

REGARDS CROISÉS SUR L'AUGMENTATION ET LA DIVERSIFICATION DE L'OFFRE MÉDICAMENTEUSE DANS LES SUDS

Carine Baxerres et Emmanuelle Simon

Presses de Sciences Po | *Autrepart*

**2013/1 - N° 63
pages 3 à 29**

ISSN 1278-3986

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-autrepart-2013-1-page-3.htm>

Pour citer cet article :

Baxerres Carine et Simon Emmanuelle, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre
médicamenteuse dans les Suds »,
Autrepart, 2013/1 N° 63, p. 3-29. DOI : 10.3917/autr.063.0003

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds

Carine Baxerres*, Emmanuelle Simon**

Aux sources de l'anthropologie du médicament

Des années 1920 aux années 1970, qu'ils se soient ensuite développés sous la houlette de l'anthropologie médicale anglo-saxonne [Kleinman, 1980 ; Fabrega, 1977] ou de l'anthropologie de la maladie francophone [Augé, 1986 ; Sindzingre, 1983 ; Fainzang, 1986], les travaux anthropologiques portant sur les objets thérapeutiques étaient focalisés sur les remèdes et les préparations réalisées selon des prescriptions rituelles en lien avec la dimension surnaturelle de la maladie. Ils s'inscrivaient dans la lignée des travaux de l'anthropologie classique portant sur la sorcellerie, la divination, les rituels de possession et d'affliction [Rivers, 1924 ; Evans-Pritchard, 1972 ; Ackerknecht, 1946 ; Lévi-Strauss, 1958 ; Turner, 1972]. Que ces travaux aient été menés dans une perspective appliquée pour éclairer, par une connaissance des faits de culture, la pratique biomédicale ou selon une approche plus fondamentale, pour accéder à la connaissance des sociétés à laquelle la maladie, porte d'entrée privilégiée, permet d'accéder, ils se sont surtout attachés à décrire des systèmes médicaux qui diffèrent du système de santé biomédical.

Ce n'est qu'à partir des années 1980 que, stimulée par la présence de médicaments pharmaceutiques industriels jusqu'au plus petit village de pays du Sud¹,

* Chargée de recherche – UMR216, Santé de la mère et de l'enfant en milieu tropical (IRD, Paris Descartes).

** Ingénieure de recherche – EA 3476, Centre de recherche sur les médiations (Université de Lorraine).

1. Le vocable de « Sud » utilisé ici ne doit pas laisser penser que les éditrices n'ont pas conscience qu'ainsi elles contribuent à classer. À une époque où s'affirment les BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud), le terme « émergent » permet aux dominations géopolitiques internationales antérieures de se maintenir. Les dénominations « pays sous-développés » puis « pays en voie de développement » perpétuent une vision évolutionniste de l'histoire des civilisations et territoires aujourd'hui abandonnée. Quant à l'expression « pays du Sud » ou « des Suds », elle est empreinte d'une représentation dualiste et hiérarchique du monde qui contribue au maintien du grand partage (Nous/Eux). Cependant, nous devons admettre que la construction identitaire relève toujours d'une logique oppositionnelle. Et la mondialisation, d'un point de vue *émique*, est encore très clairement reçue localement comme une forme de colonialisme/post-colonialisme dans les différents pays désignés ici par le vocable « des Suds ». Aussi, en abordant la mondialisation du côté des « Suds », nous entendons rendre compte de l'aspect multipolaire du monde contemporain sans négliger le maintien de fractures.

l'anthropologie s'est tournée vers cet objet thérapeutique spécifique. Aussi l'anthropologie du médicament émerge-t-elle à travers des études menées dans les Suds [van der Geest, 1982 ; van der Geest, Whyte, 1988]. Les chercheurs s'attachent à décrire les liens qui s'établissent entre les individus, consommateurs, et les médicaments pharmaceutiques industriels. À partir d'études conduites dans des pays francophones d'Afrique, les anthropologues mettent en évidence assez tôt l'utilisation que les personnes font des médicaments sans nécessairement porter d'intérêt au système de santé qui les encadre [Desclaux, 2001]. Les travaux tendent à décrire les professions sanitaires comme des intermédiaires non indispensables dans la quête de médicaments [van der Geest, Whyte, 2003, p. 97]. S. Fainzang, dans les années 1980, met en évidence la coïncidence au dispensaire, en milieu rural burkinabé, « [...] entre le nombre de consultants et la quantité de médicaments disponibles. [...] Le nombre de consultants décroît au fur et à mesure que le stock de médicaments s'épuise. » [Fainzang, 1985, p. 120-121].

Ces premiers constats conduisent les anthropologues à s'intéresser avant tout aux réseaux informels de circulation des médicaments et aux représentations et aux modes d'appropriation des médicaments pharmaceutiques industriels en différents contextes d'inscription [van der Geest, Whyte, 1988]. Sont étudiées l'intégration des médicaments aux représentations locales de la santé et des maladies et l'interprétation, sous ce prisme, de leurs effets. Dans les années 1980, l'anthropologie du médicament prolonge les travaux en anthropologie de la maladie qui mettent en évidence les spécificités des perceptions locales de la santé et des maladies et leurs décalages avec celles de la biomédecine [Augé, Herzlich, 1984 ; Bonnet, 1985 ; Fainzang, 1985 ; Sindzingre, 1983]. Les liens que les individus entretiennent avec les médicaments sont conçus comme une « appropriation culturelle et sociale, non pas d'une façon de penser la santé mais bien d'une sorte de technologie thérapeutique »² [Whyte, 1992, p. 165]. Pour décrire ces réalités, les chercheurs développent des concepts tels que la « réinterprétation culturelle » [Bledsoe, Goubaud, 1988], l'« indigénisation » et la « popularisation » des médicaments [van der Geest, Whyte, 1988 ; Etkin, Tan, 1994]. Ils décrivent des phénomènes tels que la « dénomination populaire », au moyen de terminologies empruntées aux langues vernaculaires, des médicaments et le « détournement de l'usage » de ceux-ci par rapport aux recommandations biomédicales [Assogba, 1985 ; Jaffré, 1999 ; Tan, 1999 ; Touré, 2005].

À partir des années 1990, des travaux mettent en évidence le fait que le médicament est un objet technique qui a besoin d'un environnement social et culturel singulier pour fonctionner, tout en étant lui-même producteur de savoirs, de pratiques et des formes organisationnelles spécifiques [Akrich, 1995]. Certaines études montrent comment l'expérience de soins que les individus acquièrent lors des consultations biomédicales qu'ils reçoivent influence considérablement les savoirs populaires en matière de médicaments [Baxerres, 2012]. Par exemple,

2. Les citations issues d'écrits anglais sont traduites librement par les auteurs de ce chapitre introductif.

certaines dénominations populaires des médicaments à Cotonou sont issues de langues utilisées localement et désignent des maux ou symptômes ou encore des effets attendus du médicament. Mais une proportion plus grande de médicaments est, sous l'influence des professionnels de la santé, nommée en référence au nom scientifique ou commercial des produits. Sont intégrés dans le vocabulaire courant de la plupart des Cotonnois des termes tels que *chloro*, *para*, *nivaquine*, *quinine*, *amoxi*, *ibu*, *flagyl*, *fer-foldine*, etc. Les liens entre les médicaments et la définition, professionnelle comme populaire, des pathologies sont désormais soulignés [Urfalino, 2007]. D'autres études, se sont pour leur part, et selon une logique à rebours, attachées à souligner l'influence des médicaments pharmaceutiques industriels – producteur de savoirs et de pratiques spécifiques – sur les représentations populaires en matière de santé et de maladies. En Afrique, des recherches ont montré comment certaines entités nosologiques populaires, telles que celles se rapportant aux diarrhées infantiles et aux maladies sexuellement transmissibles, sont définies non par une étiologie ou une symptomatologie, mais par un traitement pharmaceutique [Desclaux, 1999 ; Haxaire, 2003].

Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, le rôle essentiel que joue le médicament dans l'articulation entre différents modèles sociaux et culturels est, lui aussi, exploré [Akirch, Dodier, 1995]. Ceci conduit les chercheurs à penser les effets du médicament pharmaceutique sur les systèmes de santé traditionnels. Aussi, dans des contextes de changements sociaux et de pluralisme médical, l'anthropologie du médicament dans « les Suds » est-elle revenue sur les objets thérapeutiques issus des médecines traditionnelles. Déployant les concepts de médicalisation (ou de « pharmaceuticalisation » [Nichter, 1996]), les chercheurs montrent comment la *materia medica* utilisée dans les médecines traditionnelles évolue au contact des médicaments pharmaceutiques. Les remèdes locaux les posent en anti-modèle ou s'adaptent, mais ils ne peuvent désormais ignorer les médicaments pharmaceutiques. Différents travaux sont dès lors menés sur les traitements néo-traditionnels qui émergent, produits à base de plantes (le plus souvent) et présentés de manière plus ou moins standardisée. Nombre de ces travaux proviennent d'études menées en Asie (Chine, Inde, Sri Lanka ou Indonésie) mais également en Afrique et en Amérique latine. Selon les contextes d'inscription, les travaux menés sur les traitements néo-traditionnels portent sur leur régulation par l'État [Leclerc-Madahala, 2002 ; Taylor, 2004 ; Hsu, 2009], leur industrialisation [Afdhal, Welsch, 1988 ; Banerjee, 2002 ; Bode, 2002, 2006] ou encore sur les ressorts de leur expérimentation scientifique [Micollier, 2011 ; Pordié, 2005 ; Schied, 2005]. Là encore, dans notre relecture de l'histoire de l'anthropologie du médicament, la notion de médicament comme médiateur technique [Akirch, 1995] est opérante : les chercheurs s'intéressent aux déterminants sociaux de l'émergence de ces traitements [Afdhal, Welsch, 1988 ; Bode, 2002] ou étudient leur impact sur les représentations sociales du secteur traditionnel des soins, désormais pensés en termes de produits manufacturés procurés en automédication [Banerjee, 2002 ; Bode, 2006 ; Laplante, 2007].

