

European Research Council

ERC Starting Grant 2013 Research proposal [Part B1]

Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique

GLOBALMED

- Name of the Principal Investigator (PI): Carine BAXERRES
- Name of the PI's host institution for the project: IRD (French Research Institute for Development)
- Proposal full title: Artemisinin-based combination therapy: an illustration of the global pharmaceutical drug market in Asia and Africa
- Proposal short name: GLOBALMED
- Proposal duration in months: 60

Résumé du protocole

Le médicament pharmaceutique industriel est un objet privilégié pour analyser les sociétés contemporaines et comprendre les évolutions qu'elles connaissent. Son caractère à la fois scientifique, thérapeutique, populaire et marchand le place au centre d'enjeux sanitaires, économiques, politiques et sociaux qui se jouent à des échelles à la fois globales et locales. Les CTA, nouveaux traitements recommandés en première intention contre le paludisme en Afrique, cristallisent ces enjeux et fournissent un cas d'école pour l'étude du marché global du médicament.

Ce projet de recherche se propose d'étudier, à travers les CTA, les réalités que recouvre ce marché, tant en ce qui concerne l'offre (circulation, distribution) que la demande (usages, consommation) dans deux pays d'Afrique (le Bénin et le Ghana), dont les systèmes pharmaceutiques et la régulation présentent des divergences importantes. Les deux hypothèses théoriques fondatrices de ce travail sont 1) les modes de distribution pharmaceutique actuellement en vigueur en Afrique sont le résultat de la marchandisation du médicament prégnante à la fois dans les secteurs publics, privés et informels, et 2) ces modes de distribution ont un impact sur les usages et la consommation pharmaceutique qui tend à augmenter et à sortir du cadre des recommandations biomédicales. Il s'agira d'analyser les processus de la globalisation du médicament au Bénin et au Ghana et d'étudier leurs conséquences en santé publique.

De manière à prolonger la comparaison des systèmes pharmaceutiques et pour répondre à la préoccupante question de la diffusion des résistances aux CTA de l'Asie à l'Afrique, le projet propose en outre une étude du système pharmaceutique du Cambodge. En effet, la première apparition de résistance du parasite responsable du paludisme à l'artémisinine a été démontrée au Cambodge.

La discipline centrale de ce projet est l'anthropologie, très pertinente pour l'étude de l'offre pharmaceutique à la fois formelle et informelle ainsi que pour l'analyse des usages des médicaments (WP1 et 2). Toutefois l'étude du médicament justifiant une approche pluridisciplinaire, le projet impliquera l'épidémiologie pour étudier l'ampleur de la consommation des CTA (WP3) et la sociologie de l'innovation et de la législation pharmaceutique pour analyser les productions locales et les modes de régulation des CTA (WP4). L'ouverture vers l'Asie se fera à travers le WP5. Un work-package spécifique (WP6) est consacré au management du projet, à la diffusion des résultats, à l'organisation de deux colloques et aux retombées institutionnelles. Celles-ci sont de trois ordres : 1) contribuer à la réflexion pour la mise en place de systèmes pharmaceutiques plus efficaces en Afrique, 2) fournir des informations primordiales pour la prévention de la diffusion des résistances aux CTA de l'Asie à l'Afrique, 3) renforcer la recherche anthropologique française et développer la recherche en sciences sociales en Afrique, notamment au Bénin et au Ghana.

Le projet comporte un volet formation par la recherche important : 4 étudiants en master, 4 doctorants et 3 post-doctorants. Sa faisabilité s'appuie sur les compétences méthodologiques et théoriques du PI, sur de solides partenariats qu'elle a développés au Bénin et au Ghana ainsi que sur l'environnement propice à la recherche française au Sud que fournit son institution de rattachement : l'Institut de Recherche pour le développement.

Le médicament pharmaceutique industriel est un objet privilégié pour analyser les sociétés contemporaines et comprendre les évolutions qu'elles connaissent. Son caractère à la fois scientifique, thérapeutique, populaire et marchand le place au centre d'enjeux sanitaires, économiques, politiques et sociaux qui se jouent à des échelles à la fois globales et locales. Il représente aujourd'hui un des secteurs économiques les plus dynamiques et les plus lucratifs de la planète (Desclaux 2003; Hauray 2006). Toutefois, cette indéniable vitalité économique ne va pas sans poser de nombreux problèmes d'ordre sanitaire et de santé publique. Dans le contexte globalisé¹ actuel, les réalités que recouvre le marché du médicament et leur impact sur la santé des individus constitue un objet de recherche primordial à investiguer.

Lorsque des médicaments issus de la chimie organique commencent à être industrialisés en Europe, dès le milieu du 19^{ème} siècle, puis aux Etats-Unis, c'est le caractère marchand de ce nouveau type de remèdes qui stimule leur développement (Faure 2005). Répondant mal, lors de leur émergence, aux législations en place, ils sont soumis aux seules règles de la concurrence la plus débridée. L'aspect mercantile de ces nouveaux produits entraîne d'ailleurs au départ des suspicions à leur égard dans le monde de la pharmacie et de la médecine. Puis, progressivement une « régulation industrielle » (standardisation, multiplication des essais biologiques, contrôle systématique des matières premières et des produits, formalisation des protocoles de fabrication, etc.), dont l'objectif est avant tout l'accession à une légitimité scientifique pour les besoins de la commercialisation, se met en place au sein des firmes (Gaudillière 2010), avant d'être encadrée par les législations nationales (Borchers et al. 2007).

Mis à part en occident, le caractère marchand du médicament a tout d'abord été relativement peu opérationnel sur le reste de la planète. Les médicaments pharmaceutiques industriels ont été introduits en Afrique, en Asie et en Amérique Latine via l'entreprise coloniale autour des années 1930-40 et ils étaient alors majoritairement distribués gratuitement (ou quasi-gratuitement) via les services de santé publics et les activités des missionnaires religieux (Vaughan 1991). C'est finalement à partir des années 1970-80, alors que la production internationale de médicaments commence à échapper aux seules industries occidentales, que des firmes issues des pays « émergents » d'Asie et d'Amérique Latine se lancent dans la production de génériques² et que les systèmes de santé de la plupart des pays du Sud ne peuvent plus assumer la gratuité qui prévalait auparavant, que le caractère marchand du médicament s'est définitivement révélé à l'échelle de la planète. Le marché global du médicament a dès lors très vite généré de multiples dynamiques économiques et commerciales.

Alors que les questions de la contrefaçon pharmaceutique et des faux médicaments sont posées de manière accrue sur la scène publique internationale (Baxerres Forthcoming) et que les enjeux entourant la « santé globale » sont de plus en plus évidents (Janes & Corbett; Lock & Nguyen 2010), ce projet de recherche se propose d'étudier les réalités que recouvre le marché global du médicament, tant en ce qui concerne l'offre (circulation, distribution) que la demande (usages, consommation), dans les pays du Sud où la régulation par les Etats est complexe et où les enjeux de santé publique sont particulièrement aigus. Il s'agira d'analyser les processus de la globalisation du médicament, de comparer plusieurs systèmes pharmaceutiques au Sud et d'étudier les impacts individuels et de santé publique de ces systèmes sur la consommation pharmaceutique.

Cet objectif global de recherche est novateur et important en anthropologie du médicament. En effet, il propose d'opérer deux décloisonnements au sein de ce courant de la discipline. Tout d'abord, la question des modes de distribution des médicaments a le plus souvent été problématisée en lien avec des pratiques illicites (acteurs informels, pratiques répréhensibles, contrefaçons pharmaceutiques). Les études, menées d'abord dans des contextes du Sud puis du Nord, ont été conduites de manière ponctuelle et généralement centrée sur un type d'acteurs précis de la distribution : les acteurs du marché informel³, les pharmacies, les détaillants, le rôle joué par internet (Van der Geest 1982; Kamat & Nichter 1998; Cohen et al. 2001). Très peu d'études fournissent une analyse globale des modes de distribution en cours dans un pays, formel et informel confondus. Ceci apparaît pourtant indispensable pour comprendre le fonctionnement global du marché du médicament qui associe bien souvent ces 2 composantes (Patrouillard et al. 2010). C'est ce que propose

¹ Le terme globalisation, et les formes adjectivales associées, désigne les phénomènes de mondialisation économique, financière, politique, idéologique et culturelle et le changement d'échelle important que ceux-ci subissent depuis la fin des années 1970 (Abélès, 2005).

