

Dans le premier ouvrage consacré à l'anthropologie du médicament au Sud, les deux auteurs Van der Geest et Reynolds Whyte¹ introduisent leur préface en affirmant que « Les médicaments occidentaux inondent le Tiers Monde » (p. 12). Ce constat fait par ces derniers, illustre bien cette dynamique paradoxale qui est au cœur du processus de diffusion du médicament au Sud. D'un côté, il est observé un déficit dans l'approvisionnement en médicaments essentiels et de l'autre, une profusion en masse de médicaments marquée par une diversification des formes et des usages. C'est dans ce contexte, au cours des années 1980, que s'est développée une anthropologie du médicament particulièrement centrée dans les pays du Sud où des anthropologues ont pu contribuer à la mise en place de la stratégie de l'OMS visant à promouvoir les médicaments essentiels aux profits des populations à revenus intermédiaires ou limités. Ils intervenaient aussi auprès des usagers pour se renseigner sur leurs attitudes vis-à-vis de cette politique de santé. L'urgence étant de garantir la disponibilité du médicament au travers de l'application d'un système de soins de santé primaire, destiné notamment pour les maladies prioritaires.

Le champ de l'anthropologie du médicament a été marqué aussi par l'avènement de la mondialisation, le médicament devient un produit de la globalisation circulant entre les pays et faisant l'objet de transactions et de négociations sociales impliquant différents acteurs qui interviennent à différents niveaux, de la production à la consommation. La circulation du médicament lui confère une « vie sociale »², façonnée par une variété de sens et de significations en intrication avec d'autres logiques sociales, pharmacologiques, symboliques et culturelles. Avec la propagation de l'épidémie de sida, un nombre considérable de travaux ont été réalisés, ce qui a contribué à enrichir le champ de l'anthropologie du médicament au Sud. Ces études ont permis de mener des réflexions sur les difficultés des malades à accéder aux traitements par antirétroviraux en y intégrant une démarche compréhensive utilisant des outils qualitatifs. Un dispositif de santé publique se met en place afin d'améliorer l'accès au traitement du sida. Les rapports de pouvoir sont omniprésents dans ces politiques de « santé globale » du fait que les firmes pharmaceutiques sont régies par « une économie de la production selon des réglementations appréhendées au niveau mondial » (p. 23).

Articulé autour du concept de pharmaceuticalisation, cet ouvrage collectif coordonné simultanément par deux anthropologues et médecins Alice Desclaux et Marc Egrot, met l'accent sur des recherches de terrain portées particulièrement au sein des sociétés d'Afrique de l'Ouest. Il a pour objectif de questionner les rapports des individus aux médicaments, les usages et les représentations dont ils font part dans des contextes locaux extrêmement variés. Quels mécanismes et quels enjeux permettent finalement d'expliquer cette augmentation du volume des médicaments

La pharmaceuticalisation du médicament en Afrique : usages et maux sociaux

Lamy Tennei

Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges

Par Alice Desclaux et Marc Egrot (sous la direction de)

L'Harmattan, collection Anthropologies et Médecines, 273 pages, 29€,

ISBN : 978-2-343-05253-3

en circulation au Sud ? La réflexion a été menée par les codirecteurs de ce livre en revenant sur des éléments théoriques et critiques en ce qui concerne l'émergence du concept de la pharmaceuticalisation.

De la médicalisation à la pharmaceuticalisation

Dans leur introduction, Alice Desclaux et Marc Egrot analysent finement le processus de pharmaceuticalisation en rapport avec le terme de médicalisation.