Cependant, les traitements néo-traditionnels ne fournissent pas une réponse mécanique à l'imposition de nouvelles règles et normes biomédicales. Étant entendu qu'en tant qu'objet social, le médicament ne peut être compris que s'il est resitué dans l'ensemble des recours disponibles [Dagognet, 1964] ; ce serait une simplification du réel que de situer les médicaments néo-traditionnels uniquement dans un rapport de couple avec les traitements pharmaceutiques. Le médicament pharmaceutique est indéniablement un modèle à partir duquel les médicaments néo-traditionnels se sont construits (en particulier dans leur mimétisme de forme : galénique, emballage, notice). Mais les médicaments néo-traditionnels ont trouvé d'autres modèles à mobiliser, parmi lesquels il faut citer les médicaments néo-traditionnels d'origine éloignée dont l'émergence est antérieure (en particulier les médicaments importés de Chine) [Langwick, 2010], les commodités phytopharmaceutiques, ou les compléments alimentaires importés provenant du secteur alternatif³ des soins occidentaux [Simon, 2008 ; Simon, Egrot, 2012]. Dans cette perspective émergent des travaux sur les réseaux internationaux des médicaments néo-traditionnels [Hsu, 2009 ; Schied, 2005] ou encore les trajectoires empruntées par les traitements issus des médecines alternatives européennes en direction des « Suds » (sur l'homéopathie, par exemple, voir les travaux de Hoyez, Schmitz [2011] en Inde ou Giglio-Jacquemot [2011] au Brésil). Ces travaux, encore peu nombreux, mettent en lumière la diversité des espaces de circulation des traitements, et dès lors donnent un second souffle aux travaux pionniers de l'anthropologie du médicament centrés sur les questions de circulations informels des médicaments.

L'anthropologie du médicament a connu un essor considérable au cours des quinze dernières années. Cette trop brève et sélective histoire de la discipline ne prétend pas en restituer toute l'épaisseur mais entend la mettre en perspective à travers la manière dont l'anthropologie du médicament a rejoint la question du changement social et des situations de pluralisme médical à partir des sociétés des Suds. Cette focale met en évidence combien remèdes, médicaments pharmaceutiques, médicaments néo-traditionnels, etc. se croisent à différents moments de son histoire. Comme dans bien des travaux fondateurs de l'anthropologie du médicament des années 1990 [van der Geest, Whyte, 1988 ; Nichter, 1989 ; Tan, 1999], ce numéro entend mettre en regard un éventail de recherches menées dans les Suds (Afrique, Asie, Amérique latine), qu'elles portent sur les médicaments pharmaceutiques, néo-traditionnels ou issus des médecines alternatives, et cela, afin d'éclairer aussi bien les dynamiques sociales dans lesquels ils s'inscrivent que la complexité de leurs réseaux de circulation actuels.

3. Les catégories « traditionnelle », « néo-traditionnelle », « biomédicale » et « alternative » ne sont pas des catégories discrètes mais des catégories pluralistes. Toutefois, si des connexions existent entre ces différentes catégories [Simon, Egrot, 2012 ; Hsu, 2009], il nous apparaît pertinent de maintenir une distinction, qui n'est pas de convention, entre médicaments néo-traditionnels (traitements syncrétiques), médicaments pharmaceutiques (paradigme médical et scientifique), traitements alternatifs (paradigme médical non dominant avec les sociétés occidentales comme berceau socioculturel) [Tan, 1989]. Le terme de médecines alternatives est préféré à celui de médecines alternatives et complémentaires car il rend compte de son inscription sociologique d'origine.

La majorité des textes présentés ici s'inscrit dans l'anthropologie du médicament. Toutefois, en tournant aujourd'hui son regard vers l'industrie, l'anthropologie du médicament peut entamer un dialogue avec l'histoire du médicament, qui s'inscrit à la fois dans l'histoire des industries et l'histoire des sciences et qui, « [...] paradoxalement, [...] n'entretient que peu de rapport avec l'histoire sociale de la santé, qui privilégie encore le XIX^e siècle par rapport au XX^e siècle » [Chauveau, 2004, p. 5] (voir l'article de Jean-Paul Gaudillère et Laurent Pordié). De même, l'internationalisation des essais cliniques, l'émergence d'une industrie dans les Suds ou encore les liens complexes qui se tissent entre l'industrie, la santé publique et les associations de malades, sont autant d'objets qui permettent de mettre en perspective les travaux menés au Nord sur des thématiques similaires dans des disciplines connexes : sociologie, histoire ou encore économie (voir l'article de Maurice Cassier et Marilena Correa).

La mondialisation au prisme du médicament dans les Suds

Ce numéro thématique vient prolonger une réflexion tenue conjointement par les éditrices à l'intérieur d'un programme de recherche en anthropologie conduit de 2005 à 2009 et intitulé « Médicaments émergents dans le contexte de la mondialisation : produits et acteurs, savoirs et usages (Burkina Faso, Sénégal et Bénin) »⁴. Par « médicaments émergents », les chercheurs de ce programme désignaient les différents médicaments qui circulent hors du cadre formel du système de soin et des règles internationales de prescription biomédicale, qui peuvent être de fabrication industrielle ou artisanale, mobilisent des discours scientifiques ou parascientifiques et sont diffusés par des réseaux commerciaux distincts – en totalité ou en partie – des circuits formels d'approvisionnement pharmaceutique. Au Bénin, Carine Baxerres, a focalisé son regard sur les médicaments pharmaceutiques industriels commercialisés à travers le marché informel (hors des circuits officiels par des acteurs qui n'ont pas obtenu d'autorisation auprès des autorités sanitaires) tandis qu'Emmanuelle Simon s'intéressait aux traitements néo-traditionnels du VIH/sida disponibles localement. Le fait d'appréhender dans un même projet ces deux catégories de produits était motivé par leur déficit partagé de reconnaissance biomédicale et leur circulation commune dans des espaces grisés de la légalité. Si les produits franchissaient les frontières – quelques médicaments néo-traditionnels vendus avec les produits pharmaceutiques industriels par les ambulants ou sur le marché, quelques médicaments pharmaceutiques intégrés à l'arsenal des thérapeutes néo-traditionnels – les réseaux déployés à l'intérieur de cette zone grisée de la légalité ne se croisaient guère.

Les travaux menés dans ce programme de recherche au sujet du marché informel des médicaments pharmaceutiques industriels ont permis de montrer que

4. Projet dirigé par A. Desclaux et financé par IMEA et ACI PROSODIE (PRO-0061). Nous remercions l'ensemble des participants à ce projet pour leur contribution à notre réflexion sur les médicaments dans les Suds.

les modes de production comme les circuits de distribution empruntés par ces produits sont très diversifiés [Baxerres, Le Hesran, 2011]. Ces médicaments proviennent d'industries pharmaceutiques dont les sièges sociaux sont situés en différents endroits de la planète : pays occidentaux, pays dits « émergents », autres pays du Sud et sont produits localement sous brevet ou sous forme de génériques. Ils sont commercialisés sous nom de marque ou sous dénomination commune internationale (DCI)⁵ et distribués par des circuits informels mais aussi formels (publics et privés). Bien que la littérature décrive généralement le développement massif du marché informel du médicament au début des années 1980 dans les pays francophones d'Afrique [Assogba, 1985 ; Fassin, 1986 ; van der Geest, 1987], ce marché a, en réalité, émergé lentement dès les années 1950, et plus rapidement après l'introduction des médicaments pharmaceutiques dans les pays à travers l'entreprise coloniale [Baxerres, 2011]. Les circuits de distribution public, privé et informel se sont donc dès le départ développés conjointement dans les pays, et les différentiels de politiques médicamenteuses (d'autorisation, d'importation et de distribution) entre pays anglophones et francophones d'Afrique ont largement favorisé le développement du marché informel dans ces derniers. Ce qui est désigné comme informel ici peut être formel ailleurs : des médicaments ne sont pas autorisés dans certains pays où ils peuvent être considérés comme des contrefaçons quand ils sont tout à fait légaux dans d'autres pays (dont la proximité géographique est parfois déroutante). Les circuits observés au Bénin ont amené le chercheur à sortir du cadre restreint de l'État-nation pour porter son regard sur les circulations transnationales des produits et les hétérogénéités des législations qui encadrent le médicament dans différents pays et régions du monde.

Les observations réalisées au Bénin mais aussi au Burkina Faso et au Sénégal sur les réseaux de circulations des médicaments néo-traditionnels nous ont conduites dans une toute autre direction. L'émergence des traitements néo-traditionnels – au Bénin comme ailleurs dans le monde – est à rapprocher des initiatives nationales de promotion des médecines traditionnelles qui apparaissent à la fin des années 1970 et au début des années 1980 sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) mais aussi d'autres organisations internationales, telles que l'Organisation de l'unité africaine (OUA) et le Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur (CAMES). Constatant les échecs persistants des transferts de techniques et de modèles sanitaires, l'idée était qu'en ayant recours aux thérapeutiques traditionnelles *a priori* culturellement plus acceptables, on pourrait enfin relever le défi d'un développement sanitaire équitable. Ces recommandations entraînent en résonance avec les préoccupations nationalistes des États africains post-indépendance. Adoptant le modèle de l'État-nation ou celui du régime socialiste révolutionnaire, il fallait arriver à construire son identité nationale. Les nouveaux programmes de développement puisant dans les savoirs et ressources locales

5. Depuis 1953, l'OMS attribue aux substances actives une Dénomination commune internationale (DCI) pour pallier les inconvénients respectifs des dénominations scientifiques (trop complexes) et commerciales (noms de fantaisie souvent variables d'un pays à un autre) données aux médicaments.

permettaient aux États d'affirmer leur identité africaine (rompant avec la colonisation) et leur spécificité nationale en réactivant des symboles identitaires (ré-enchantement de la tradition) [Gallissot, Tamba, 1988 ; Hours, 1992 ; Simon, 2004].

En ce qui concerne le médicament, l'hypothèse retenue était que les indications thérapeutiques des tradipraticiens pourraient avoir une efficacité biologique réelle, qui restait à évaluer et à améliorer dans un souci d'obtenir des préparations utilisables en santé publique. Afin « d'améliorer » les « remèdes », les programmes nationaux de promotion des thérapeutiques traditionnelles successifs ont encouragé les tradipraticiens à produire de nouvelles préparations médicamenteuses en insistant sur l'identification botanique des composés, un dosage précis, et des règles d'hygiène pour le séchage et la conservation. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les « médicaments traditionnels améliorés » (terminologie en usage dans les systèmes de santé publique francophones), autrement dit les médicaments néo-traditionnels. Par la suite, les politiques d'ajustement structurel et l'Initiative de Bamako, avec la question des recouvrements des coûts succédant aux initiatives de santé primaire d'Alma Ata, vont avoir pour conséquence l'essor du secteur privé de soins durant la dernière décennie du XX^e siècle. La multiplication des médicaments néo-traditionnels est alors notable dans le secteur lucratif des soins.