² Les génériques sont des copies de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et pour lesquels l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties par les agences du médicament. Ce type de médicaments s'est développé à partir des années 1960-70, d'abord grâce à leur reconnaissance formelle dans la législation américaine, à partir de 1966, puis par la mise en place de la politique des médicaments essentiels de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) au cours des années 1970 (Borchers et al. 2007; Whyte, Van der Geest & Hardon 2002).

³ Le qualificatif informel désigne des activités de ventes et d'achats de médicaments qui se développent hors des cadres législatifs et administratifs imposés par l'Etat et par le système de santé biomédical d'un pays.

d'étudier ce projet de recherche. Dépassant le niveau local habituellement étudié en anthropologie en matière de marché (Polanyi 1966; Van der Geest & Whyte 1988), il entend en outre développer une analyse globale qui prenne en compte la situation de plusieurs pays et régions du monde ainsi que les flux transfrontaliers formels et informels entre eux. Comme l'ont montré mes travaux antérieurs (Baxerres 2012), l'anthropologie, discipline centrale de ce projet, est particulièrement bien outillée d'un point de vue théorique et méthodologique pour appréhender l'ensemble de ces aspects formels et informels. Ainsi, renouvelant de façon significative les questions de l'anthropologie du médicament, ce projet confrontera le phénomène du marché global du médicament aux analyses portant sur le (néo)libéralisme économique et politique (Foucault 2004a; Foucault 2004b; Donzelot 2005; Wacquant 2012). La première hypothèse de recherche sur laquelle il se fonde est ainsi : les modes de distribution pharmaceutique actuellement en vigueur au Sud sont le résultat de la marchandisation du médicament⁴ prégnante à la fois dans les secteurs publics, privés et informels.

Le deuxième décloisonnement que ce projet de recherche entend opérer porte sur les liens entre les modes de distribution en cours dans un pays et les pratiques de consommation des médicaments par les habitants de ce pays. Très peu d'études traitent spécifiquement de ces liens, ni ne mettent en évidence l'influence des premiers sur les seconds. Mes travaux antérieurs soulignent pourtant, à l'échelle d'une ville, l'importance de ces liens (Baxerres 2011; Baxerres 2012). Ainsi, la seconde hypothèse théorique fondatrice de ce projet est : les modes de distribution pharmaceutique ont un impact sur la consommation des médicaments pratiquée par les individus ; celle-ci tend à augmenter et à sortir du cadre des recommandations biomédicales. Cette hypothèse demande de convoquer, aux côtés de l'anthropologie, la santé publique et l'épidémiologie. Ce caractère multidisciplinaire constitue un des aspects particulièrement novateurs et challenging de ce projet dont l'application va être proposée ci-dessous au sujet d'une question cruciale de santé publique (la résistance aux traitements actuels contre le paludisme).

a) Le marché global des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA)

Les CTA, nouveaux traitements recommandés en première intention contre le paludisme, cristallisent les enjeux économiques, sanitaires, sociaux et politiques évoqués précédemment et fournissent un cas d'école pour l'étude du marché global du médicament. La recommandation par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) d'utiliser ces médicaments contre le paludisme, une des pathologies les plus mortelles à l'échelle de la planète, date de l'année 2001 pour les pays d'Asie du Sud-est où les résistances aux antipaludiques utilisés jusqu'alors (chloroquine, sulfadoxine-pyriméthamine) étaient devenues intolérables. Après un lobbying de plusieurs années orchestré par l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) Médecins Sans Frontières (MSF), cette recommandation est appliquée à partir de l'année 2006 à l'Afrique, continent le plus touché par la maladie (Balkan & Corty 2009). Avant cela, dès 2004, le Fonds Mondial contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, s'était mis à promouvoir l'utilisation des CTA sur ce continent. Depuis, de même que d'autres fondations, il met en place des programmes d'appui financier aux pays pour la distribution massive de ces médicaments. Une arène globale d'acteurs transnationaux (OMS, fondations, ONG, industriels...) s'est ainsi progressivement mise en place autour des CTA et du paludisme, particulièrement en Afrique où cette maladie est la plus sensible. Ces acteurs transnationaux, qui composent « une nouvelle gouvernance pharmaceutique » (Petryna, Lakoff & Kleinman 2006; Biehl 2009), ont un impact crucial sur l'offre et la demande de CTA.

En matière de production tout d'abord, la recommandation internationale de l'utilisation des CTA a stimulé l'innovation pharmaceutique: des industries issues des pays « émergent » d'Asie et d'Amérique Latine ainsi que de certains pays d'Afrique produisent des génériques de CTA, les firmes pharmaceutiques publiques de certains pays (Brésil, Thaïlande) développent des programmes de production de CTA, MSF met sur pied un consortium international pour développer de nouvelles formulations de CTA non brevetés. Cette production internationale de CTA génère des concurrences entre les firmes multinationales d'origine occidentale et celles des pays « émergents » et « en voie de développement », concurrences qu'orchestrent les acteurs transnationaux et notamment l'OMS en certifiant certains médicaments et certaines industries de par le monde. Ces médicaments vont ainsi pouvoir être achetés et subventionnés par les fondations telles que le Fonds Mondial ou l'Initiative présidentielle contre le paludisme.

En matière de circulation et de distribution des CTA, un marché pharmaceutique important s'est ouvert à ces médicaments en Afrique depuis la recommandation de leur utilisation par l'OMS en 2006. Depuis les années

⁴ Par marchandisation du médicament, j'entends le processus qui conduit à la prééminence de plus en plus prononcée de la valeur marchande du médicament sur sa valeur thérapeutique (Baxerres, 2012).

1970, on constate une multiplication des réseaux et des marchés du médicament sur ce continent, que ceux-ci soient publics, privés ou informels. Des études se sont attachés à décrire ces différents types de réseaux qui importent et distribuent les médicaments dans les pays (Fassin 1986; Van der Geest 1987; Kamat & Nyato 2010; Patterson 2009-10; Baxerres 2011; Baxerres & Le Hesran 2011). Ils sont plus ou moins anciens et bien établis. Certains datent de la colonisation, d'autres se sont tissés plus récemment, sous l'effet de l'ouverture des marchés économiques des pays « émergents » d'Asie et d'Amérique Latine. Plus récemment, l'implication d'acteurs transnationaux, tels que le Fonds Mondial et l'Initiative présidentielle contre le paludisme, dans la distribution de médicaments génère de nouveaux réseaux qui se superposent ou se mêlent aux réseaux déjà existants. Ces différents réseaux, les acteurs qui les sous-tendent, et leurs sources d'approvisionnement diffèrent suivant les pays et la régulation pharmaceutique en vigueur sur chacun des territoires. Néanmoins, globalement, qu'ils soient formels ou informels, ces acteurs se multiplient. Il est alors nécessaire de se demander comment les CTA intègrent ces réseaux de distribution publics, privés et informels. Suscitent-ils de nouveaux réseaux de distribution ? Comment ces différents réseaux se concurrencent-ils les uns les autres ou au contraire s'appuient-ils les uns sur les autres ?

L'étude des usages et de la consommation des CTA (la demande) impose de s'intéresser tout d'abord aux perceptions populaires du paludisme. Cette entité nosologique biomédicale ne trouve pas sa stricte « traduction » parmi les entités nosologiques populaires ayant cours en Afrique et dont certaines peuvent évoquer, par certains aspects, le paludisme (Bonnet 1990 ; Baxerres & Le Hesran 2004; Granado 2007). Ces « maladies locales », qui peuvent être appelés *sibidu* au Sénégal, *hwevó* au Bénin, *sagba* au Burkina Faso ou encore « palu » en milieu urbain dans ces différents pays, sont globalement perçues comme étant fréquentes et relativement bénignes. Elles génèrent ainsi une automédication importante qui, en fonction des perceptions populaires de la santé et des maladies en cours dans les sociétés étudiées, peut être développée à des fins curatives mais aussi préventives et de maintien de la santé. Des « cures préventives » sont par exemple réalisées dans certains pays contre le « palu » au moyen d'antipaludiques comme d'autres médicaments (antipyrétiques, vermifuges, vitamines...) (Baxerres 2012). Dans ce cadre, la recommandation de l'utilisation des CTA par les autorités sanitaires ainsi que l'introduction de ces médicaments par le biais des différents distributeurs, suscitent des questionnements renouvelés : Quels modes d'appropriation les CTA génèrent-ils aujourd'hui de la part des individus dans les différents pays d'Afrique ? Des pratiques préventives ou de maintien de la santé y ont-elles cours par le biais des CTA ?