Ce dernier est discuté par les auteurs qui montrent les limites de son utilisation étant donné qu'il a été conçu en référence aux dynamiques propres des pays du Nord. En effet, le terme de médicalisation a été largement déployé dans les années 1970 par les sociologues et les chercheurs en sciences sociales au moment où la critique socio-politique de la médecine a atteint son apogée³. Dès lors, la médicalisation est définie par ce « processus qui conduit à considérer des phénomènes divers comme relevant de la santé et de la maladie, et à les interpréter et les traiter comme des troubles pathologiques » (p. 28). Contrairement aux définitions et usages donnés à la médicalisation dans les pays du Nord, cette notion serait moins pertinente en Afrique car la profession médicale n'est plus la seule à détenir un savoir sur la maladie ni le pouvoir de définir un traitement. D'autres acteurs sont impliqués dans la distribution, la profusion et la promotion des médicaments, tels que les intervenants communautaires et les patients experts. D'après les concepteurs de cet ouvrage, il serait plus judicieux de parler de pharmaceuticalisation, étant donné qu'en Afrique, la population a davantage besoin de médecine et de soins⁴, ce qui explique la forte croissance des volumes de médicaments en circulation. Leur diffusion se fait en dehors du secteur proprement biomédical avec une moindre intervention des professionnels de la santé. Les personnes auraient recours aux médicaments de façon autonome sans passer forcément par une prescription médicale et une relation de soin. Par conséquent, le médicament se retrouve en libre circulation à tous les recoins du marché informel, dans les espaces publics comme domestiques, favorisant en cela le recours à l'automédication. En définissant la pharmaceuticalisation par « 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 » (p. 254), la majorité des contributions de ce livre, abordent la question de la pharmaceuticalisation en analysant les processus sociaux spécifiques des pays d'Afrique dans un contexte de surconsommation des médicaments. Une approche par les marges⁵ est sciemment utilisée afin de repérer les formes sociales particulières de la pharmaceuticalisation.

Analyser de l'intérieur les logiques de cette extension des médicaments est une démarche innovante auxquelles se prêtent les auteurs de ce livre qui sont tous reconnus par leurs travaux sur l'anthropologie du médicament. Quatre niveaux d'analyse sont ainsi développés et mis à l'épreuve du terrain.

A la marge du paiement

La première partie, *Le médicament à la marge du paiement*, examine les modalités à l'œuvre dans les politiques de gratuité des médicaments et celle du don en Afrique de l'Ouest. Situé à la marge des normes biomédicales, le médicament dévoile les multiples usages sociaux, économiques et politiques dont font référence les acteurs sociaux concernés.

Dans son texte sur la mise en place de la politique de distribution gratuite des antirétroviraux pour les malades du sida au Sénégal, Bernard Taverne analyse les modalités de construction d'une décision de santé publique qui marquera le passage du pays d'un mode de financement payant des médicaments à une distribution gratuite gérée par le système public de santé. Cette décision s'inscrit dans l'histoire mondiale et sénégalaise de l'accès aux traitements ARV. La restitution de sa biographie, telle qu'évoquée par l'auteur montre à juste titre comment le Sénégal fut le premier pays pionnier en matière de gratuité des traitements du VIH qui a influencé les politiques des pays voisins, et par la suite, les décisions de l'Organisation mondiale de la santé et ce malgré les réticences rencontrées dans l'application de cette initiative au niveau local. Toujours dans le cadre des politiques de santé publique de gratuité nouvellement instaurées dans certains pays d'Afrique⁶, Valéry Ridde et Oumar Mallé Samb, analysent les différents points de vue et les représentations des agents de santé à l'égard du nouvel instrument politique qu'est l'exemption du paiement direct des médicaments et

des soins. Ils constatent, néanmoins, des avis partagés entre ceux qui approuvent la gratuité des soins, ceux qui la dévalorisent et ceux plus sceptiques qui s'inquiètent de la pérennité de la mesure et des effets pouvant amoindrir la qualité des soins. Deux autres textes abordent la question du don de médicament sous l'angle de l'anthropologie de l'échange. Marc Egrot s'intéresse aux dons d'antirétroviraux au Sénégal au cours des années 2000 et 2004. Il y montre les stratégies des malades et des professionnels de santé pour accéder aux traitements qui, à l'époque, sont très chers et difficilement accessibles. Plusieurs formes sociales de don sont alors construites par les différents protagonistes aux finalités multiples qui dépassent largement la seule motivation thérapeutique. Ashley Ouvrier, quant à elle, examine les logiques sociales du don de médicaments dans le cadre de la relation soignant-soigné dans un dispensaire de Guédiawaye, dans la banlieue de Dakar. Elle y montre les conséquences des réformes adoptées par le gouvernement sénégalais qui oblige les patients à participer financièrement aux soins, du fait de la mise en place d'un système de recouvrement des coûts de santé. Il en résulte qu'une partie de la population pauvre trouve des difficultés à payer les médicaments essentiels à leur problème de santé, ce qui laisse place à l'émergence du commerce informel du médicament et au développement du secteur confessionnel de soins. Dans le « dispensaire des sœurs » de Guédiawaye, l'accès aux soins et aux médicaments est moins cher mais il est construit à partir de considérations culturelles et personnelles que certains soignants ne manquent pas d'exprimer à l'égard des patients, ce qui révèle des logiques en termes d'inégalité et d'exercice du pouvoir.