Au début du XXI^e siècle, l'essor de ces traitements va être renforcé par l'arrivée sur les marchés locaux de nombreux compléments alimentaires et produits phytothérapeutiques américains mais aussi chinois [Simon, 2008]. Dans le contexte de la globalisation sanitaire, on voit croître ensemble popularité et scepticisme dans les discours portant sur le médicament [van der Geest, Whyte, 2003]. Comme le souligne Mark Nichter [1994], on peut observer un double mouvement favorisant d'un côté les médicaments pharmaceutiques, et de l'autre un nouveau rapport au corps, qui sert ensemble les médicaments néo-traditionnels et ceux relevant des thérapeutiques alternatives. Aussi de nombreux produits d'importation, mettant en avant leur ancrage dans une tradition locale « oubliée » ou dans une tradition lointaine, se sont-ils joints aux produits locaux existant. Cette « greffe locale » favorise en retour la « re-découverte » voire l'invention d'une *materia-medica* locale [Egrot, Simon, 2012]. Au travers de ce rapide historique, on comprend comment l'émergence de ces produits est en partie le fruit d'une articulation entre déclinaison locale – ajustements, négociations, appropriation ou rejet – d'initiatives supra territoriales et globalisation du marché sanitaire.

L'observation des réseaux déployés au Bénin par l'un et l'autre médicament (néo-traditionnel et pharmaceutique) nous avait donc permis d'éclairer des aspects différents des processus de mondialisation sanitaire : déterritorialisation, reterritorialisation et inscription locale dans le cas des initiatives supranationales (du global au local), addition de flux transnationaux ancrés dans des territoires dans le second (du local au global). Par mondialisation⁶, nous désignons le mouvement

6. Les termes mondialisation et globalisation sont utilisés dans ce texte de manière égale sans prendre part à la discussion française qui voudrait que l'un et l'autre terme aient des sens différents [Dimitrova, 2005].

d'intensification et d'accélération des flux de marchandises, de capitaux, de personnes mais également d'idées, de valeurs et de savoirs, favorisé entre autres par les nouvelles technologies de l'information et de la communication [Appadurai, 2005 ; Falquet, Hirata, Lautier, 2006 ; Abélès, 2008]. Selon S. Dufoix, la naissance académique de l'idée de mondialisation se situe dans les années 1980 : elle fournit un macro-scénario permettant, à la sortie de la guerre froide, de penser un monde jusque-là bipolaire [Dufoix, 2013]. En rendant compte de l'émergence de cette idée dans le champ académique, cet auteur nous invite à ne pas confondre histoire de la mondialisation et histoire des idées. Cela ne disqualifie toutefois pas le caractère singulier d'un tel mouvement, qui s'inscrit dans un moment de l'histoire contemporaine et qui renvoie à des changements réels.

L'anthropologie s'est emparée de cette question à partir de différents angles de vue ; l'un d'entre eux consiste à s'interroger à partir de terrains susceptibles de s'offrir en grille de lecture heuristique du phénomène de mondialisation. Cette approche a donné lieu à différentes publications qui interrogent la mondialisation à partir d'un terrain singulier : les nouvelles technologies de la communication [Cerqui, 2006], les nouvelles élites transnationales [Hannerz, 1996 ; Sassen, 2009], les villes globales [Sassen, 1996], ou encore les migrations sanitaires [Sakoyan, Musso, Mulot, 2011]. Forte de l'importance des questions de circulation et de dynamiques sociales dans les travaux menés en anthropologie du médicament, et répondant aux observations réalisées au Bénin conjointement par les éditrices quelques années plus tôt, l'hypothèse de cette livraison est que le médicament peut faire partie de ces objets d'étude susceptibles d'éclairer les multiples enjeux de mondialisation. À la suite des toutes premières observations qui soulignaient la dissociation du médicament vis-à-vis du système de soins (voir plus haut), de nombreux auteurs avaient d'ailleurs analysé la manière dont les médicaments sont parfois réduits à de simples marchandises, leur valeur marchande primant sur leur valeur thérapeutique [Nichter, 1996 ; Tan, 1999 ; Whyte, van der Geest, Hardon, 2002]. La marchandisation est décrite à travers la littérature en sciences sociales comme étant liée à l'avènement du système capitaliste, à l'industrialisation, au phénomène de la consommation de masse (et de surconsommation) qu'il implique et à l'essor corolaire du marketing [Appadurai, 1986 ; Miller, 1995 ; Lock, Nguyen, 2010]. M. Nichter utilise à ce sujet le concept de *cosmopolitical medicine* pour signifier que les médicaments constituent une forme d'incarnation (*embodiment*) du capitalisme marchand [1996, p. 298]⁷ qui est au cœur du processus de mondialisation [Mirza, 2002 ; Caillé, 2002].

Diversification de la production et multiplication de l'offre locale des médicaments

Observer les différents médicaments pour appréhender les processus de mondialisation, intervient aussi dans un contexte de multiplication et diversification

7. Il reprend à son compte, mais dans un autre sens, ce concept utilisé d'abord, précise-t-il, par Pfeleiderer et Bichman.

de l'offre locale qu'il convient maintenant de situer. Faisons pour cela un léger détour par l'histoire de la production des médicaments pharmaceutiques industriels. Cette histoire remonte au milieu du XIX^e siècle, au moment où des médicaments issus de la chimie organique commencent à être industrialisés en Europe⁸. D'un point de vue législatif, ces nouveaux médicaments mettent du temps à s'imposer face aux remèdes composés de plantes. En France, les apothicaires, au XVIII^e siècle, puis les pharmaciens, au XIX^e siècle et jusqu'à la première moitié du XX^e siècle, sont chargés de fabriquer des remèdes, de façon artisanale, à partir de substances végétales, animales et minérales [Ruffat, 1996 ; Bonah, Massat-Bourrat, 2005]. Au cours du XIX^e siècle vont se développer d'abord progressivement, puis de façon surabondante et désordonnée les « spécialités » [Faure, 2005]. Ce terme est choisi en référence à la préparation standardisée, la présentation sous un conditionnement particulier et au « nom de fantaisie » ou « nom commercial » que ces médicaments portent. Les spécialités sont produites en manufactures et commencent à être industrialisées à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle en Allemagne, puis au Royaume-Uni et en France [Whyte, van der Geest, Hardon, 2002 ; Tan, 1999]. Considérées au départ comme des remèdes « secrets », elles finissent par s'imposer ; leur succès commercial, largement encouragé par la publicité [Collin, 2006], est déjà patent à la fin du XIX^e siècle.

Il faut néanmoins attendre la première et surtout la fin de la deuxième guerre mondiale pour que le médicament pharmaceutique industriel acquière son statut prépondérant en Occident [Bonah, Rasmussen, 2005]. S'ouvre alors la *great drug therapy era* [Whyte, van der Geest, Hardon, 2002, p. 9] : la production en grand nombre de médicaments pharmaceutiques industriels se met réellement en place. Les États-Unis se joignent aux puissances européennes dans la production. Un formidable processus d'innovation permettant de produire des médicaments qui, pour certains, constituent de réelles avancées thérapeutiques (hypnotiques, anesthésiques, analgésiques, antipyrétiques, antiseptiques, sulfamides, antibiotiques, cortisone, neuroleptiques, vaccins, etc.) se met en place. Pendant la première moitié du XX^e siècle, les firmes pharmaceutiques se multiplient dans les pays occidentaux. À partir de 1938, les compagnies pharmaceutiques américaines mettent chaque année entre deux cents et quatre cents nouveaux médicaments sur le marché [Borchers *et al.*, 2007]. Un retournement de tendance et l'amenuisement des vraies innovations s'amorcent au milieu des années 1970 [Pignarre, 2003]. De 1975 à 1986, six cent dix nouveaux médicaments ont été mis sur le marché des pays occidentaux, parmi lesquels seuls 8 % présentaient des structures chimiques nouvelles apportant un plus à la thérapeutique ; 21 % constituaient un apport à la thérapeutique dans des familles chimiques connues, 16 % une originalité chimique sans apport thérapeutique et 58 % appartenaient à des structures chimiques connues et avaient le même effet que d'autres produits déjà sur le marché [Barral, 1988].

8. La chimie organique développe, à partir du XVIII^e siècle, les procédés d'extraction des principes actifs contenus dans les plantes [Desclaux, Levy, 2003].

Dans le même temps, la production industrielle de médicaments, au départ réalisée dans le cadre d'entreprises familiales qui pendant les 30 glorieuses (1945-1974), subissent un phénomène de concentration nationale [Ruffat, 1996], s'élargit peu à peu de l'Occident à d'autres contrées du monde. Cela passe d'abord, à partir des années 1950-1960, par l'implantation des firmes occidentales dans des pays du Sud. Les multinationales d'origine occidentale font aujourd'hui fabriquer une partie non négligeable de leur production dans ces pays à travers l'installation de filiales, la sous-traitance ou la fabrication sous licence⁹. Ensuite, stimulée par la reconnaissance légale et le développement des médicaments génériques¹⁰ puis par la mise en place de la politique des « médicaments essentiels », s'ouvre une phase de développement autonome et endogène massive de l'industrie pharmaceutique dans les Suds, notamment dans les pays « émergents » d'Asie et d'Amérique latine tout comme au Moyen-Orient et au Maghreb¹¹. L'industrie pharmaceutique de ces pays se base au départ sur le *learning by copying*, qui permet la production locale de médicaments génériques bon marché à travers la technique de *reverse engineering* [Guennif, Mfuka, 2003]. L'industrie pharmaceutique asiatique connaît dès lors un développement sans précédent : l'Inde, l'Indonésie, Singapour, la Thaïlande, les Philippines, la Chine, etc. La Thaïlande, par exemple, est présentée en 1997 comme possédant un noyau dur de cent soixante-seize entreprises pharmaceutiques privées et d'une firme publique [Guennif, Mfuka, 2003]. L'industrie indienne, sans compter la sous-traitance par les multinationales, est décrite comme employant plus de cinq cent mille personnes dans plus de vingt mille entreprises [Pignarre, 2003]. La non-brevetabilité juridique des médicaments à partir de l'année 1970 [Galbraith, 2011 ; Guennif, Chaisse, 2007] contribue à l'essor d'une grande industrie pharmaceutique nationale indienne, notamment dans la production de médicaments couverts, en d'autres endroits de la planète, par des brevets. Ce pays fournit aujourd'hui plus de la moitié des médicaments utilisés dans les programmes de traitement du sida des « pays en développement » [Galbraith, 2011].

9. Ces firmes dominent aujourd'hui le marché mondial du médicament : une dizaine de géants de l'industrie pharmaceutique, nord-américains dans leur majorité, représentent autour de 50 % des ventes mondiales. Les 20 premiers groupes mondiaux représentent environ 70 % de celles-ci [Hauray, 2006].

10. Les médicaments génériques sont des copies de médicaments dont le brevet de propriété intellectuelle est tombé dans le domaine public et qui ont « la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité » (article L.5121-1 du code de la santé publique française). Les États-Unis sont le premier pays à reconnaître officiellement, dès les années 1960, les médicaments génériques [Borchers *et al.*, 2007].