Les usages qui sont fait des CTA posent aussi des questions de santé publique spécifiques et lourdes d'implications sanitaires. L'automédication et les usages « irrationnels », d'un point de vue biomédical, des CTA sont susceptibles d'entraîner des résistances vis-à-vis de ces médicaments qui constituent actuellement l'unique stratégie de traitement efficace contre le paludisme. D'un autre côté, l'OMS et les acteurs transnationaux promeuvent une large distribution des CTA par le biais de relais communautaires et d'acteurs privés aux logiques en partie mercantiles (pharmacies, *drugstores*) (Simba et al. 2010). Si l'on considère en outre les marchés informels qui ne manquent pas de proposer ces médicaments, il apparaît qu'une distribution très large des CTA est en cours en Afrique et qu'elle échappe en partie à une supervision biomédicale et pharmaceutique. Quelle est l'importance de la consommation des CTA et quelles en sont les conséquences en termes de santé publique ?

b) Une comparaison entre deux systèmes pharmaceutiques différents en Afrique : le Bénin et le Ghana

Les questions de recherche qui viennent d'être mises en lumière concernant le marché global des CTA sont particulièrement pertinentes à considérer en Afrique. Sur ce continent, des systèmes pharmaceutiques différents, issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés à cette époque, sont en place dans les pays. Il existe notamment des différences notoires en matière de législation et de modes de distribution en vigueur dans les pays anglophones et francophones. Alors que la législation pharmaceutique des pays francophones prévoit une distribution largement encadrée par l'Etat, la législation des pays anglophones, plus libérale, laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Ces divergences ont un impact sur les pratiques de consommation pharmaceutique des individus. Pourtant, malgré ces différences profondes et particulièrement heuristiques entre pays francophones et anglophones, la recherche africaniste en sciences sociales, notamment francophone et anglophone, a eu tendance à rester centrée sur les liens nationaux issus de la colonisation. C'est également le cas en ce qui concerne l'anthropologie du médicament et il apparaît urgent aujourd'hui de comparer ces pays dont le système pharmaceutique diffère tant. Cette approche que propose le projet de recherche est ainsi particulièrement heuristique et novatrice. Centrée sur les CTA, elle propose

de comparer la circulation, la distribution et la consommation pharmaceutique de deux pays d'Afrique de l'Ouest, géographiquement proches, l'un francophone, l'autre anglophone : le Bénin et le Ghana.

Concernant l'approvisionnement pharmaceutique tout d'abord, ces deux pays présentent des situations contrastées. Le Bénin développe, à travers les grossistes privés et publics qui y exercent, des modalités d'approvisionnement (centrales d'achat, transitaires) qui maintiennent des liens étroits avec l'Europe et surtout la France. Le Ghana, pour sa part, a développé depuis plusieurs dizaines d'années des relations directes avec les pays « émergents » d'Asie producteurs de médicaments. En matière de distribution « de gros » et « de détail », le Bénin et le Ghana présentent aussi d'importantes divergences. Au Bénin, la distribution « de gros » du médicament relève du secteur privé (quatre grossistes-répartiteurs) et du secteur public. Au Ghana, elle passe majoritairement par le secteur privé qui est constitué de plus de trois cent sociétés. Autre différence notable, au Bénin le prix des médicaments, qu'ils soient distribués dans le secteur public comme privé, ainsi que les marges bénéficiaires des distributeurs sont fixés par le gouvernement. Au Ghana, ils sont laissés à la libre régulation du marché et de la loi de l'offre et de la demande. Les distributeurs sont en concurrence les uns vis-à-vis des autres. Au Bénin également, la distribution de détail du médicament dans le secteur privé relève du monopole du pharmacien. Au Ghana, deux types de licence sont octroyés : celle des pharmacies gérées par des pharmaciens et celle des *drugstores* gérés par des non-pharmaciens qui distribuent les médicaments classés OTC (*over the counter*) vendus sans prescription ainsi que certains médicaments inclus dans des programmes de santé publique, tels que les antipaludiques. Au Bénin, le statut des médicaments OTC n'est pas reconnu et les médicaments sont distribués officiellement uniquement dans les pharmacies, sous la supervision d'un pharmacien.

Ces législations ont des conséquences sur la consommation pharmaceutique. Le fait que les Ghanéens aient accès officiellement, à moindre coût et sans prescription à une gamme importante de médicaments, laisse supposer une forte automédication et des pratiques en décalage avec les recommandations biomédicales. Au Bénin, la consommation pharmaceutique étant très encadrée par la législation et la distribution étant exclusivement conditionnée à une prescription préalable et réalisée sous supervision pharmaceutique, on imagine une utilisation des médicaments plus conforme à la biomédecine. Toutefois, l'existence d'un marché informel du médicament bien développé dans ce pays tend à contrecarrer les cadres législatifs institués. Ces questions se posent immanquablement concernant les usages des CTA : Observe-t-on des différences de consommation de ces médicaments entre les populations du Bénin et celles du Ghana ?

En matière de production pharmaceutique et concernant l'arène d'acteurs transnationaux en place autour du paludisme, la comparaison entre le Bénin et le Ghana présente également des intérêts tout spécifiques. Alors qu'au Bénin, il existe une seule société pharmaceutique qui ne produit pas actuellement de CTA, le Ghana dispose d'une vingtaine de firmes très dynamiques dont un tiers produisent ces antipaludiques. Comment les acteurs transnationaux se positionnent-ils et comment leur action est-elle réceptionnée dans ces deux contextes ?

Les systèmes pharmaceutiques béninois et ghanéens sous-tendent des positionnements différents vis-à-vis du médicament. Le système ghanéen entend, tant d'un point de vue santé publique qu'économique, rendre le médicament fortement accessible (géographiquement, financièrement) aux populations. Le système béninois, lui, privilégie la valeur thérapeutique du médicament, supervisé par des professionnels de la biomédecine et de la pharmacie. De ce fait, ces deux systèmes ont des impacts divergents en matière de santé publique et de développement du marché global du médicament. Le système ghanéen génère potentiellement une plus forte consommation « irrationnelle » de médicaments. D'un autre côté, il est plus fortement générateur de multiples dynamiques et initiatives économiques : diversification des sources d'approvisionnement, baisse du prix des médicaments par l'effet de la concurrence financière entre les produits et les distributeurs. Il convient de prolonger la comparaison des systèmes pharmaceutiques en prenant le cas d'autres pays du Sud, notamment lorsque des problématiques de santé publique toutes spécifiques se pose. C'est l'ouverture que propose le projet de recherche, en s'intéressant à l'Asie du Sud-est.

c) Ouvrir la comparaison des systèmes pharmaceutiques et remonter les filières de circulation des médicaments : l'ouverture à l'Asie (Cambodge)

Le Cambodge présente une situation tout à fait spécifique en matière de paludisme et de développement des résistances aux antipaludiques. La résistance de *Plasmodium falciparum*, parasites responsables du paludisme, aux artémisinines a été mise en évidence récemment à la frontière du Cambodge et de la Thaïlande (Dondorp et al. 2009; Phyo et al. 2012). Des parasites résistants à l'artémisinine sont ainsi en train de rendre obsolète les CTA, traitement le plus efficace à ce jour contre le paludisme. Les spécialistes s'inquiètent que ce mouvement, constaté en Asie, ne s'élargisse à d'autres pays d'endémie palustre et

notamment à l'Afrique. Il s'agirait là de la répétition d'une séquence déjà vue avec la chloroquine, puis la sulfadoxine-pyriméthamine et la méfloquine, médicaments utilisés auparavant dans la lutte antipaludique. Ces résistances qui avaient émergées dans cette même région d'Asie du Sud-est ont ensuite diffusées en Afrique et ont obligé les autorités sanitaires à changer de stratégie thérapeutique au profit des CTA en 2006. La répétition de cette situation mettrait en péril les succès récents de la lutte contre le paludisme en Afrique qui, en raison du déploiement des stratégies de lutte (CTA, moustiquaires imprégnées à longue durée d'action), a vu une baisse importante de la mortalité.