A la marge de l'approvisionnement formel

Dans cette deuxième partie, le médicament est appréhendé à la marge des réglementations nationales et internationales, considéré comme marchandise mais aussi comme objet de transactions commerciales et financières. Il est au centre d'enjeux politiques et économiques s'éloignant ainsi de l'intérêt thérapeutique des malades. C'est dans ce cadre que Bernard Taverne et Marc Egrot analysent un trafic de médicaments antirétroviraux entre le Sénégal et plusieurs pays européens. Cet événement fût relayé publiquement au niveau mondial en octobre 2002 dévoilant une réexportation illégale de médicaments contre le sida vers l'Europe en provenance du Sénégal pour les revendre à des prix de vente européens alors que ces médicaments avaient bénéficié d'accords commerciaux internationaux dans le but de réduire le prix en faveur des pays pauvres. Le traitement de l'affaire était reçu différemment, au niveau local comme au niveau international. Localement, l'événement a été en décalage par rapport aux enjeux qui se dessinaient à l'international. Les acteurs concernés étaient préoccupés surtout par un règlement de compte politique entre l'acteur principal de ce détournement et ses opposants politiques, sans jamais évoquer

les aspects réglementaires concernant l'approvisionnement en médicaments des pays du Sud. A l'international, l'affaire a fait l'objet d'une instrumentalisation de la part des industriels pharmaceutiques. En imposant aux instances européennes une réglementation visant à éviter le détournement vers des pays de l'Union européenne de certains médicaments essentiels, le lobby des industriels pharmaceutiques a préservé de cette façon sa position dominante au sein du marché européen des médicaments, ce qui lui a permis de sortir indemne de cette affaire.

A travers l'analyse du marché informel du médicament au Bénin, Carine Baxerres s'interroge sur la manière dont est construit socialement un problème majeur de santé publique : celui de la contrefaçon pharmaceutique, considérée comme la « copie frauduleuse d'un médicament sans autorisation et sans respect des droits de propriétés intellectuelles » (p. 131). L'auteure y démontre les amalgames attribués à la circulation des médicaments informels dans les marchés ouest-africains considérés systématiquement comme des produits contrefaits ou de mauvaise qualité. Son travail ethnographique auprès des vendeurs grossistes du marché international de Cotonou, le marché Dantokpa au Bénin lui a permis de constater que la majorité des médicaments vendus provient des circuits formels du Bénin et des pays francophones et anglophones voisins⁷ et qu'ils ont ainsi bénéficié d'autorisations de mise sur le marché. La construction sociale d'un tel discours sur la contrefaçon pharmaceutique comme étant liée à l'invasion du marché informel des médicaments en Afrique de l'Ouest, serait aussi l'objet de stratégies, de la part des dirigeants des firmes et des acteurs étatiques occidentaux, élaborées à l'encontre des firmes issues des pays émergents – tels que l'Inde ou le Brésil – engagées dans l'industrie du médicament générique, dans le but de maintenir l'exclusivité du marché pharmaceutique aux seules multinationales occidentales.

En restant toujours dans le domaine de la circulation officieuse des médicaments, Pascale Hancart-Petit investit un terrain qui s'éloigne de l'Afrique, pour nous parler de l'engouement des Cambodgiennes à « la pilule chinoise »⁸, utilisée notamment pour ses effets contraceptifs et abortifs. Cette pilule était importée illégalement au Cambodge bien qu'elle fût l'objet de nombreuses protestations et interdictions en France puis aux Etats-Unis. En dépit de la légalisation de l'avortement au Cambodge en 1997, les autorités sanitaires ont du mal à mettre en place un dispositif efficace et sans risque favorisant ainsi l'accès des femmes à l'avortement, ce qui expliquerait en partie, la popularité et l'utilisation massive de cette pilule.