11. Au début du xx^e siècle, une première phase de développement de l'industrie pharmaceutique « hors Occident » avait déjà eu lieu, par le biais de formations intellectuelles et scientifiques promues par l'entreprise coloniale auprès des élites des différents pays colonisés ou sous influence d'une puissance occidentale. Bien que ces apprentissages, réalisés dans les métropoles occidentales ou dans des pôles régionaux spécialisés à cet effet, aient eu pour but de former des agents de santé locaux capables de prendre en charge les populations colonisées, ils ont sûrement aussi stimulé l'esprit d'innovation et de recherche des apprenants. Le fondateur de la firme pharmaceutique indienne Cipla, Khwaja Abdul Hamied, a fait ses études à l'université de Berlin entre 1924 et 1927 et crée en 1935 le *Chemical, Industrial and Pharmaceutical Laboratories*, qui deviendra plus tard Cipla. En Indonésie, dès 1944, quatre-vingts fabricants de médicaments industriels, dont quelques-uns à base de composés chimiques, sont installés à Jakarta [Afdhal, Welsch, 1988].

D'autres régions du monde, telles que l'Amérique latine (Brésil, Argentine, Costa Rica), le Moyen-Orient et le Maghreb (Turquie, Maroc), connaissent aussi à cette époque l'expansion d'une industrie pharmaceutique locale. Le Brésil, dont l'activité de production de génériques existe maintenant depuis presque vingt ans, est à l'origine d'un programme de recherche innovant [Guennif, Mfuka, 2003]. L'Afrique, exception faite de l'Afrique du Sud, est un peu en marge de ce processus, même si des filiales de multinationales occidentales existent dans plusieurs pays (Nigeria, Ghana, Sénégal, Tanzanie, etc.), que des firmes de pays « émergents » (Inde, Chine) développent également à partir des années 1990-2000 leurs propres filiales (République du Congo, Togo, Ouganda¹²) et que de petites industries locales de médicaments génériques émergent progressivement (Nigeria, Ghana, Bénin, Mali, etc.).

Ce développement d'une industrie locale dans les Suds génère une nouvelle forme de concurrence au sein de l'industrie pharmaceutique, celle des multinationales d'origine occidentale face aux firmes des pays « émergents », dont certaines occupent aujourd'hui une place non négligeable sur le marché mondial, tant au niveau du volume de production que de la qualité et de la technicité des produits fabriqués. Les produits innovants sont dès lors quasi exclusivement le fait des grands groupes multinationaux d'origine occidentale¹³ [Hauray, 2006]. Les produits génériques, bien qu'étant également fabriqués par des firmes occidentales, sont, eux, désormais davantage le fait de l'industrie des pays « émergents ».

Parallèlement à ces développements industriels, à partir des années 1970-1980, les premières briques d'une politique globale du médicament entre accès équitable à la santé et bonne gouvernance pharmaceutique, sont posées. Avec le développement des initiatives de santé primaire, les institutions internationales de santé publique vont faire de l'accessibilité au médicament un élément central de l'amélioration de la santé des populations. Au début des années 1970 émerge le concept de « médicaments essentiels » (abordables, efficaces et sûrs), qui souligne la nécessité, dans des pays à faibles revenus, d'acquérir en priorité un nombre limité de médicaments essentiels à la santé des populations (c'est-à-dire dont les indications sont en phase avec les besoins locaux et faisant reculer les « pathologies négligées ») et peu coûteux. L'OMS, dont le rôle en matière de développement des médicaments génériques a été primordial, établit à la fin des années 1970 une liste de « médicaments essentiels » régulièrement mise à jour. À partir des années 1980, les agences internationales, les gouvernements des pays et des organisations non gouvernementales (ONG) adoptent cette nouvelle politique. Bien que les médicaments essentiels soient définis principalement sur des critères de santé publique – quand les génériques le sont sur critères juridiques en lien avec les brevets

12. Une firme pharmaceutique ougandaise, Quality Chemicals Limited, a mis en place, avec le concours de la firme indienne Cipla, une production locale d'antirétroviraux. Elle serait l'une des premières entreprises africaines à produire les antirétroviraux (ARV) génériques d'une trithérapie complète [Irin, s.d.].

13. Cette situation devrait changer dans les années à venir. L'industrie pharmaceutique des pays « émergents », notamment indienne et brésilienne, investissent de plus en plus dans la recherche et le développement de médicaments innovants [Robine, 2008].

pharmaceutiques –, ces deux notions sont en fait intimement liées. S.R. Whyte et ses collaborateurs soulignent en 2002 que la plupart des médicaments contenus dans la liste de l’OMS ne sont plus protégés par un brevet et sont disponibles à bas prix sous la forme de génériques [Whyte, van der Geest, Hardon, 2002]. La promotion de la politique des médicaments essentiels a donc contribué à l’émergence de nombreux fabricants de génériques un peu partout dans le monde [*op. cit.*].

Par la suite, dans les années 2000, les enjeux de bonne gouvernance du médicament apparaissent clairement sur la scène internationale autour de la question de l’accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) pour le traitement du VIH/sida [Desclaux *et al.*, 2002 ; Moatti *et al.*, 2003 ; Msellati, Vidal, Moatti, 2001]. La mise en visibilité de cette problématique va progressivement être transposée à des pathologies moins médiatisées. C’est le cas de la plupart des pathologies aiguës auxquelles sont confrontées les populations des pays du Sud, dont le paludisme. Cette mise en visibilité s’étend également petit à petit aux maladies chroniques, telles que le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires ou encore des maladies génétiques spécifiques telles que la drépanocytose. Pour les pays du Sud dont les ressources des États et la solvabilité des individus sont limitées, le développement de l’industrie pharmaceutique dans « les Suds » qui produit des médicaments génériques peu coûteux et pour beaucoup, inscrits sur les listes nationales des médicaments essentiels, constitue un enjeu considérable d’un point de vue économique comme de santé publique.

Le bénéfice de l’accroissement de l’offre de médicaments provenant des Suds doit toutefois être pondéré. L’accès à des médicaments 3^e ligne pour la prise en charge des personnes séropositives ayant développé des résistances ou à des médicaments de maladies orphelines reste aujourd’hui parmi les enjeux forts. Il en va de même des modes de financements d’un accès économique et raisonné au médicament. En outre, dans le contexte concurrentiel fort de l’industrie du médicament, on observe depuis la fin des années 1970 une tendance au renforcement de la propriété intellectuelle sur les médicaments, dont l’apogée se situe en 1994 lors de la signature des accords ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce) de l’Organisation mondiale du commerce (OMC)¹⁴. Les pays signataires ont dû se conformer progressivement à cette nouvelle législation internationale [Cassier, 2004]. Le Brésil s’y est conformé en 1997, la Thaïlande en 1999 et l’Inde en 2005. Les pays les plus pauvres ont obtenu un délai jusqu’en 2015. Les accords ADPIC introduisent clairement, pour certains auteurs, un renforcement du pouvoir des multinationales pharmaceutiques d’origine occidentale sur les firmes des pays « émergents » [Pignarre, 2003 ; Guennif, Mfuka, 2003]. Alors qu’auparavant, la législation en vigueur dans ces pays favorisait la création d’industries qui pouvaient copier légalement les médicaments – il en a été question dans le cas de l’Inde – à partir des accords ADPIC la production locale de médicaments génériques y est considérablement limitée [Guennif, Mfuka, 2003 ; Flori, 2003].

14. Ces accords stipulent la protection d’un produit et de son procédé de fabrication pendant les vingt premières années de son existence, à compter de la date de dépôt du brevet.

Parallèlement à cette globalisation de l'industrie du médicament pharmaceutique participant à la diversification de l'offre locale se développe aussi une industrie de médicaments néo-traditionnels. Là encore, la pandémie du sida a joué un rôle important dans l'histoire de ces produits. À défaut de préconiser un accès aux ARV dans les pays des Suds, certaines recommandations internationales, en particulier de l'ONUSIDA, vont pendant cinq ans insister sur les bienfaits potentiels des médecines traditionnelles dans la prévention, la prise en charge des infections opportunistes et les soins de confort. Après 2001, le déséquilibre entre forte prévalence et inaccessibilité des ARV et entre Nord et Sud apparaît inacceptable pour beaucoup et mobilise aussi bien les associations de personnes vivant avec le VIH que des médecins, des politiques, des chercheurs et des ONG. Cette maladie constitue dès lors une tribune pour les promoteurs des médicaments néo-traditionnels qui perçoivent rapidement les enjeux de la médiatisation du sida [Dozon, 1995 ; Fassin, 2006 ; Hardon *et al.*, 2008].

Pour autant, comme dans le cas des médicaments pharmaceutiques, l'Afrique reste à cet égard un peu en retrait de l'industrialisation des médicaments néo-traditionnels. À partir des années 1990, de nombreux travaux en anthropologie attestent de la présence des médicaments néo-traditionnels en différents pays d'Afrique [Akoto *et al.*, 2002 ; Barges, 1996 ; Bourdarias, 1996 ; Egrot, Taverne, 2002 ; Fassin, 2006 ; Le Marcis, 2004 ; Simon, 2004 ; Xaba, 2002]. Quelques manufactures se développent, mais dans la majorité des cas la production reste encore réduite et souvent très artisanale, sauf à considérer quelques panacées, notamment en provenance d'Afrique du Sud : Sutherlandia ou de l'African Potato¹⁵. Cette livraison n'ayant pas pu accueillir de contributions sur les médicaments néo-traditionnels en Afrique, nous nous permettons ici la narration d'une histoire africaine qui montre qu'à défaut de faire l'objet d'une industrialisation, les médicaments néo-traditionnels sont tout au moins aujourd'hui pensés en termes marchands. Il s'agit d'une histoire tirée de l'ouvrage de L. Sidibe intitulé *Drobo II, l'homme qui avait vaincu le Sida*, et racontée par les guérisseurs béninois (connaissant ou non le livre, l'ayant lu ou pas) [Simon, 2004]. Le scénario est le suivant : Drobo, un *vodunon* (prêtre vodun) ghanéen trouve un remède au VIH/sida. Sa découverte est le point de départ de la guerre des laboratoires pharmaceutiques entre un Américain, un Français et un Chinois (dans les récits les plus détaillés). Mais les surenchères ne conviennent pas à cet homme sage qui veut que la communauté puisse profiter de la fabrication du produit : le laboratoire doit s'installer dans son village et il doit garder un pouvoir de décision dans les méthodes de fabrication. Des millions peuvent être distribués pour acheter une recette et déposer un brevet, mais de telles exigences bien trop humaines pour des laboratoires pharmaceutiques ne peuvent être acceptées ! L'un des laboratoires décide de prendre contact avec l'oncle du guérisseur afin qu'il se rende complice d'une entreprise

15. Des plantes à destination alimentaire tendent aussi à être manufacturées localement. On peut citer le roiboos (*Aspalathus linearis*). M. Leclercq évoque un marché international de niche en agriculture biologique et équitable [Leclercq, 2011].

de biopiraterie consistant à voler la recette à son neveu. L'entrevue entre l'oncle et le neveu tourne mal, le neveu meurt mais emporte sa recette avec lui et l'oncle perd la tête. Cette histoire se présente comme un conte moral, qui permet d'affirmer la possibilité pour les thérapeutes traditionnels de transformer un ordre mondial qui leur est défavorable à travers la découverte d'un traitement efficace contre le VIH/sida. Mais surtout, on comprend que la *materia medica* est désormais pensée comme une marchandise pouvant être industrialisée localement et commercialisée à large échelle. En Tanzanie, S. Langwick montre d'ailleurs combien un consensus – en partie construit sur l'expérience de la Chine – existe autour de l'idée selon laquelle la Tanzanie pourrait trouver sa place dans le marché global *via* une médecine traditionnelle marchandisée [Langwick, 2010].