Les experts ne savent pas à ce jour pourquoi les résistances aux antipaludiques émergent dans cette région du monde. Parmi les causes probables de leur développement se trouvent l'utilisation à mauvais escient des traitements. Une étude développée sur la circulation, la distribution et les usages des CTA au Cambodge, sur le mode de celle conduite au Ghana et au Bénin, contribuera à la réflexion pour la prévention de la diffusion de cette résistance dans les pays africains. Cette analyse de l'impact des modes de distribution des médicaments et des modes de consommation qui en découlent sur les mécanismes de formation des résistances aux CTA est particulièrement novatrice. Elle offre une occasion privilégiée d'intervention de l'anthropologie dans le champ de la santé publique. Aux vues de l'urgence de la question, cette contribution doit être réalisée le plus tôt possible.

L'ouverture sur l'Asie que propose le projet de recherche, permettra en outre de comparer les médicaments en circulation dans deux régions du monde : l'Afrique de l'Ouest et l'Asie du Sud-est. Observer concrètement, sur le terrain, la circulation des médicaments et comparer les produits distribués en Afrique avec ceux qui circulent en Asie, selon une approche d'anthropologie multi-située, a rarement été réalisé. Comparer les systèmes pharmaceutiques en vigueur dans des pays d'Afrique et leur impact sur la consommation pharmaceutique, avec la situation en cours dans un pays d'Asie est également très original. Cela constitue un autre des aspects novateurs de ce projet.

d) Objectifs spécifiques et résultats attendus

Au regard des questions de recherche qui viennent d'être soulevées, les objectifs spécifiques du projet de recherche sont :

- 1- Etudier les modalités d'insertion des CTA dans les réseaux de distribution publics, privés et informels du Bénin et du Ghana à travers les pratiques des divers acteurs qui s'y investissent et les sources d'approvisionnement et de fabrication de ces médicaments : WP1.
- 2- Etudier les modes d'appropriation des CTA par les familles au Bénin et au Ghana et les facteurs qui influencent ceux-ci : WP2.
- 3- Etudier l'ampleur de la consommation des CTA et la place de ces médicaments parmi les autres antipaludiques, en fonction des lieux d'achat des médicaments : WP3.
- 4- Etudier l'arène d'acteurs transnationaux et nationaux constituée autour des CTA au Bénin et au Ghana ainsi que la production ghanéenne de CTA : WP4.
- 5- Etudier la circulation, la distribution et les usages des CTA au Cambodge : WP5.

En ce qui concerne les résultats du projet, 3 types d'impacts très concrets sont attendus :

- 1) Tout d'abord la comparaison des systèmes pharmaceutiques du Bénin et du Ghana permettra de proposer aux autorités sanitaires de ces pays un système pharmaceutique plus efficient, c'est-à-dire plus fortement adapté aux réalités sociales, économiques et sanitaires de leur pays. En effet, apprécier les avantages et les inconvénients respectifs de ces deux systèmes pharmaceutiques conduira à proposer des systèmes hybrides qui permettent notamment de tirer le maximum d'avantages de la vitalité économique que génère le médicament (comme cela semble être le cas au Ghana), tout s'assurant au maximum du respect des exigences de la santé publique (comme c'est théorique le cas au Bénin). Dans ce cadre par exemple, l'étude de l'influence des modes de distribution pharmaceutique sur les pratiques de consommation des médicaments par les individus permettra de promouvoir un usage plus rationnel des médicaments. L'ouverture sur l'Asie renforcera la comparaison des systèmes pharmaceutiques réalisée ; les propositions de systèmes pharmaceutiques innovants, plus adaptés aux réalités locales, n'en seront que renforcées.
- 2) Le projet de recherche, centré sur le marché des CTA au Bénin et au Ghana et comportant une ouverture sur le Cambodge, contribuera à la réflexion pour la prévention de la diffusion de la résistance des parasites responsables du paludisme à l'artémisinine dans les pays africains. Cette contribution est largement souhaitée et attendue.

3) Du point de vue scientifique et universitaire, ce projet – conduit au Sud – permettra tout à la fois de renforcer la recherche anthropologique française et européenne et de développer la recherche en sciences sociales en Afrique, notamment au Bénin et au Ghana.

Mes travaux antérieurs ont prouvé que la recherche sur la distribution et la consommation des médicaments dans un pays du Sud permettait de faire émerger des questionnements originaux au Nord et notamment en France. Ainsi les travaux conduits au Bénin (Baxerres 2012), et notamment la mise en lumière de la question de l'automédication et de son lien avec les modes de distribution pharmaceutique en vigueur dans ce pays, ont suscité le développement de questions de recherche en France, et plus précisément avec le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes. Un projet de recherche intitulé « Automédication choisie ou subie » a été soumis à financement auprès de la French National Research Agency. Dans le contexte globalisé actuel, les questions soulevées au Sud s'avèrent être également pertinentes au Nord. L'évolution, à travers les diverses réformes qui ont lieu ces dernières années, du système pharmaceutique français et son impact sur la consommation des médicaments est par exemple importante à étudier. La comparaison des systèmes pharmaceutiques anglais, au fonctionnement plus libéral, et français, jusqu'à présent plus strictement encadré par la régulation, et leur impact d'un point de vue santé publique serait également très instructive. Le cadre théorique que fournissent les analyses sur le (néo)libéralisme est opérant au Nord comme au Sud et permettra à l'anthropologie du médicament de renouveler ses questionnements tout en multipliant, par le lien avec la santé publique, les applications concrètes de ses recherches.

Enfin, le médicament pharmaceutique industriel s'avère être un objet porteur pour le développement de la recherche en sciences sociales dans les pays du Sud. Formidable sujet d'études concret et appréhendable dans toutes les sociétés, il permet la description de réalités sociales, culturelles, sanitaires, politiques et économiques majeures des sociétés contemporaines, tout en favorisant l'échange disciplinaire avec les sciences biomédicales. Le volet formation à la recherche que propose ce projet (1 post-doctorant, 2 doctorants, 8 masters) en grande partie en direction d'étudiants ghanéens et béninois en est une bonne illustration.

Section b. Méthodologie

Pour réaliser ce programme de recherche, 6 work-packages seront développés.

WP1 : Etude de la circulation et de la distribution des CTA au Bénin et au Ghana

Ce work-package a pour objectif de décrire et d'analyser les marchés locaux des CTA et les réseaux qui les composent au Bénin et au Ghana. Il se réalisera dans ces deux pays auprès des différents types d'acteurs qui s'investissent dans l'importation et la distribution des CTA, qu'ils soient grossistes ou détaillants, formels ou informels. Seront étudiées les pratiques réelles de ces acteurs ainsi que leurs sources et modalités d'approvisionnement.

Dans les deux pays seront tout d'abord réalisés les inventaires exhaustifs des CTA distribués dans les différents circuits de distribution (publics, privés, informels). Au Ghana, l'ethnographie du marché *Okaishie* d'Accra, dans lequel est regroupée une grande partie des grossistes privés formels, sera réalisée (year 1). Des entretiens semi-directifs seront conduits auprès de grossistes privés installés dans d'autres quartiers de la ville et choisis en fonction de leurs caractéristiques (taille, CTA distribués, firmes dont les produits sont distribués...). Des entretiens seront également conduits au sein du *Central Chemical Store*, le grossiste public. En outre, des observations seront menées de manière prolongée (18 months, year 2 and 3) au sein de quelques pharmacies et *chemical shops* à Accra ainsi qu'à Apam, localité du Sud Ghana située en milieu rural où seront aussi interrogés les relais communautaires.

