuticalisation, car les contextes d'utilisation des médicaments y sont très hétérogènes. Dans bien des cas, les médicaments dont nous avons analysé l'utilisation sont nécessaires pour ceux qui les consomment, cette appréciation étant posée de manière émiqque et de manière *etic* — pour conserver un bon état de santé ou maintenir la vie. Néanmoins, la distinction entre une extension de l'usage du médicament « positive » et une extension qui en serait « délétère » ne peut être aisément définie : elle dépend d'éléments médicaux individuels et de santé publique, des caractéristiques pharmacologiques du produit, mais aussi de l'existence de médicaments ou de techniques de soins alternatifs dans l'espace thérapeutique local.

La mise en forme culturelle des besoins qui vise à promouvoir une réponse pharmaceutique n'est pas seulement due aux industries du médicament. Les produits revêtant l'apparence de médicaments permettent de présenter la tradition sous un jour biomédicalement acceptable, et les compléments alimentaires et autres produits aux marges de la cosmétique et du bien-être jouant sur l'apparence du médicament profitent de ses résonances symboliques. Ces produits correspondent à des pans majeurs de l'activité économique et mobilisent de très nombreux acteurs.

La dynamique de la pharmaceuticalisation va donc prendre des formes variées en fonction des contextes sociaux, notamment parce que localement, elle puise à diverses sources les forces qui lui permettent de se construire et de se répandre. Expliquer la pharmaceuticalisation uniquement par cette propension déjà ancienne de la biomédecine à « se cacher » derrière ces objets que sont les médicaments — minuscules certes, mais ô combien puissants pour beaucoup d'entre eux — serait trop simpliste et réducteur. Et ce, même si cette dissimulation permet de ne pas prendre en charge des dimensions de la maladie qu'elle a du mal à percevoir faute d'outils adaptés, à comprendre faute de concepts adéquats et surtout sur lesquels elle estime bien souvent n'avoir aucune

prise ni moyen d'action. En commençant une exploration de la pharmaceuticalisation à ses marges, cet ouvrage montre que l'effervescence du processus déborde le champ de la biomédecine du fait de l'existence d'autres dynamiques sociales, politiques ou économiques, connexes mais convergentes. La diffusion mondialisée de phytomédicaments d'origines diverses, la promotion intensive de compléments alimentaires dans différents espaces sociaux des pays du Sud, les initiatives politiques de promotion des médecines dites « traditionnelles », sont autant de phénomènes à l'œuvre dans les systèmes de santé au Sud qui participent à la pharmaceuticalisation, lorsqu'ils donnent aux produits l'apparence d'un médicament et/ou cherchent une légitimité au yeux de la biomédecine par la mise en œuvre de protocoles expérimentaux construits en totalité ou partiellement sur des critères biomédicaux.

## PERSPECTIVES

Ces analyses ouvrent la voie à l'exploration d'autres aspects de la pharmaceuticalisation, à différents niveaux allant du micro au macro-social, du centre à la périphérie.

Des pratiques qui ont été décrites au Nord et qui ne sont pas encore documentées au Sud, ou le sont insuffisamment, devraient faire l'objet d'enquêtes pour en préciser l'existence ou l'importance. C'est le cas par exemple de l'utilisation de médicaments détournés à des fins d'usage récréatif, comme le décrit Sophie Le Garrec chez des adolescents européens qui, à partir de médicaments appartenant à diverses classes thérapeutiques ne relevant pas nécessairement des psychotropes, composent des préparations à effet dysléptique ou excitant (Le Garrec, 2002). Plus largement, les réinterprétations locales des médicaments qui en étendent les indications méritent d'être explorées.