Si les initiatives d'industrialisation des médicaments néo-traditionnels en Afrique sont encore balbutiantes, la littérature montre que la situation est sensiblement différente en Asie. Les linéaments de l'industrialisation des *jamu* ou de l'*âyurveda* par exemple remontent à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle [Afdhal F., Welsch R., 1988 ; Bode, 2002] avec une marchandisation de ces derniers qui semble se développer en Inde surtout, à partir des années 1980. Au-delà même du marché de la *materia medica*, L. Pordié évoque dans un article récent le fait que certains acteurs de l'*âyurveda* plaident aujourd'hui pour la mise en place d'une marque « Inde » qui concernerait différentes pratiques indiennes (yoga, *âyurveda*, médecine *siddha*, naturothérapie, etc.) afin de dynamiser l'industrie du tourisme autour de celle-ci [Pordié, 2011]. En Chine, la médecine chinoise entretient des relations avec la médecine occidentale depuis le XVII^e siècle et a connu des changements successifs au contact de cette dernière. Mais l'émergence des traitements néo-traditionnels doit être rapportée au régime maoïste, dans lequel il s'agissait de produire une alternative critique au modèle hégémonique biomédical. La forme standardisée de la médecine chinoise autrement appelée « médecine chinoise traditionnelle » (MCT) est promue par le gouvernement chinois à partir des années 1950. Mais, c'est finalement Deng Xiaoping et les réformes économiques du pays (avec dès lors un développement chinois néo-libéral et le développement d'entrepreneuriat chinois) qui a véritablement donné corps aux « médecines chinoises propriétaires » [Hsu, 2009]. Cette inscription dans la logique du marché va ensuite être renforcée avec l'entrée du pays dans l'OMC au tout début des années 2000. La Chine intègre la concurrence internationale dans l'industrie du médicament, ce qui se traduit par une restructuration rapide du marché des génériques chinois. Selon E. Micollier, les MCT s'offrent alors en marché de niche pour les industries chinoises du médicament qui cherchent désormais à conquérir le marché du médicament des pays occidentaux *via* l'obtention d'autorisation de mise sur le marché (AMM) spécifiques aux médicaments phytothérapeutiques telles que les AMM allégées en France [Micollier, 2011].

Le tableau ne serait pas « complet » si nous ne disions un mot des médicaments provenant de l'industrie des médecines alternatives. Selon C. Moretti et C. Aubertin, différentes petites et moyennes entreprises occidentales en industrie agroalimentaire ou compléments alimentaires utilisent aujourd'hui de la *materia medica* issue des

Suds. Sont évoqués pour l'Amérique latine : le *muirapuama* (aphrodisiaque brésilien), l'*assay* ou encore le *guarana*, deux plantes amazoniennes utilisées comme « fortifiants » ou « toniques » [Moretti, Aubertin, 2007]. Pourraient être cités pour l'Asie le ginseng ou encore le *ginkgobiloba*, pour l'Afrique la spiruline. Selon ces mêmes auteurs, les années 1990 sont une décennie importante durant laquelle les dépôts de brevet concernant les préparations médicinales auraient doublé. En outre, il apparaît que c'est avec le développement d'un marché globalisé du médicament que des antennes de l'industrie du secteur des médecines alternatives au sens large¹⁶ commencent véritablement à s'installer dans les pays des Suds (Giglio-Jacquemot [2011], pour l'homéopathie). L'absence de politique locale de régulation de ces produits va favoriser l'élargissement de leur marché (voir Simon [2008] sur le commerce pyramidal des compléments alimentaires).

Néanmoins, une discipline comme l'homéopathie est, par exemple, exportée dans les Suds depuis la moitié du XIX^e siècle [Arnold, Sarkar, 2002 ; Giglio-Jacquemot, 2011]. Les liens tissés entre médecines alternatives et pays des Suds ne sont pas nouveaux. Les contempteurs de la biomédecine et de ses objets ont inclus depuis de nombreuses années déjà les acteurs des thérapeutiques traditionnelles et les savoirs populaires dans leurs discours critiques. On peut citer, par exemple, H. Paasche (1881-1920), personnalité allemande promoteur du végétarisme, contre la vaccination, qui faisait formuler à un personnage inventé d'explorateur envoyé par un roi africain en Allemagne sa propre critique de la vie urbaine, de la cigarette, de l'alcoolisme, etc. [Bruchhausen, Roelike, 2002]. Sans exagérer l'incidence de la conférence d'Alma Ata (déjà mentionnée à plusieurs reprises dans ce texte) sur les systèmes de soins, il est intéressant de souligner le rôle qu'ont pu jouer les projets de promotions des médecines traditionnelles des années 1980 sur le renforcement des liens entre les médecines traditionnelles et les médecines alternatives. L'état de santé que l'on entendait atteindre à l'issue de la conférence d'Alma Ata était défini par l'OMS comme un état de « bien-être complet physique, mental et social » [OMS, 1978]. Un état de « santé parfaite » [Hours, 2004] qui ne pourrait être obtenu par le seul recours à la pratique réductionniste et mécaniste de la biomédecine et nécessiterait de recourir aux thérapeutiques traditionnelles supposées ontologiquement holistiques. Ainsi, la conférence d'Alma Ata s'inscrit dans un moment de l'histoire de la biomédecine marqué par le courant de la *sociological medicine* ou *social medicine* qui prospère dans les années 1970. Dans cette conception, la médecine, après avoir été nourrie de l'apport des sciences physiques, chimiques, biologiques, etc. accéderait un niveau de progrès supérieur en se nourrissant de l'apport des sciences humaines et sociales. À la même époque, ce sont des arguments identiques qui animent les praticiens des thérapeutiques alternatives dans leur approche critique de la biomédecine. L'idée de « santé parfaite », est portée à la fois (bien qu'en des termes

16. N. Gevitz distingue trois catégories : *drugging alternatives* (homéopathie), *natural healing* (hydrothérapie, naturothérapie, phytothérapie, etc.) et *manipulative medicine* (chiropraxie, ostéopathie, magnétisme, etc.) [1993, p. 627].

différents), par les acteurs de la biomédecine et par ceux des thérapeutiques alternatives. Ainsi, peu souvent décrit dans la littérature, il est notable qu'au Bénin des praticiens des thérapeutiques alternatives aient été impliqués, et cela depuis le début, dans les initiatives nationales de promotion des thérapeutiques traditionnelles. Ces connexions ont sans doute favorisé l'essor commun de leurs médicaments dans les années 2000. Les travaux portant sur les liens entre les médicaments néo-traditionnels et les médicaments du secteur alternatifs sont encore embryonnaires et leur développement permettrait de documenter davantage cette tendance à la diversification locale de l'offre médicamenteuse avec des réseaux de circulation complexes (Nord/Sud, Sud/Sud ou encore Sud/Nord).

Les contributions au fil des pages

La mondialisation se traduit par un mouvement de déterritorialisation/reterritorialisation – certains parlent de glocalisation [Robertson, 1995] – qui finalement, ne peut être observé qu'à partir du niveau le plus local. On comprend alors aisément la déclaration de J.-P. Warnier : « les ethnologues sont les témoins privilégiés de la mondialisation » [Warnier, 2004, p. 76]¹⁷. Aussi, avons-nous choisi d'ouvrir ce numéro sur la contribution de Claudie Haxaire, qui propose une anthropologie classique « hyperlocalisée » qui n'a pas besoin de se doter de nouveaux outils pour penser la mondialisation. Son texte permet de décrire l'emprise relative de la mondialisation sur les manières de penser et de faire, rappelant finalement que celle-ci touche plus ou moins fortement les différents groupes sociaux [Hannerz, 1996]. L'auteur analyse avec finesse la manière dont les génériques utilisés contre le paludisme vendus par les ambulants, prescrits dans les dispensaires ou encore par les « chinois » trouvent tous leur place dans le marché local du médicament sans bousculer les représentations *Gouro* de l'ensemble maladie *djékwasô*.

Les trois contributions suivantes permettent d'éclairer les circuits mondialisés du médicament, qu'il soit pharmaceutique (Carine Baxerres), néo-traditionnel chinois (Évelyne Micollier) ou qu'il s'agisse d'une ressource tibétaine mobilisée dans le commerce mondial des médecines alternatives (Aline Mercan). À l'approche ethnographique classique de Claudie Haxaire vient répondre l'approche multi-située [Marcus, 2010] du médicament générique développée par Carine Baxerres. Comme cela a été évoqué plus haut, l'auteure montre alors que les circulations Sud/Sud observées entre pays d'Asie et pays d'Afrique et également entre pays anglophones et francophones d'Afrique de l'Ouest présentent des modalités variables qui dépendent des liens historiques et économiques développés entre les pays des Suds mais aussi avec les anciennes colonies, et de la législation qui prévaut dans chacun d'entre eux en matière d'importation et de distribution pharmaceutiques. Au-delà de ces différences entre pays, c'est bien le caractère marchand du

17. Goguenard, il continuait plus loin « Il serait indispensable de placer un ethnologue dans chaque village et dans chaque quartier urbain, soit plusieurs centaines de milliers sur l'ensemble de la planète. Ce serait utopique et sans doute néfaste. » p. 94.

médicament qui stimule ces multiples réseaux pharmaceutiques, qu'ils soient formels ou informels, et met en lien les producteurs asiatiques avec les distributeurs d'Afrique. Malgré les divergences existant entre les législations nationales, une homogénéisation des pratiques de distribution et des types de produits disponibles s'opère de fait entre les pays d'Afrique de l'Ouest.