Au Bénin, cette investigation se centrera principalement sur les acteurs de la distribution, grossiste et détaillante, qui n'ont pas été étudiés de manière approfondie dans mes travaux antérieurs (Baxerres 2012) (18 mois, year 2 and 3). Des observations prolongées seront réalisées à Cotonou dans des pharmacies ainsi qu'à la CAME. En milieu rural, dans la région de Comé situé au Sud du pays, sera réalisée l'ethnographie de deux à trois dépôts pharmaceutiques privés. Dans ces localités seront également étudiés les acteurs locaux du marché informel et les relais communautaires. Des entretiens seront menés auprès des grossistes-répartiteurs privés de manière à approfondir et à réactualiser les informations obtenues lors de la précédente recherche. Dans ce même objectif, des observations ponctuelles seront réalisées auprès des vendeurs informels de médicaments à Cotonou

La comparaison des milieux urbains et ruraux, en plus de celle des systèmes pharmaceutiques en place au Bénin et au Ghana, permettra d'étudier des facteurs spécifiques à ces deux contextes. L'absence de pharmacies en milieu rural au Bénin est, par exemple, souvent avancée pour expliquer l'ampleur du marché

informel dans ce pays. Au Ghana, les *chemical shops* ont été mis en place à la période de l'indépendance pour faire face au manque de pharmacies dans les régions rurales enclavées. Aujourd'hui, ils sont aussi très présents en milieu urbain, notamment dans les quartiers défavorisés.

Ce work-package sera réalisé par moi-même. Je superviserai 2 masters (1 Université Abomey-Calavi du Bénin UAC, 1 Legon University du Ghana LUG) et 1 doctorant (LUG), plus particulièrement chargé de l'étude en milieu rural ghanéen. Des enquêteurs (2 au Bénin, 2 au Ghana) seront également recrutés. Je me chargerai personnellement d'une partie des investigations (ethnographie du marché *Okaishie* d'Accra, actualisation des informations dans le marché Dantokpa, entretiens auprès des acteurs institutionnels et des grossistes).

WP2 : Etude des usages des CTA par les familles béninoises et ghanéennes

Le travail de terrain du work-package 2 démarrera à dessein 6 mois après celui du WP1. Il importe d'avoir des informations contextuelles sur les différents distributeurs et sur les contextes de vente avant de rencontrer les familles. Ce work-package a pour objectif de décrire et d'analyser les usages que les Ghanéens et Béninois font des CTA.

Les enquêtes seront conduites auprès de 30 familles ghanéennes et de 30 familles béninoises, composées d'enfants de moins de 10 ans, en raison de leur grande vulnérabilité au paludisme. Des entretiens semi-directifs seront tout d'abord menés avec les pères et mères de ces familles et des inventaires des pharmacies domestiques lorsqu'elles existeront seront réalisés. La moitié des familles seront habitantes de localités situées en milieu rural (Apam au Ghana, Comé au Bénin), l'autre moitié d'Accra et de Cotonou. L'étude des modalités de la consommation pharmaceutique en milieux urbains et ruraux permettra d'interroger les différences d'usages des CTA dans ces deux contextes. Au Bénin, des différences d'utilisation des médicaments ont globalement été soulignées dans une étude précédente (consommation plus forte de remèdes de phytothérapie en milieu rural) (Le Hesran 2010). Les familles seront choisies en fonction de leur statut socio-économique (démunie, intermédiaire, nantie). Tous les motifs d'utilisation des CTA (préventif, curatif, maintien de la santé) seront pris en compte que ce soit sur la base de l'automédication ou de la prescription biomédicale. En outre, les logiques de recours aux différents acteurs de la distribution (publics, privés, informels) de la part des individus seront analysées. Les structures et professionnels de santé biomédicaux ainsi que les lieux d'achat des médicaments évoqués pendant les entretiens seront tous visités. Des observations ponctuelles et des entretiens y seront menés. Enfin, associant méthodes qualitatives et quantitatives et constituant ainsi un aspect original et particulièrement heuristique de la méthodologie⁵, un suivi bimensuel des consommations médicamenteuses de chacun des membres des familles sera réalisé durant une année (18-30 months). Les données issues de ce suivi seront saisies, traitées et analysées de manière qualitative (établissement d'un fichier thématique) et également quantitative (réalisation d'une base de données longitudinale avec le logiciel Access).

Ce work-package sera réalisé, en étroite collaboration avec moi-même, par Adolphe Codjo Kpatchavi, enseignant-chercheur à l'UAC, et Daniel Kojo Arhinful, anthropologue responsable du département épidémiologie du Noguchi Memorial Institute for Medical Research de la LUG. Ils superviseront chacun 2 masters.

Ces partenariats universitaires béninois et ghanéens, que j'ai développés depuis plusieurs années, sont indispensables à la conduite de la recherche dans ces deux pays. De plus, ces deux chercheurs ont des compétences reconnues dans le domaine étudié. Depuis 2006, je suis en contact régulier avec Adolphe Codjo Kpatchavi, titulaire d'un PhD en socio-anthropologie de la santé (University of Fribourg, 1999), dont les travaux portent sur les politiques publiques de santé et les déterminants socioculturels du recours aux soins (Kpatchavi 2011). Dans le but de construire ce projet de recherche, j'ai initié, en novembre 2011, un partenariat avec Daniel Kojo Arhinful, titulaire d'un PhD en anthropologie médicale (University of Amsterdam, 2003), dont les recherches portent sur les modes de financement de la santé et l'accès aux médicaments (Arhinful 2003). De manière à poursuivre la construction de ce projet de recherche, j'ai réalisé un séjour de recherche de 15 jours en avril 2012 au Noguchi Memorial Institute.

WP3 : Etude de la consommation des CTA au Bénin et au Ghana

Ce work-package a pour objectif l'étude épidémiologique de la consommation des CTA au Bénin et au Ghana en milieu urbain et rural. Les enquêtes porteront sur 3 points focaux de la consommation des CTA :

⁵ Cette méthode de recherche qualitative d'inspiration quantitative a été testée avec des résultats très encourageants dans mes précédents travaux (Baxerres 2012).

- La consommation des médicaments contre le paludisme : des enquêtes en population par sondage en grappe seront menées au Bénin et au Ghana en milieu urbain et rural. Cette méthode mise au point par l’OMS pour évaluer la couverture vaccinale nous permettra d’évaluer en population la consommation des traitements antipalustres dans les familles. Cette méthode d’échantillonnage probabiliste consiste à tirer au sort, dans une base d’unités de sondage, un certain nombre (au moins 30) de grappes d’éléments statistiques (ici les ménages) et à interroger tous les individus de ces ménages. Le sondage en grappes est utilisé lorsqu’il n’existe pas de base de sondage d’individus éléments mais qu’il existe une base de sondage de grappes (unités de sondage). Ici l’unité de grappe est le ménage. Il permet également de réduire les coûts d’administration des questionnaires induits par la dispersion des personnes interrogées. Nous constituerons 30 grappes de 10 foyers soit un échantillon de 300 foyers par lieu d’enquête (Bénin, Ghana, milieu urbain, milieu rural). Les familles seront interrogées sur l’attitude suivie lors du dernier épisode de fièvre, la fièvre étant le symptôme de référence du paludisme simple, tant du point de vue des individus que de celui des soignants : itinéraires thérapeutiques, diagnostic porté, traitement pris, coût du traitement.

- La prescription des antipaludiques dans les centres de soins publics : Nous explorerons les modes de diagnostic (Rapid Diagnostic Test – RDT ou diagnostic présomptif) et les prescriptions de traitements en cas de paludisme dans 5 dispensaires de la ville de Cotonou et dans 5 de celle d’Accra (choix en fonction des caractéristiques socio-économiques des quartiers) ainsi que dans 2 dispensaires au Bénin et dans 2 au Ghana situés en milieu rural. Nous utiliserons les registres des dispensaires. L’activité globale du centre sera notée pendant une période de 1 an. Ces données permettront de mesurer la diffusion des CTA dans le système de soins, la régularité des approvisionnements et le respect des recommandations officielles par le personnel soignant.