Les contributions rassemblées dans cet ouvrage n'ont pas analysé de discours réticents ou opposés à la pharmaceuticalisation, indépendamment des discours critiques à l'égard du coût des médicaments. De tels discours émergent-ils dans certaines catégories sociales ou au sein d'institutions, voire parmi les professionnels de santé ? Cet aspect reste à analyser, dans le prolongement d'études qui porteront sur les effets pathogènes des médicaments, mais aussi à un niveau plus global, liant pharmaceuticalisation et marchandisation de la santé, éventuellement mise en rapport avec la globalisation. Au plan des acteurs, les professionnels de la diffusion des médicaments (pharmaciens, préparateurs, vendeurs en pharmacie, délégués médicaux, etc.) font partie de ces « métiers de la santé » dont les conditions sociales de l'exercice restent peu connues, mais qui sont sans conteste des acteurs clés de la pharmaceuticalisation. La mise en place de dispositifs de pharmacovigilance va-t-elle susciter des réserves dans le processus de pharmaceuticalisation, notamment en rendant publiques des informations sur les effets indésirables ou les effets iatrogènes des médica-

ments ? La notion de iatrogénicité paraît en Afrique peu construite, et sa carrière au cours des prochaines décennies mérite l'attention des sciences sociales.

Travailler sur les « marges de la pharmaceuticalisation » oblige à travailler aussi « à la marge du médicament » pour prendre en compte des questions d'actualités autour de produits de santé qui soulèvent des questions similaires au médicament. Les traitements néotraditionnels pour lesquels le statut de médicament est revendiqué par leurs promoteurs sans pour autant vouloir se plier en général aux règles de l'essai clinique et réclamant pour ces produits des AMM « allégées » soulèvent quantités de questions sur leur statut et surtout leur devenir. Les polémiques autour des notions de contrefaçons, de faux médicaments ou de médicaments illicites montrent que le statut de certains produits peut changer d'un contexte à l'autre, et la complexité des catégorisations.

D'autres produits pharmaceutiques qui ne sont pas nécessairement des médicaments et dont le statut de produits de santé ou de dispositif médical est parfois ambigu mériteraient d'être analysés en contexte. Ainsi, une moustiquaire, dès qu'elle se trouve imprégnée d'un insecticide à usage humain, ne devient-elle pas un produit de santé, plus qu'un simple dispositif médical préventif ? Citons également les préservatifs, les réactifs de laboratoire, les substituts du lait maternel, qui soulèvent des questions spécifiques, comme les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi dont une analyse récente montre la richesse heuristique (Carémel, 2013). Même si nous sommes toujours ici en marge du médicament, l'analyse de la large diffusion de ces produits de santé et des messages qui les accompagnent est l'une des pistes de recherche qui peuvent s'articuler avec l'examen de la pharmaceuticalisation des Sud.

Enfin, le volume croissant des recherches empiriques sur le médicament au Sud, auquel cet ouvrage a contribué, pourrait avoir atteint une « masse critique » qui permet d'approcher une vision globale de la pharmaceuticalisation. Cette vision nécessiterait que soient considérés parallèlement les processus de pharmaceuticalisation et de désengagement, concernant les plans institutionnel et global, méso et micro-social, ainsi que les articulations entre les pratiques, les discours et les identités, pour prendre la mesure de ce phénomène culturel.

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- ABELES M., 2008. *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot.
- BELL S. E., FIGERT A.E., 2012a. « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward », *Social Science & Medicine* 75, 5, 775-783.
- BELL S. E., FIGERT A.E., 2012b. « Starting to turn sideways to move forward in medicalization and pharmaceuticalization studies: A response to Williams *et al.* (2012) », *Social Science & Medicine*, 75, 12, 2131-2133.
- BENKIMOUN P., KREMER P., 2013. « L'Agence du médicament a établi l'excès de risques liés aux pilules récentes ». *Le Monde.fr* [En ligne]