Dans son article, Évelyne Micollier poursuit son analyse des modalités d'appropriation et de négociation de l'*evidence-based medicine* (EBM) par la médecine chinoise en l'articulant à la question de l'exportation des médecines traditionnelles chinoises [Micollier, 2011]. Elle inscrit sa réflexion dans la lignée des travaux de Taylor [2004] ou Scheid [2007], qui ont montré que la standardisation de la médecine chinoise est un ressort de leur exportation à l'étranger. Marchandise technoscientifique, les médicaments chinois sont confrontés à l'imposition de la standardisation des pratiques de la recherche dans le domaine du médicament et de l'administration de la preuve par la méthode EBM. Elle fait ainsi l'hypothèse que les trajectoires mondiales différenciées de deux médicaments chinois (l'un dont l'exportation est un succès et l'autre, un échec) s'expliqueraient par leurs modes différenciés de recherche et développement (R&D) et d'appropriation de la méthode EBM par les chercheurs chinois.

Toutefois, la recherche clinique visant à tester des traitements issus des thérapeutiques traditionnelles est encore relativement récente. Elle n'a fait encore que très peu l'objet de publications dans des revues scientifiques. Par contre, impulsés par les recommandations de l'OMS en direction des médecines traditionnelles et par le développement d'une nouvelle discipline : l'ethnopharmacologie, les travaux en pharmacologie portant sur les plantes médicinales sont pléthoriques. La contribution d'Aline Mercan est en partie construite sur l'analyse de cette littérature pharmacologique qui vient légitimer l'utilisation du cordyceps dans le cadre des médecines alternatives européennes. À cette démarche bibliographique, elle associe une ethnographie multi-située (France, USA, Hong-Kong, Chine) et déterritorialisée (ethnographie des sites web et productions médiatiques) du succès international du cordyceps surnommé « l'or mou » du Tibet. Elle décrit un cordyceps standardisé et décontextualisé, façonné par les *mediascape* au sens d'Appadurai et les attentes supposées des publics cosmopolites de consommateurs des médecines alternatives. Enfin, ce texte s'inscrit dans une démarche critique qui vise à documenter les impasses, les dérives et les excès de la mondialisation. Il décrit notamment, comment l'enjeu économique fort conduit dans le pays d'origine à des violences, à la détérioration des paysages et à la raréfaction des ressources résultant de la surexploitation.

Dans le contexte concurrentiel global décrit plus haut, la législation internationale de la propriété intellectuelle abordée dans les deux contributions suivantes (Maurice Cassier et Marilena Correa pour le médicament générique brésilien ; Jean-Paul Gaudillière et Laurent Pordié pour le médicament néo-traditionnel indien) est une question centrale au cœur des problématiques d'accessibilité des traitements. Selon les tenants de la logique des brevets, l'industrie du médicament

serait une industrie de l'innovation et non de la production, et le brevet jouerait un rôle fondamental permettant le financement des coûts importants de la R&D. Mais certains analystes mettent en avant le fait que le brevet est avant tout une question de survie pour les grandes firmes multinationales qui doivent faire face aux génériqueurs qui produisent à moindre coût [Pignarre, 2003]. Ainsi, des chercheurs remettent en cause le renforcement de la logique du brevet qui s'oppose au bien commun. L'histoire de l'industrie pharmaceutique a d'ailleurs montré qu'elle s'est tenue longtemps en dehors du domaine des brevets, mettant en évidence que ces derniers n'ont pas toujours été indispensables pour soutenir l'innovation [Baverey-Massat-Bourrat, 2004]. D'autre part, les coûts en R&D avancés par les grands groupes relèveraient surtout de dépenses marketing réalisées durant les essais de phase IV, au moment de la mise sur le marché [Orsi, 2009]. Dans la mesure de leurs possibilités, certains pays cherchent ainsi à contrecarrer les accords ADPIC. Le Brésil vote en 1997 une loi interdisant la protection par un brevet de tout médicament mis sur le marché brésilien avant cette même année. Cette loi permet la production locale de huit des onze médicaments ARV disponibles dans la lutte contre le VIH/sida au début des années 2000 à l'échelle de la planète, avec une baisse moyenne de prix de 79 %. Elle entraîne ainsi une stabilisation de l'épidémie de sida au Brésil et une diminution de la mortalité de moitié [Pignarre, 2003]. L'Inde choisit également d'imposer un contrôle des prix sur les médicaments vendus par les entreprises multinationales [Guennif, Mfuka, 2003]. De plus, l'*evergreening*, procédé utilisé par les compagnies pharmaceutiques pour breveter de légères modifications concernant un médicament (conditionnement, changement mineur de molécule) et qui permet d'étendre la durée de vie d'un brevet, ne peut faire dans ce pays l'objet d'un brevet [Galbraith, 2011]. Nous verrons à travers la contribution de Maurice Cassier et Marilena Correa un exemple de stratégie de contournement que l'État et les firmes des pays « émergents » peuvent mettre en place dans un contexte de renforcement de la législation internationale des brevets sur le médicament.

La question du dépôt de brevet dans le cas des plantes médicinales s'est déclinée, à la fin des années 1990, surtout sous l'angle de la biopiraterie déjà évoquée plus haut. Celle-ci « inclut la bioprospection, les brevets sur le vivant (gènes et molécules) et la commercialisation des connaissances culturelles » [Aubertin, Moretti, 2007, p. 91]. De ce point de vue, l'Amérique latine est présentée comme pionnière, du fait de l'inscription de la dénonciation de biopiraterie dans un mouvement plus large de défense des droits des peuples autochtones. Aussi, comme l'écrit J. Laplante : « Un discours très défensif concernant le rapt des ressources naturelles par les pays du Nord, et par conséquent par l'industrie du développement et par celle des multinationales pharmaceutiques, persiste dans les mouvements de contestations au Brésil. De l'ancienne « chasse aux gènes indigènes », la nouvelle biopiraterie serait passée aujourd'hui à la chasse aux ressources naturelles de l'Amazonie » [Laplante, 2004, p. 128]. En même temps, le cas indien du *neem* présenté dans la contribution de Jean-Paul Gaudillière et Laurent Pordié s'impose en cas exemplaire de dénonciation réussie de la

biopiraterie. Ces auteurs montrent comment cette affaire a conduit l'État indien à mettre en question le système des brevets et a contribué à l'élaboration d'autres modes de construction de la propriété aujourd'hui au cœur des initiatives de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) en direction des savoirs traditionnels. En décrivant la façon dont l'Inde contribue de manière concrète à l'élaboration de principes internationaux, ces auteurs portent un regard sur la mondialisation qui permet de dépasser l'approche critique de l'imposition impérialiste d'une norme occidentale et de décrire les lieux dans lesquels émergent des contributions originales à un monde désormais pensé comme commun.

C'est dans une perspective identique que ces auteurs abordent les questions de standardisation des pratiques de recherche dans le cadre de la production des médicaments néo-traditionnels indiens. Certes, les standards scientifiques ont été élaborés en occident et les rapports de force sont à ce sujet inégaux. Les différents lieux de construction des savoirs contemporains ne peuvent ignorer les modes de production de savoir tel qu'ils sont/étaient promus par l'Occident. Mais il convient désormais de porter un regard sur les fondements épistémologiques des savoirs locaux qui émergent dans d'autres espaces sociaux en formulant la question suivante : en quoi contribuent-ils – ou non – à l'écriture d'une science universelle ? L'idée d'universalité déployée ici se rapproche de celle « d'universalité synchronique » de J. Lévy, caractérisée par le fait qu'elle « suppose une interaction des différents éléments et une interdépendance des situations, au-delà de leurs spécificités, ou plus exactement avec elles » [2013, p. 290].

À l'heure où l'Unesco [2013] vient de faire paraître un premier rapport portant sur les médecines traditionnelles et leurs implications éthiques, il serait intéressant d'étendre au domaine de l'éthique la réflexion concernant l'articulation entre mondialisation et universalisme. Un inventaire réalisé à la fin des années 2000 en Afrique montrait que les questions éthiques posées aux médecines traditionnelles étaient encore émergentes. Certains chercheurs locaux, notamment parmi les éthiciens, se sont récemment emparés de la question suivante : faut-il expérimenter ces médecines ? Faut-il les soumettre à la médecine par les preuves ? La plupart d'entre eux en font un plaidoyer [Nyika, 2007] ; certains au contraire s'y opposent, y voyant une entreprise impérialiste [Tangwa, 2007]. Les débats suscités par ces publications visent essentiellement à départager les partisans et les adversaires de l'expérimentation. Ils se contentent au mieux de porter un regard critique sur la relativité des principes élaborés en Occident et n'enrichissent pas une éthique universelle en prise avec les spécificités locales.

Portant un regard sur la bioéthique dans le secteur de l'expérimentation en biomédecine, la contribution de Mathilde Couderc permet de penser l'éthique et l'universalité de ses principes à l'épreuve des contextes d'inscriptions. Les participants aux trois essais cliniques sénégalais ethnographiés ne s'inscrivent pas dans un projet global. Par contre, les dispositifs auxquels ils sont confrontés font que leur expérience quotidienne est traversée par des logiques globales. Dans une approche empirique et située propre à l'anthropologie, Mathilde Couderc vient

questionner le caractère normatif de l'idée d'« illusion thérapeutique » développée par la bioéthique. L'auteure montre que ce principe qui se développe en marge de la notion de consentement éclairé est en décalage avec les manières dont sont vécus localement les essais cliniques, notamment au regard de la vulnérabilité des populations concernées et de l'offre locale de soin en dehors des essais. Aussi, au regard des deux dernières contributions évoquées (aux attendus pourtant fort divers), on peut avec D. Cefai emboîter le pas d'I. Joseph¹⁸ et avancer que le projet de l'anthropologie dans le temps de la mondialisation se définirait comme suit : « L'ethnologue serait là pour "enrichir le nuancier des expériences morales, plutôt que pour s'imposer une distanciation *a priori*" ou désigner des ennemis et engager une guerre » [Cefai, 2010, p. 293].

Cette introduction s'ouvrirait sur l'évocation d'un programme de recherche dirigé par Alice Desclaux. Elle se termine sur une contribution de cette auteure interrogeant les nouvelles recommandations internationales en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, passant des stratégies comportementales à la prophylaxie médicamenteuse par ARV. Quand l'anthropologie du médicament décrit comment celui-ci peut être vecteur d'individualisation et de renforcement de l'autonomie, une sociologie critique dénonce, dans ces nouvelles recommandations sanitaires, une nouvelle forme de biopolitique. L'auteure, sans radicalisation du propos, sans regard surplombant, dans une approche empirique qui est aussi celle de ce numéro, décrit comment individualisation, vulnérabilité, singularité de la maladie, rapports inégalitaires sociaux hommes/femmes et médicaments se répondent dans une forme de *statu quo* social que ne permet pas l'allaitement. Il s'agit donc non pas de fermer la boucle, mais peut-être d'en ouvrir une seconde en interrogeant, en conclusion de ce numéro les rapports entretenus entre sujet, individualisation et mondialisation ; questionnement qui selon Wieworka « constitue à l'évidence un élément fort de reconstitution de grands paradigmes » pour les sciences sociales globalisées [Wieworka, 2013].