- La vente des antipaludiques dans les pharmacies, les *chemical shops* et le marché informel du médicament : le relevé exhaustif des ventes de médicaments antipaludiques auprès de quelques-uns de ces distributeurs sera réalisé durant un mois. A chaque fois qu’un traitement antipalustre sera vendu, la nature du traitement, le coût, la quantité vendue et la nature du client (dans le cas du marché informel, les clients ne sont pas tous de simples consommateurs) seront notés. Ces données nous permettront de mesurer l’importance « relative » de la vente et la nature des traitements antipalustres vendus auprès de ces distributeurs. La consommation des CTA pourra être comparée avec celle des autres antipaludiques.

Les enquêtes épidémiologiques démarreront une fois que les WP1 et 2 seront bien avancés (month 24). Les questionnaires des enquêtes en population seront mis au point en grande partie sur la base des résultats de l’étude anthropologique des usages des CTA (WP2) qu’ils permettront ainsi de quantifier. Les données du WP1 permettront également de faciliter et d’opérationnaliser, en fonction des réalités locales, les enquêtes épidémiologiques qui porteront sur les centres de santé publics, les pharmacies, les *chemical shops* et le marché informel. Jean-Yves Le Hesran, médecin épidémiologiste à l’IRD, coordonnera ce work-package. Vingt enquêteurs (10 au Bénin, 10 au Ghana) réaliseront les enquêtes sous la supervision de 2 masters (Université Paris 6) encadrés par Jean-Yves Le Hesran.

La multidisciplinarité anthropologie-épidémiologie constitue un des points forts du projet de recherche. L’épidémiologie du paludisme s’avère indispensable pour l’appréhension de l’ampleur des phénomènes étudiés de manière anthropologique. Elle permet en outre le développement d’un questionnement santé publique précis et pertinent. Je travaille depuis 11 ans en étroite collaboration avec Jean-Yves Le Hesran, que j’ai sollicité pour participer au projet de recherche. Nous travaillons dans la même unité de recherche (UMR 216) et avons fondé conjointement l’équipe santé publique de cette unité. Nous avons une très bonne expérience du travail multidisciplinaire et développons avec succès depuis 3 ans des approches complémentaires en associant méthodes de recherche qualitatives et quantitatives (Baxerres & Le Hesran, 2011). Les données des observations et entretiens permettent de nourrir la construction de questionnaires fermés et l’interprétation des résultats quantitatifs, tandis qu’à l’inverse les données chiffrées permettent de tester des hypothèses issues de l’analyse qualitative.

WP4 : Etude de l’arène d’acteurs constituée autour des CTA au Bénin et au Ghana

Le work-package 4 démarrera en même temps que le WP1. Les données qu’il recueillera et qui constituent l’amont de la politique des CTA mise en place dans les pays, sont importantes à connaître dès le début du projet de recherche.

Ce work-package a pour objectif de réaliser une analyse historique et socio-anthropologique de la régulation qui encadre les CTA au Bénin et au Ghana, en prenant en compte les différents types d’acteurs locaux et transnationaux qui interagissent autour de cette régulation. Sera également décrite la production ghanéenne de CTA, en prenant en compte les modèles d’innovation et de production et les échanges de savoirs qui sont à l’origine de cette production.

Au Bénin et au Ghana, sera tout d'abord réalisée une recherche documentaire retraçant l'histoire de la mise en place des CTA dans le pays. Puis, des entretiens seront réalisés avec les acteurs institutionnels (chargés de la régulation, de l'importation et de la distribution pharmaceutique, de la pratique de la pharmacie, du programme national de lutte contre le paludisme...) ainsi qu'avec les acteurs transnationaux (Fonds Mondial, OMS, Initiative présidentielle contre le paludisme, Impact Malaria de Sanofi, Banque Mondiale...) impliqués dans la régulation des CTA. Des réunions de travail et de prises de décisions entre ces différents acteurs seront ethnographiées. Enfin, des entretiens et observations seront réalisés auprès de tous les producteurs de CTA identifiés au Ghana.

Ce travail sera réalisé par 1 doctorant (EHESS Paris) sous ma direction et la codirection de Maurice Cassier, sociologue au CNRS et spécialiste de l'innovation et de la législation pharmaceutique (Cassier & Correa 2003, 2008, 2009). Maurice Cassier effectuera deux missions d'enquête au Ghana auprès des producteurs pharmaceutiques ghanéens.

L'approche multidisciplinaire en sciences sociales proposée dans ce work-package, qui associe l'anthropologie de la distribution et des usages du médicament, à la sociologie de l'innovation et de la régulation pharmaceutique, produira une analyse intégrée de la « chaîne du médicament » (Lévy & Garnier 2007). Les CTA seront ainsi considérés d'un bout à l'autre de leur « vie sociale » (Whyte, Van der Gest & Hardon 2002) : production, régulation, circulation, distribution, consommation, même si le cœur du projet se concentre sur les 3 dernières étapes. Cette vision intégrée de la chaîne du médicament au sein d'un même projet est particulièrement novatrice. La complémentarité très pertinente de mes travaux et de ceux de Maurice Cassier, initiée en 2008 à travers des projets de publication communs (numéro spécial de la revue *Autrepart* – Forthcoming), se concrétisera à travers ce projet.

WP5 : Etude de la circulation, de la distribution et des usages des CTA au Cambodge

Le travail de terrain de ce work-package démarrera à la 3^{ème} année du projet, une fois que le WP1, 2 et 4 seront bien avancés. Cela permettra une comparaison plus facile de la situation du Cambodge avec celles observées au Bénin et au Ghana.

L'objectif de ce WP5 est d'étudier la circulation, la distribution et les usages des CTA en milieu urbain cambodgien (Phnom Penh) et à la frontière Cambodge-Thaïlandaise. Il s'agira tout d'abord de réaliser l'inventaire des CTA en circulation au Cambodge dans les circuits de distribution publics, privés et informels. Celui-ci se fera auprès du Ministère de la santé Cambodgien, des grossistes autorisés dans le pays ainsi qu'en se rendant directement dans les lieux de vente publics, privés et informels. Le système de distribution en vigueur au Cambodge et la législation dont il dépend sera décrit à travers la réalisation d'une recherche documentaire, la conduite d'entretiens semi-directifs auprès des autorités sanitaires, des grossistes publics et privés autorisés ainsi que la réalisation d'observations directes et participantes auprès des acteurs détaillants (publics, privés et informels) investis dans la distribution des médicaments à Phnom Penh ainsi qu'à la frontière Cambodge-Thaïlande. Enfin, les usages des CTA développés par les familles dans ces deux mêmes sites seront étudiés, comme précédemment au Ghana et au Bénin, à travers la conduite d'entretiens semi-directifs auprès des pères et mères de 20 familles constituées d'enfants de moins de 10 ans. Les structures et professionnels de santé biomédicaux ainsi que les lieux d'achat des médicaments évoqués pendant les entretiens seront tous visités. Des observations ponctuelles et des entretiens y seront menés. Enfin, comme précédemment, un suivi bimensuel des consommations médicamenteuses de chacun des membres des familles sera réalisé durant 6 mois (30-36 months).

Ce travail sera réalisé par 1 post-doctorant en anthropologie, spécialiste de l'Asie du Sud-est, que je superviserai.