A la marge du thérapeutique

Dans cette troisième partie, on retrouve une des dimensions importante de l'utilisation des médicaments par la population qui porte cette fois-ci sur la construction sociale et collective des effets secondaires de certains médicaments. Les professionnels de santé considèrent que pour être efficace, un produit médicamenteux comprend systématiquement des effets

toxiques ou allergiques qu'il convient de mieux maîtriser l'utilisation. Par contre, ce n'est pas ce qu'en pensent les usagers. Leurs expériences à l'égard des effets indésirables des médicaments, déterminent leur recours et leur observance à ces produits. C'est dans ce cadre qu'Alice Desclaux explore, à partir d'une enquête anthropologique menée au Sénégal, les différenciations entre Nord et Sud découlant de la perception des effets secondaires très spécifiques des antirétroviraux auprès de personnes atteintes de VIH. Parmi les modifications qu'apporte un traitement par ARV, les lipodystrophies sont des troubles qui s'expriment par une répartition anormale des graisses dans plusieurs parties du corps. Elles sont d'ailleurs interprétées et perçues diversement par les acteurs concernés. Ces médicaments ne sont pas considérés comme la cause principale de la lipodystrophie et les déformations corporelles qui en sont induites ne sont pas toujours identifiées par les malades comme un trouble spécifique. On leur attribue le plus souvent une étiologie sociale associée à des soucis familiaux et au système d'interprétation propre à la société sénégalaise. Dans ce contexte africain bien particulier, les personnes vivant avec le VIH reçoivent très peu d'informations sur la gravité de ces troubles médicamenteux, contrairement aux pays du Nord où les médecins ont l'obligation de parler à leurs patients de ces effets indésirables et cela dès le début du traitement. De la même façon que pour le VIH, les effets secondaires des contraceptifs hormonaux utilisés par la communauté locale dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest (Burkina-Faso, Ghana et Sénégal) font l'objet d'appréhensions et de réinterprétations à la marge des critères biomédicaux et de la pharmacopée. Maria Teixeira et ses collaborateurs de l'équipe ECAF⁹ ont démontré dans leur recherche, que des positionnements contradictoires sont ainsi adoptés par les femmes. D'une part, les méthodes hormonales de contraception leur permettent de contrôler des grossesses non prévues et d'autre part, la crainte des effets secondaires de la pilule, leur fait parfois abandonner la contraception. Pour certaines femmes, ces effets secondaires peuvent au contraire être recherchés en référence aux représentations sociales de la féminité, du corps et de la sexualité.

A la marge du médical

Cette dernière partie nous invite à voir autrement le médicament en dehors du champ médical qui lui est réservé habituellement. Trois recherches intéressantes explorent la diversité des usages et des représentations que construisent les usagers à l'égard de certains médicaments ou ceux considérés comme tels. La première étude réalisée par Blandine Bila à Ouagadougou au Burkina-Faso, explore l'ethnographie des stimulants sexuels utilisés par les femmes et les hommes non pas en raison d'une pathologie médicale mais en réponse à un « besoin perçu » et qui sont fortement diffusés dans le secteur informel. En investiguant le marché très prisé des stimulants sexuels, B. Bila y découvre des produits variés dont la classification permet de distinguer des formes différentes pour les femmes et

les hommes, cela lui permet aussi de se rendre compte de l'évolution des rapports sociaux de sexe et de la transformation de la sexualité en Afrique de l'Ouest, dans un contexte marqué par de fortes mutations urbaines.

Dans le domaine de la santé reproductive, Anita Hardon mène un travail comparatif sur les pratiques contraceptives dominantes dans trois pays distincts que sont les Pays-Bas, les Philippines et l'Afrique du Sud. Face à la diversité de l'offre contraceptive, il s'avère qu'une seule méthode prédomine dans chaque pays et qui diffère selon la spécificité du contexte socio-culturel et historique local. Les motifs sous-jacents à l'utilisation de ces méthodes dévoilent des stratégies et des logiques très hétérogènes de la part des jeunes femmes qui les adaptent finalement en fonction de leur réalité sociale et de leurs préoccupations quotidiennes.