Bibliographie

- ABELES M. [2008], *Anthropologie de la globalisation*, Paris, Payot, 280 p.
- ACKERKNECHT E.H. [1946], "Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine", *Bulletin of the History of Medicine*, n° 19, p. 467-497.
- AFDHAL A.F., WELSCH R.L. [1988], "The Rise of the Modern Jamu Industry in Indonesia: A Preliminary Overview", in VAN DER GEEST S., WHYTE R.S. (ed.), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, p. 149-172.
- AKOTO E.-M., SONGUE P.-B., LAMLENN S., KEMAJU J.-P.-W., GRUENAIIS M.-É. [2001], « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », in

18. Discutant de l'engagement des sciences sociales et de son rapport à la vie publique au temps de la mondialisation, D. Cefai renvoie dans cette portion de texte à une citation d'I. Joseph [2007].

- GRUENAI M.-E., « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *Le bulletin de l'APAD* [En ligne], n° 21 : <http://apad.revues.org/document101.html>, mis en ligne le 24 mars 2006 (page consultée le 11 avril 2013).
- AKRICH M. [1995], « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et culture*, n° 25-26, p. 129-157.
- AKRICH M., DODIER N. [1995], « Présentations », *Techniques et cultures*, n° 25-26, p. i-xi.
- APPADURAI A. (ed.) [1986], *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 329 p.
- APPADURAI A. [2005], *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, 1^{re} édition en 1996, Paris, Payot, 326 p.
- ARNOLD D., SARKAR S. [2002], "In Search of Rational Remedies. Homoeopathy in Nineteenth Century Bengal", in WALTRAUD E. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, Londres, Routledge, p. 40-57.
- ASSOGBA L.N.M. [1985], « Le Marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé », *Études et travaux n° 5*, APEL, université du Bénin, unité de Recherche démographiques, 19 p. + annexes.
- AUBERTIN C., MORETTI C. [2007], « La biopiraterie, entre illégalité et illégitimité », in AUBERTIN C., PINTON F., BOISVERT V. (dir.), *Les Marchés de la biodiversité*, IRD Éditions, Paris, p. 91-135.
- AUGÉ M. [1986], « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, vol. 26, n° 1-2, p. 81-90.
- AUGÉ M., HERZLICH C. (dir.) [1984], *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 278 p.
- BANERJEE M. [2002], "Power, Culture and Medicine: Ayurvedic Pharmaceuticals in the Modern Market", *Contributions of Indian Sociology*, vol. 36, n° 3, p. 435-467.
- BARGES A. [1996], « Entre conformisme et changements : le monde de la lèpre au Mali », in BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, p. 281-314.
- BARRAL E. [1988], « Le marché du médicament entre l'offre et la demande », *Prospective et Santé*, n° 47-48, p. 175-178.
- BAVEREY-MASSAT-BOURRAT S. [2004], « De la copie au nouveau médicament. Le laboratoire de Chimiothérapeutique et Rhône-Poulenc : un réseau alternatif d'innovation », *Entreprise et histoire*, vol. 2, n° 36, p. 48-63.
- BAXERRES C. [2011], « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, n° 123, p. 117-136.
- BAXERRES C. [2012], « Les usages du médicament au Bénin : quand le contexte local et global s'associent pour favoriser une importante consommation pharmaceutique », *Revue internationale sur le médicament*, vol. 4, n° 1, p. 14-38.
- 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*, vol. 73, n° 8, p. 1249-1256.
- BLED SOE C.H., GOUBAUD M.F. [1988], "The Reinterpretation and Distribution of Western Pharmaceuticals: An Example from Mende of Sierra Leone", in VAN DER GEEST S., WHYTE R.S. (ed.), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, p. 253-276.
- DOZON J.-P. [1995], « Médecine traditionnelle et sida », in DOZON J.-P., VIDAL L. (dir.), *Sciences sociales face au sida : cas africain autour de l'exemple ivoirien*, Paris, Orstom, p. 187-195.

- BODE M. [2002], "Indian Indigenous Pharmaceuticals, Tradition, Modernity and Nature", in WALTRAUD E. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London/New York, Routledge, p. 184-203.
- ERNST BODE M. [2006], "Taking Traditional Knowledge to the Market: The Commoditization of Indian Medicine", *Anthropology and Medicine*, vol. 13, n° 3, p. 225-236.
- BONAH C., MASSAT-BOURRAT S. [2005], « Les "agents thérapeutiques". Paradoxes et ambiguïtés d'une histoire des remèdes aux XIX^e et XX^e siècles », in BONAH C., RASMUSSEN A. (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Éditions Glyphe, p. 23-64.
- BONAH C., RASMUSSEN A. [2005], « Pour une nouvelle histoire des médicaments en France aux XIX^e et XX^e siècles », in BONAH C., RASMUSSEN A. (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Éditions Glyphe, p. 9-21.
- BONNET D. [1985], « Notes de recherche sur la notion de "corps chaud" chez les Mosse du Burkina », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3-4, p. 183-187.
- 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*, vol. 29, n° 1, p. 1-16.
- BOURDARIAS F. [1996], « Bamako : les guérisseurs du bout du goudron », *Journal du Sida*, numéro spécial Afrique, n° 86-87, p. 49-52.
- BRUCHHAUSEN W., ROELIKE V. [2002], "Categorising 'African Medicine'. The German Discourse on East Healing Practices, 1885-1918", in ERNST W. (ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London/New York, Routledge, p. 76-94.
- CAILLÉ A. [2002], « Présentation », in CAILLÉ A. (dir.), « Quelle "autre mondialisation" ? », *Revue du MAUSS*, n° 20, p. 5-21.
- CASSIER M. [2004], « Brevets pharmaceutiques et santé publique en France : opposition et dispositifs spécifiques d'appropriation des médicaments entre 1791 et 2004 », *Entreprises et histoire*, n° 36, p. 29-47.
- CEFAÏ D. [2012], *L'Engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 637 p.
- CERQUI D. [2006], « Introduction », in CERQUI D. (dir.), « Quel(s) Défi(s) pour les sciences sociales à l'heure de la mondialisation ? Mélanges offerts à Gérard Berthoud », *Revue européenne des sciences sociales*, vol. 44, n° 134, p. 7-17.
- CHAUVEAU S. [2004], « Éditorial », in CHAUVEAU S. (dir.), « Produits de santé, agents thérapeutiques et démocratie sanitaire », *Entreprise et histoire*, vol. 36, n° 2, p. 5-11.
- COLLIN J. [2006], « Une épistémologie médicale en changement. Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances », in COLLIN J., OTERO M., MONNAIS L. (dir.), *Le Médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 129-151.
- DAGOGNET, F. [1964], *La Raison et les remèdes*, Paris, Presses universitaires de France, 347 p.
- DESCLAUX A. [1999], « Les perceptions populaires des diarrhées infantiles : diversité et invariants », *Archives de pédiatrie*, vol. 5, p. 183-189.
- DESCLAUX A. [2001], « L'observance en Afrique : question de culture ou "vieux problème" de santé publique ? », in BESSETTE D., BUNGENER M., COSTAGLIOLA D., FLORI Y.-A., MATHERON S., MORIN M., SETBON M., SOUTEYRAND Y. (dir.), *L'Observance aux traitements VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*, Paris, Éditions ANRS, p. 57-66.
- DESCLAUX A., LEVY J.-J. [2003], « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 5-21.

- DESCLAUX A., LANIECE I., NDOYE I., TAVERNE B. (dir.) [2002], *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, Éditions ANRS, 260 p.
- DIMITROVA A. [2005], « Le "jeu" entre le local et le global : dualité et dialectique de la globalisation », *Socio-anthropologie, ville-monde* [En ligne], n° 16 : <http://socio-anthropologie.revues.org/index440.html>, mis en ligne le 24 novembre 2006 (page consultée le 11 avril 2013).
- DUFOIX S. [2013], « Les naissances académiques du global », in CAILLÉ A., DUFOIX S. (dir.), *Le Tournant Global des sciences sociales*, Paris, La Découverte, p. 31-43.
- EGROT M., TAVERNE B. [2002], « La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal », in DESCLAUX A., LANIECE I., NDOYE I., TAVERNE B. (dir.), *L'Accès aux traitements du VIH/sida au Sénégal*, Paris, Éditions ANRS, p. 221-231.
- ETKIN N.L., TAN M.L. (ed.) [1994], *Medicines : Meanings and Contexts*, Quezon City, Health Action International Network, 305 p.
- EVANS-PRITCHARD E.E. [1972], *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard, 642 p. (traduction par L. EVRARD de l'ouvrage de 1937, *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford, Clarendon Press, 558 p.).
- FABREGA H. [1977], "The Scope of Ethnomedical Science", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, n° 2, p. 201-228.
- FAINZANG S. [1985], « La "maison du blanc" : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3-4, p. 106-128.
- FAINZANG S. [1986], « L'Intérieur des choses », *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan, 204 p.
- FALQUET J., HIRATA H., LAUTIER B. [2006], « Les nouveaux paradoxes de la mondialisation », *Cahiers du genre*, n° 40, p. 5-14.
- FASSIN D. [2006], *Quand les corps se souviennent : expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 440 p.
- FASSIN D. [1986], « La vente illicite de médicaments au Sénégal », *Politique africaine*, n° 23, p. 123-130.
- FAURE O. [2005], « Les pharmaciens et le médicament en France au XIX^e siècle », in BONAH C., RASMUSSEN A. (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Éditions Glyphe, p. 65-85.
- FLORI Y.-A. [2003], « La lutte contre le sida dans les pays en développement entre santé publique et logique industrielle », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 1, p. 99-102.
- GALBRAITH M. [2011], « L'organisation mondiale du commerce et l'organisation mondiale de la santé : le rapprochement du commerce et de la santé », in KEROUEDAN D. (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 319-328.
- GALLISSOT R., TAMBA S. [1988], « Quelques observations sur le développementalisme », in COQUERY-VIDROVITCH C., HEMERY D., PIEL J. (dir.), *Pour une histoire du développement : État, sociétés et développement*, Paris, L'Harmattan, p. 278-280.
- VAN DER GEEST S. [1982], "The Illegal Distribution of Western Medicines in Developing Countries: Pharmacists, Drug pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration", *Medical Anthropology*, vol. 6, n° 4, p. 197-219.
- VAN DER GEEST S. [1987], "Self-Care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon", *Social Science and Medicine*, vol. 25, n° 3, p. 293-305.