- [http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/03/27/l-agence-du-medicament-a-etabli-l-exces-de-risques-lies-aux-pilules-recentes\\_3148672\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/03/27/l-agence-du-medicament-a-etabli-l-exces-de-risques-lies-aux-pilules-recentes_3148672_3224.html) [Consulté le 2 avril 2013]
- BUSFIELD J., 2006. « Pills, Power, People: Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry », *Sociology*, 40, 2, 297-314.
- CANGUILHEM G., 2009. *Le normal et le pathologique*, 11<sup>e</sup> éd., Paris, Presses Universitaires de France.
- CAREMEL J.F., 2013. « Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi : de la mise au point d'un médicament "humanitaire" à la redéfinition de la malnutrition au Sahel », Colloque international *Nouveaux enjeux autour du médicament en Afrique*, IRD-UCAD-CRCF-MSAS, Dakar, 1-2 juillet 2013 [En ligne] <http://ethicmedafrique.sciencesconf.org> [Consulté le 12 février 2014]
- CAZI E., 2013. « 3G, la pilule mirage ». *Le Monde.fr* [En ligne] [http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/04/01/3g-la-pilule-mirage\\_3150914\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/04/01/3g-la-pilule-mirage_3150914_3224.html) [Consulté le 2 avril 2013]
- CLARKE A.E., 2000. « Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales et rhizomes mondiaux », *Sciences sociales et santé*, 18, 2, 11-42.
- CLARKE A., MAMO L., RUTH FOSKET J., 2010. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, 1<sup>re</sup> éd., Durham, Duke University Press.
- DESCLAUX A., 2003. « Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 41-58.
- EPSTEIN S., 2001. *Histoire du sida*, Paris, Empêcheurs de penser en rond.
- ETKIN N. L., 1992. « 'Side Effects': Cultural Constructions and Reinterpretations of Western Pharmaceuticals », *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 2, 99-113.
- GROUPE DE REFLEXION SUR LE RETARD PRIS DANS LA REALISATION DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT. 2008. « Rapport, 2008. Résultats du Partenariat mondial pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement », [En ligne] <http://www.who.int/medicines/mdg/fr/index.html> [Consulté le 16 janvier 2013]
- HALFMANN D., 2012. « Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities », *Health*, 16, 2, 186-207.
- KLEINMAN A., 2010. « Four social theories for global health », *The Lancet*, 375, 9725, 1518-1519.
- KOPLAN J.P., BOND T. C., MERSON M. H., REDDY K. S., RODRIGUEZ M. H., SEWANKAMBO N. K., WASSERHEIT J. N., 2009. « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, 373, 9679, 1993-1995.
- LE GARREC S., 2002. *Ces ados qui « en prennent »*. *Sociologie des consommations toxiques adolescentes*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- LEXCHIN J., 2006. « Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction ». *PLoS Med* 3(4):e132. [En ligne] <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030132> [Consulté le 21 mars 2013]
- NGUYEN V.K., BAJOS N., DUBOIS-ARBER F., O'MALLEY J., PIRKLE C.M., 2011. « Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention », *AIDS*, 25, 3, 291-293.
- OLIVIER DE SARDAN J.P., RIDDE V., 2013. « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger », *Afrique contemporaine*, 243, 3, 11-32.
- OOMS G., HAMMONDS R., 2010. « Taking up Daniels' challenge: The case for global health justice », *Health and Human Rights: An International Journal*, 12, 1 [En ligne] <http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/view/201> [Consulté le 7 janvier 2013]
- ROSE N., 2007. « Beyond medicalisation », *The Lancet*, 369, 9562, 700-702.

- SIMON S., EGROT M., 2012. « 'Médicaments néotraditionnels': une catégorie pertinente? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences Sociales et Santé*, 30, 2, 67-91.
- VAN DER GEEST S., 1992. « Is paying for health care culturally acceptable in sub-Saharan Africa? Money and tradition », *Social Science & Medicine*, 34, 6, 667-673.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., 1989. « The charms of medicines: metaphors and metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, 3, 4, 345-367.
- WHITEHEAD M., DAHLGREN G., EVANS T., 2001. « Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? », *The Lancet*, 358, 9284, 833-836.
- WHO, 2012. *Antiretroviral treatment as prevention (Tasp) of HIV and TB. Programmatic update*. Geneva, World Health Organization [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 18 juillet 2012]
- WHYTE S.R., VAN DER GEEST S., HARDON A., 2002. *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WILLIAMS S., GABE J., MARTIN P., 2012. « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: A commentary on Bell and Figert (2012) », *Social Science & Medicine* 75, 12, 2129-2130.

Desclaux Alice, Egrot Marc.

Dynamiques de la pharmaceuticalisation au Sud : conclusion.

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. 251-272.

(Anthropologies et Médecines).

ISBN 978-2-343-05253-3