WP6: Management, dissemination of results and impacts

Ce work-package assurera le bon déroulement du projet. Des réunions de travail régulières de 2 à 3 jours seront organisées au Bénin (year 1), au Ghana (year 2) et en France (year 3). Je coordonnerai les activités de terrain conduites au Ghana et au Bénin depuis Cotonou où je serai en affectation durant 2 ans (6-30 mois du projet). Je réaliserai durant cette période régulièrement des missions en France où je rencontrerai les chercheurs européens impliqués dans le projet. Durant la période suivante (31-60 mois), je me rendrai en mission une fois au Bénin, une fois au Ghana et deux fois au Cambodge. Ce work-package organisera aussi la valorisation scientifique des résultats du programme de recherche. Outre des publications scientifiques dans des revues de rang international, un ouvrage édité sous ma direction et constitué d'articles rédigés par chacun des chercheurs impliqués dans le projet, y compris les étudiants, sera publié en langue anglaise. Un autre ouvrage rédigé exclusivement par moi-même sera publié en français. En plus de la participation des membres du projet à des congrès, colloques et séminaires, un colloque international sera organisé au Bénin (year 4). Il se centrera sur les problématiques qui se posent sur le continent africain et accueillera un public

large (autour de 150 personnes) constitué d'universitaires, d'étudiants, de professionnels de la santé et de la pharmacie, d'acteurs institutionnels et d'associations de solidarité internationale. L'inscription sera gratuite et la venue de 10 personnes (membres du projet et experts) sera prise en charge. A la fin du programme de recherche, un séminaire international sera organisé à Paris (year 5). Il reprendra les conclusions des études menées au Bénin et au Ghana et intégrera les réflexions issues de l'étude conduite au Cambodge. Il regroupera un petit nombre de spécialistes (30 participants) majoritairement européens et Nord-américains. Enfin, sera réalisée (year 5) la restitution des résultats des recherches auprès des autorités sanitaires du Bénin et du Ghana en vue d'une amélioration du système et des politiques pharmaceutiques de ces pays.

Pour achever totalement la présentation de la méthodologie du projet de recherche, deux éléments de faisabilité forts doivent être soulignés. Premièrement, mon profil scientifique : j'ai une expérience de recherche de 11 ans en Afrique. Je suis spécialiste du recours aux soins et aux médicaments. J'ai notamment beaucoup travaillé sur les pratiques informelles de soins. J'ai mené à bien 4 projets de recherche pour lesquels j'ai constitué et managé des équipes (assistants de recherche, enquêteurs, interprètes, retranscripteurs). Pour la mise en place de 2 d'entre eux, j'ai obtenu des financements que j'ai gérés (Ministère de la recherche français, Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, fondation Pierre Fabre, Université Paris Descartes). J'ai également obtenu une bourse de l'Agence Universitaire de la Francophonie pour la réalisation de ma thèse et une chaire junior de l'Université Paris Descartes pour le projet de recherche que j'ai conduit ensuite. J'ai une très bonne connaissance des terrains béninois, où je travaille depuis 7 ans, et commence à avoir une certaine pratique des terrains ghanéens, où je me suis rendue 4 fois pour les besoins de mes recherches depuis l'année 2007. La connaissance très fine que j'ai développée lors de ma thèse sur les marchés locaux, les flux transfrontaliers et mon ouverture sur les circulations et régulations globales constituent une force indéniable du projet. Deuxième élément fort de faisabilité du projet, suite à un concours scientifique de haut niveau, j'ai été recrutée en tant que chercheur fonctionnaire en janvier 2012 à l'Institut de Recherche pour le Développement (permanent position). Je travaille dans l'UMR 216 (IRD – Université Paris Descartes), intitulée « Mère et enfant face aux infections tropicales », composée d'une vingtaine de chercheurs spécialisés principalement en immunologie, parasitologie, génétique et épidémiologie et dont la majorité des travaux porte sur le paludisme. Cette unité de recherche est implantée au Bénin depuis 2004 où elle développe des travaux avec des partenaires du Nord, majoritairement européens, et du Sud. Au Bénin, elle est associée à la Faculté des Sciences de la Santé, au Programme National de Lutte contre le Paludisme et à l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées dans lequel elle dispose de locaux. Pour réaliser ce projet de recherche, j'ai négocié, avec le Directeur de l'unité et l'IRD, une affectation de 2 ans au Bénin. Cette affectation apparaît très propice à la bonne coordination du travail de terrain, à la conduite de mes propres investigations, à l'encadrement rapproché des étudiants et à l'entretien de liens étroits avec les partenaires béninois et ghanéens. Ma participation aux activités de l'UMR 216 permettra aussi, durant cette période, des missions fréquentes de ma part en France, propices aux échanges avec les chercheurs du Nord impliqués dans le projet. Enfin, l'IRD dispose d'une antenne au Cambodge où le post-doctorant sera accueilli (WP5). Il existe dans ce pays un important réseau de recherche international consacré aux sciences humaines et sociales qui a été initié par un chercheur de l'IRD (www.rencontres-shs-cambodge.ird.fr) et qui permettra de faciliter les échanges scientifiques sur place. Par ailleurs, je suis en contact avec Pascal Millet, médecin conseiller du recteur de l'Université des sciences de la santé de Phnom Pen, spécialiste des CTA et de la résistance aux antipaludiques.

Calendrier proposé

	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5
WP1					
WP2					
WP3					
WP4					
WP5					
WP6	Meeting Benin		Meeting Ghana		Meeting France
				Symposium Benin	Presenting Results
					Symposium France