Le dernier chapitre d'Alice Desclaux est consacré à la diffusion au Sénégal de produits phyto-médicaments à base d'Aloevera, une plante médicinale transformée en complément alimentaire par une firme pharmaceutique de marketing en réseau. Le produit est considéré par les utilisateurs comme un médicament alors qu'il n'en n'est pas un sur le plan juridique. Sa popularité tient au fait qu'il porte certains attributs physiques, sociaux et symboliques d'un médicament (présentations, informations sur l'emballage, présence d'une notice, séances de formation organisées par la firme, etc.). Cette étude de cas a le mérite de préciser que l'usage industriel octroyé à cette plante n'a pas besoin d'être validé

par des recherches cliniques. Au lieu d'être légitimé par une médecine basée sur la preuve (*evidence-based medicine*), c'est bien une légitimité basée sur le marché (*market-based medicine*) qui a renforcé sa forte diffusion dans les pays du Sud.

Au-delà de la pharmaceuticalisation au Sud

La qualité des différentes contributions présentées dans cet ouvrage et la richesse ethnographique qu'ont su transmettre tous ces auteurs, amène le lecteur à observer autrement les stratégies globales de santé publique de diffusion du médicament dans les pays du Sud. L'extension quantitative des médicaments désignée par le concept de pharmaceuticalisation ne se limite pas seulement à une approche biomédicale et technique. Elle est au contraire au cœur d'enjeux sociaux déployés par différents acteurs sociaux dont les motivations peuvent concerner des intérêts et des croyances populaires tout aussi divergents que leur rapport subjectif au médicament. Disposer de médicaments efficaces ne suffit pas à faire disparaître une maladie ou un virus si une réelle prise de conscience des inégalités sociales et économiques n'est pas considérée parmi les priorités. En définitive, on peut souligner que des thématiques comme celles du médicament peuvent être investies par les anthropologues en apportant un regard différent et critique du « fait » pharmaceutique. L'analyse du médicament se prête également à des « analyses en termes de marchandisation de la santé, comme conséquence de la mondialisation »¹⁰ (p. 262), champ

Notes

1. S. Van Der Geest, S.R. Whyte, 1988. *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
2. Voir l'usage qui a été fait de cette notion par A. Appadurai, 1988. *The social life of things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press.
3. On peut se référer aux travaux de P. Conrad, 1975 [2006], *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior*, Farnham, Ashgate Publishing Limited, et de I. Illich, 1975, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, sur la critique sociale et politique de la médecine et la profession médicale.
4. On peut suivre, à ce propos, l'émission « priorité santé » diffusée sur RFI (Radio France Internationale) le 17 août 2015, où les deux éditeurs de l'ouvrage ont été les invités de l'émission suite à la parution de leur ouvrage collectif en janvier 2015 : <http://www.rfi.fr/emission/20150817-anthropologie-medicament>.
5. L'approche par « la marge » telle que développée par les directeurs scientifiques de l'ouvrage est appréhendée différemment de celle qui est définie par les organismes internationaux et de « santé globale » qui la définit en terme de vulnérabilité résultant d'une injustice sociale. La gestion de la santé de la population serait ainsi mesurée en fonction des normes internationales régies par un « système global » général. La marginalité est redéfinie ici comme une forme sociale d'expression minoritaire moins reconnue par les cadres juridiques ou politiques car elle peut se construire aussi en adhérant ou en s'opposant au modèle dominant.
6. Il s'agit notamment d'études et d'enquêtes de terrain réalisés au Mali, Niger et Burkina Faso.
7. Pour les pays francophones voisins au Bénin, il s'agit du Togo, le Burkina Faso et le Niger ou plus éloignés tels que le Mali, le Sénégal, le Cameroun, le Gabon et le Maroc. Les pays anglophones voisins correspondent au Nigéria et au Ghana.
8. La pilule chinoise est nommée ainsi par la population du Cambodge. Elle est également connue sous le nom de RU 486[®]. C'est une combinaison de mifépristone et de misoprostol. Elle fût produite et commercialisée en France en 1980 principalement pour des IVG (interruptions volontaires de grossesse). Suite à de nombreuses protestations par des mouvements anti-avortement, elle a été retirée de la vente. Aujourd'hui, elle est validée dans de nombreux pays.
9. L'équipe Ecaf (Emergency Contraception in Africa)
10. Voir aussi M. Abélès, 2008, *Anthropologie de la globalisation*, Paris : Payot.