 : Bibliography, building research field tools

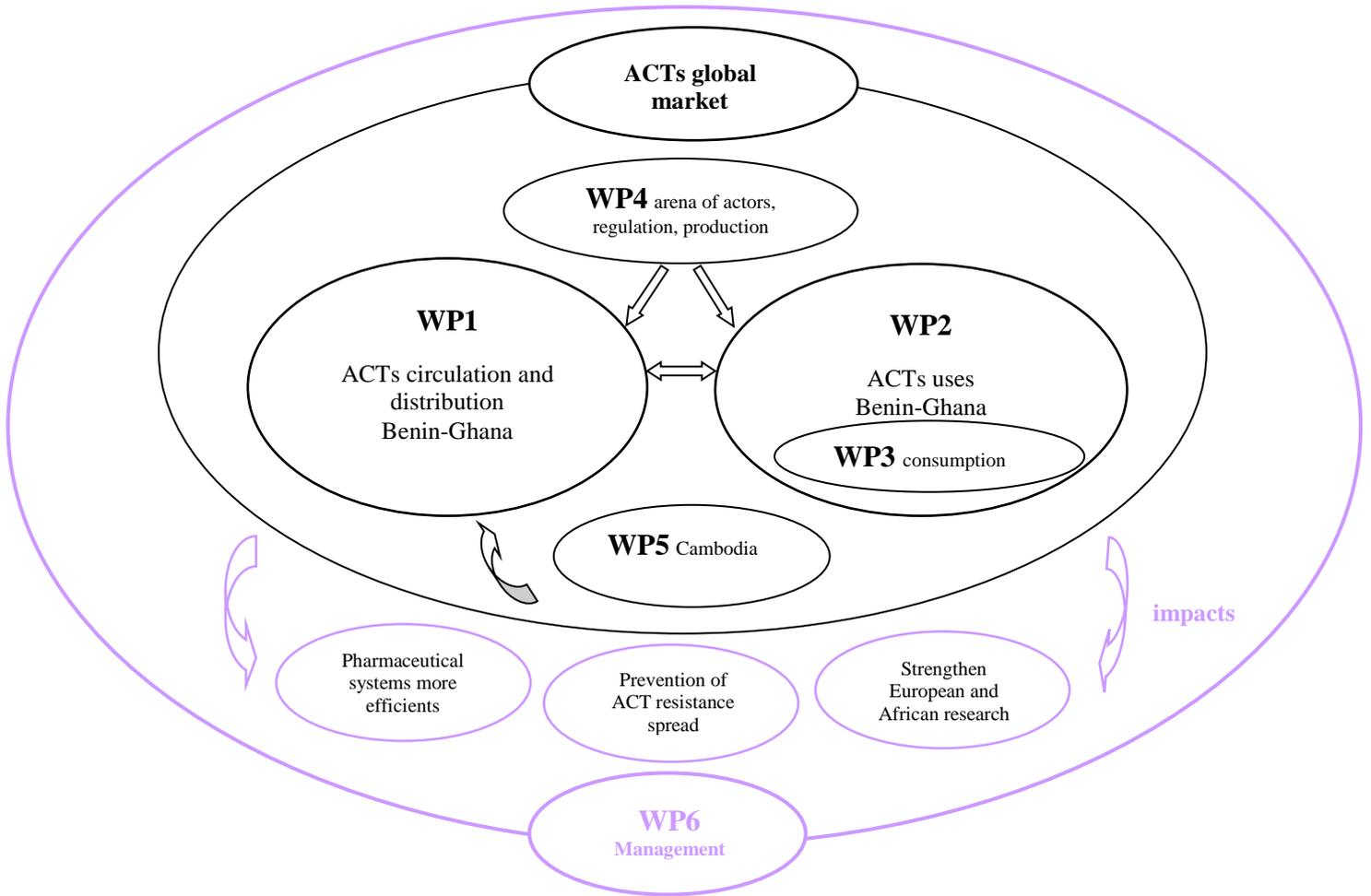
 : Investigations, data collection

 : Data analysis and collection of complementary data

 : Scientific writing

 : Working meetings, symposiums, presentation of results

Représentation schématique du programme de recherche



Références citées

- Abèlès M., 2008, *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot.
- Arhinful D.K., 2003, *The solidarity of self-interest. Social and cultural feasibility of rural health insurance in Ghana*, Leiden, African Studies Centre.
- Balkan S., Corty J.-F., 2009, Paludisme : les résistances traitées par une médiation Sud-Sud, In : Bradol J.-H., Vidal C. (eds.), *Innovations médicales en situations humanitaires. Le travail de Médecins Sans Frontières*, Paris, L'Harmattan : 135-154.
- Baxerres C., 2011a, Local/global articulations and the high use of pharmaceuticals in Cotonou, Benin, *Medische antropologie*, 23(2): 287-298.
- Baxerres C., 2011b, Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? *Politique Africaine*, 123 : 117-136.
- Baxerres C., 2012a, Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique industriel au Bénin, Editions des archives contemporaines, Forthcoming.
- Baxerres C., 2012b, Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique. In : Egrot M., Desclaux A. (eds). *Anthropologie du médicament au Sud : Sens et usages « à la marge »*, Paris, Editions de l'IRD.
- Baxerres C., Le Hesran J.-Y., 2004, Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies, *Sciences Sociales et Santé*, 22(4): 5-23.
- Baxerres C., Le Hesran J.-Y., 2011, Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin), *Social Science and Medicine*, 73(8): 1249-1256.
- Biehl J., 2009, Accès aux traitements du sida, marchés des médicaments et citoyenneté dans le Brésil d'aujourd'hui, In : Cassier M., Correa M. (eds.), *Sciences Sociales et Santé*, 27(3): 13-46.
- Bonnet D., 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso, In : Fassin D., Jaffré Y. (eds.), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses-Aupelf: 243-258.
- Borchers A.T., Hagie F.J.D., Keen C.L., Gershwin M.E., 2007, The history and contemporary challenges of the US Food and Drug Administration, *Clinical therapeutics*, 29(1): 1-16.
- Cassier M., Correa M., 2003, Patents, Innovation and Public Health: Brazilian Public Sector Laboratories' experience in copying AIDS drugs, In: *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenge*, Paris, ANRS: 89-107.
- Cassier M., Correa M., 2008, Scaling up and reverse engineering: Acquisition of industrial knowledge by copying drugs in Brazil, In Coriat B. (ed.), *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries*, Edward Elgar Publishing: 130-149.
- Cassier M., Correa M., 2009, Eloge de la copie : le reverse engineering des antirétroviraux contre le VIH/sida dans les laboratoires pharmaceutiques brésiliens, *Sciences Sociales et Santé*, 27(3) : 77-103.
- Cohen D., M. McCubbin., J. Collin., G. Pérodeau, 2001, Medications as social phenomena, *Health*, 5(4): 441-469.
- Desclaux A., 2003, Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée, *Anthropologie et Sociétés*, 27(2): 41-58.
- Diallo A., Dos Santos S., Lalou R., Le Hesran J.-Y., 2012, Perceived malaria in the population of an urban setting: a skipped reality in Dakar, Senegal, *Malaria Journal*, 11:340.
- Dondorp A.M., Nosten F., Yi P., Das D., Phyo A.P., Tarning J., Lwin K.M., Arie F., Hanpithakpong W., Lee S.J., Ringwald P., Silamut K., Imwong M., Chotivanich K., Lim P., Herdman T., An S.S., Yeung S., Singhasivanon P., Day N.P., Lindegardh N., Socheat D., White N.J., 2009, Artemisinin Resistance in *Plasmodium falciparum* Malaria, *New England Journal of Medicine*, 361: 455-467.
- Donzelot J., 2005, Michel Foucault et l'intelligence du libéralisme, *Esprit* 319: 60-81.
- Fassin D., 1986, La vente illicite de médicaments au Sénégal, *Politique Africaine*, 23: 123-130.
- Faure O., 2005, Les pharmaciens et le médicament en France au 19^{ème} siècle, In : Bonah C., Rasmussen A. (eds), *Histoire et médicament aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles*, Paris, Editions Glyphe: 65-85.
- Foucault M., 2004a, *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard.

- Foucault M., 2004b, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Seuil/Gallimard.
- Gaudillière, J.-P., 2010. Une marchandise scientifique ? Savoirs, industrie et régulation du médicament dans l'Allemagne des années 1930, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 65: 89-120.
- Granado S., 2007, « *C'est le palu qui me fatigue* ». Une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan en Côte d'Ivoire, inauraldissertation pour le titre de Docteur en philosophie, Université de Basel.
- Hauray B., 2006, *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*, Paris, Presse Sciences Po.
- Janes C.R., Corbett K.K., 2009, Anthropology and global health, *Annual Review of Anthropology*, 38: 167-183.
- Kamat V.R., Nichter M., 1998, Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India, *Social Science and Medicine*, 47(6): 779-794.
- Kamat V.R., Nyato D.J., 2010, Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program, *Social Science and Medicine*, 71(3): 626-633.
- Kpatchavi A.C., 2011, *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest*, Cotonou, éditions Ablodé.
- Le Hesran A.-L., 2010, *Questions anthropologiques portant sur l'utilisation des médicaments pharmaceutiques et des tisanes en automédication à Allada et à Sékou (Bénin)*, Mémoire de Master 2, Muséum National d'Histoire Naturelle, Paris, under the direction of Baxerres C.
- Levy J.J., Garnier C. (eds.), 2007, *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Lock M., Nguyen V.-K., 2010, *An anthropology of biomedicine*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- Patouillard E., Hanson K.G., Goodman C.A., 2010, Retail sector distribution chains for malaria treatment in the developing world: a review of the literature, *Malaria Journal*, 11: 9-50.
- Patterson, D., 2009-10, Local Borders and Global Flows: Senegal's Illegal Pharmaceutical Trade, *Harvard Africa Policy Journal*, 6: 21-32.
- Petryna A., Lakoff A., Kleinman A., 2006, *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*, London, Duke University Press.
- Phyo A.P., Nkhoma S., Stepniewska K., Ashley E.A., Nair S., McGready R., ler Moo C., Al-Saai S., Dondorp A.M., Lwin K.M., Singhasivanon P., Day N.P., White N.J., Anderson T.J., Nosten F., 2012. Emergence of artemisinin-resistant malaria on the western border of Thailand: a longitudinal study, *The Lancet*, 379(9830): 1960-1966.
- Polanyi K., Rotstein A., 1966, *Dahomey and the slave trade: an analysis of an archaic economy*, Seattle, University of Washington Press.
- Simba D.O., Warsame M., Kakoko D., Mrango Z., Tomson G., Premji Z., Petzold M., 2010, Who gets prompt access to artemisinin-based combination therapy? A prospective community-based study in children from rural Kilosa, Tanzania, *PLoS One*, 5(8).
- Souares A., Lalou R., Senghor P., Le Hesran J.-Y., 2010, Child age or weight: difficulties related to the prescription of the right dosage of antimalarial combinations to treat children in Senegal, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(2):104-9.
- Van der Geest S., 1982, The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration. *Medical Anthropology*, 6(4): 197-219.
- Van der Geest S., 1987, Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon, *Social science and medicine*, 25(3): 293-305.
- Van der Geest S., Whyte R.S. (eds.), 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Vaughan M., 1991. *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness*. Cambridge, Polity Press.
- Wacquant L., 2012, Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism, *Social Anthropology*, 20(1): 66-79.
- Whyte R.S., Van der Geest S., Hardon A., 2002, *Social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.