- VAN DER GEEST S., WHYTE R.S. (ed.) [1988], *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 393 p.
- VAN DER GEEST S., WHYTE R.S. [2003], « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 97-117.
- GEVITZ N. [1993], “Unorthodox Medical Theories”, in BYNUM W.-F., PORTER R. (ed.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 1, p. 603-633.
- GIGLIO-JACQUEMOT A. [2011], « Unicistes versus pluralistes : l’homéopathie brésilienne à l’ère de la globalisation », *Anthropologie et santé, médecines, mobilités et globalisation* [En ligne], n° 3 : <http://anthropologiesante.revues.org/767>, mis en ligne le 28 novembre 2011 (page consultée le 11 avril 2013).
- GUENNIF S., MFUKA C. [2003], « La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 1, p. 75-98.
- HANNERZ U. [1996], *Transnational Connections: Culture, People, Place*, London, Routledge, 216 p.
- HARDON A., DESCLAUX A., EGROT M., SIMON E., MICOLLIER E., KYAKUWA M. [2008], “Alternative Medicines for AIDS in Resource-Poor Settings: Insights from Exploratory Anthropological Studies in Asia and Africa”, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, vol. 4, n° 16, p. 1-6.
- HURAY B. [2006], *L’Europe du médicament. Politique – Expertise-Intérêts privés*, Paris, Presses de SciencesPo, 368 p.
- HAXAIRE C. [2003], « “Toupaille”, kits MST et remèdes du “mal d’enfants” chez les Gouro de Zuénoula (Côte-d’Ivoire) », *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 77-95.
- HOURS B. [1992], « La santé publique entre soins de santé primaires et management », in GRUENAI S. M.-E., DOZON J.-P. (dir.), « Anthropologies et santé publique », *Cahiers des sciences humaines*, vol. 28, n° 1, p. 123-140.
- HOURS B. [2004], « Trois objet-étapes de la globalisation de la norme de santé », in VIDAL L., « Les objets de la santé », *Autrepart*, n° 29, p. 135-144.
- HOYEZ A.-C., SCHMITZ O. [2011], « Les voies indiennes de l’homéopathie. Diffusion et ajustements d’une médecine alternative européenne en Asie », *Transcontinentales* [En ligne], n° 5, document 6 : <http://transcontinentales.revues.org/724>, mis en ligne le 15 avril 2011 (page consultée le 8 avril).
- HSU E. [2009], “Chinese Proprietary Medicines: An ‘Alternative Modernity?’ The case of Anti-Malarial Substance Artemisinin in East Africa”, in STOLLBERG G., HSU E. (ed.), “Cross-Cultural Studies in Health and Illness”, *Medical Anthropology*, vol. 28, n° 2, p. 111-140.
- IRIN [s.d.], « Un laboratoire se lance dans la production locale d’ARV », *Nouvelles et analyses humanitaires*, Service des nouvelles et analyses humanitaires du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, s.l., s.p. : www.irinnews.org/fr/Report-French.aspx?ReportId=74743 (page consultée le 10 avril 2013).
- JAFFRÉ Y. [1999], « Pharmacie des villes, pharmacie “par terre” », in OLIVIER de SARDAN J.-P. [dir.], « Anthropologie de la santé », *Bulletin de l’APAD*, n° 17, p. 63-70.
- JOSEPH I. [2007], « Le ressort politique de l’assistance, le moralisme et l’expérience de l’induction morale (À propos de Simmel et de l’ethnographie des SDF) », in JOSEPH I., *L’Athlète moral et l’enquêteur modeste*, Paris, Economica, p. 413-436.

- KLEINMAN A. [1980], *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 427 p.
- LANGWICK S. [2010], "From Non-Aligned Medicines to Market-Based Herbs: China's Relationship to the Shifting Politics of Traditional Medicine in Tanzania", in MANDERSON L., "Cross-Cultural Studies in Health and Illness", *Medical Anthropology*, vol. 29, n° 1, p. 15-43.
- LAPLANTE J. [2004], « Pouvoir guérir : médecines autochtones et humanitaires », Québec, Les Presses de l'Université de Laval, 320 p.
- LAPLANTE J. [2007], « Savoirs, médicaments et contextes », *Revue internationale du médicament*, n° 1, p. 80-102.
- LECLERCQ M. [2011], « Itinéraire du Rooibos (thé rouge) en Afrique du sud. Comment les savoirs locaux sont devenus un enjeu global », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 5, n° 3, p. 533-550.
- LECLERC-MADAHALA S. [2002], "Traditional healers and the fight against HIV/aids in South Africa", in FAURE V. (ed.), "Bodies and Politics: Healing Rituals in Democratic South Africa", *Les Cahiers de l'IFAS*, n° 2, p. 61-73.
- LE MARCIS F. [2004], "The Suffering Body of the City", *Public Culture*, vol. 16, n° 3, p. 453-480.
- LEVI-STRAUSS C. [1958], « L'efficacité symbolique », in LEVI-STRAUSS C., *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, p. 205-226.
- LEVY J. [2013], « Un "nous" sans "eux" », in CAILLE A., DUFOIX S. (dir.), *Le Tournant global des sciences sociales*, Paris, La Découverte, 350 p.
- LOCK M., NGUYEN VINH-KIM [2010], *An Anthropology of Biomedicine*, Chichester, Wiley-Blackwell, 506 p.
- MARCUS G.E. [2010], « Ethnographie du/dans le système-monde. L'émergence d'une ethnographie multisituée », in CEFALI D. (dir.), *L'Engagement ethnographique*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 371-398.
- MICOLLIER E. [2011], « Un savoir thérapeutique hybride et mobile. Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en chine aujourd'hui », in PORDIÉ L. (dir.), « Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 5, n° 1, p. 41-70.
- MILLER D. [1995], « Consumption and Commodities », *Annual Review of Anthropology*, n° 24, p. 141-161.
- MIRZA V. [2002], « Une ethnologie de la mondialisation est-elle possible ? », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 26, n° 1, p. 159-175.
- MORETTI C., AUBERTIN C. [2007], « Stratégies des firmes pharmaceutiques : labiopropection en question », in AUBERTIN C., PINTON F., BOISVERT V. (dir.), *Les Marchés de la biodiversité*, IRD Éditions, Paris, p. 27-54.
- MOATTI J.-P., CORIAT B., SOUTEYRAND Y., BARNETT T., DUMOULIN J., FLORI Y.-A. (dir.) [2003], *Economics of Aids and Access to HIV/Aids Care in Developing Countries: Issues and Challenges*, Paris, Éditions ANRS, 484 p.
- MSELLATI P., VIDAL L., MOATTI J.-P. (dir.) [2001], *L'Accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire*, Paris, Éditions ANRS, 328 p.
- NICHTER M. [1994], "Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice", *Social Sciences and Medicine*, vol. 39, n° 11, p. 1509-1525.

- NICHTER M. [1996], "Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care-Medicine Use Transition", in NICHTER M., NICHTER M., *Anthropology and International Health, Asian Case Studies*, Amsterdam, Gordon & Breach, p. 265-326 (1^{re} édition publiée en 1989 par Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands).
- NYIKA A. [2007], "Ethical and regulatory issues surrounding african traditional medicine in the context of HIV/aids", *Developping World Bioethics*, vol. 7, n° 1, p. 25-34.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) [1978], *Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma Ata, 6-12 septembre, 87 p. : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf> (page consultée le 12 avril 2013).
- ORSI F. [2009], « Sida : le combat du libre dans le domaine pharmaceutique », *Terminal*, n° 102, p. 157-172.
- PIGNARRE P. [2003], *Le Grand Secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, 178 p.
- PORDIÉ L. [2005], « Émergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines », in PORDIÉ L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala, p. 225-267.
- PORDIÉ L. [2011], « Se démarquer dans l'industrie du bien-être. Transnationalisme, innovation et indianité », *Anthropologie et santé* [En ligne], n° 3 : <http://anthropologiesante.revues.org/805>, mis en ligne le 28 novembre 2011 (page consultée le 11 avril 2013).
- RIVERS W.H.R. [1924], *Medicine, Magic and Religion: The Fitzpatrick Lectures Delivered Before the Royal College of Physicians of London 1915 and 1916*, London, Kegan Paul, 147 p.
- ROBERTSON R. [1995], "Glocalisation: Time-Space and Homogeneity-Heterogeneity", in FEATHERSTONE M., LASH S., ROBERTSON R. (ed.) *Global Modernities*, London, SAGE Publication, p. 25-44.
- ROBINE A. [2008], *Transfert et acquisition de la technologie dans les pays émergents – L'exemple brésilien de l'accès aux médicaments contre le Sida*, université Paris I-Panthéon-Sorbonne, thèse pour le doctorat en droit, 498 p.
- RUFFAT M. [1996], *175 ans d'industrie pharmaceutique française. Histoire de synthélabo*, Paris, La Découverte, 270 p.
- SAKOYAN J., MUSSO S., MULOT S. [2011], « Quand la santé et les médecines circulent », in SAKOYAN J., MUSSO S., MULOT S. (dir.), « Médecines, mobilités et globalisation », *Anthropologie et santé* [En ligne], n° 3 : <http://anthropologiesante.revues.org/819> (page consultée le 11 avril 2013).
- SASSEN S. [1996], *La Ville globale : New York, Londres, Tokyo*, (traduction française de *The Global City, New York, London, Tokyo*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1991), Paris, Descartes & Compagnie, 530 p.
- SASSEN S. [2009], *La Globalisation. Une sociologie*, Paris, Gallimard, 341 p.
- SCHEID V. [2007], "Traditional Chinese medicine – What are we investigating? The case of menopause", *Complementary Therapies in Medicine*, March, vol. 15, n° 1, p. 54-68.
- SIMON E. [2004], *Les Initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, thèse de doctorat d'ethnologie, Montpellier, université Paul Valéry – Montpellier III, 393 p. + annexes.
- SIMON E. [2008], "Importation of Manufactured Herbals in West Africa: The Case of AIDS Treatments in Benin", *Revue internationale sur le médicament*, vol. 2, n° 1, p. 229-258.

- SIMON E., EGROT M. [2012], « Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 2, p. 67-91.
- SINDZINGRE N. [1983], « L'interprétation de l'infortune : un itinéraire Senufo », *Sciences sociales et santé*, n° 3-4, p. 7-36.
- TAN M.L. [1989], "Traditional or Transnational Medical Systems? Pharmacotherapy as a Case for Analysis", *Social Science and Medicine*, vol. 29, n° 3, p. 301-307.
- TAN M.L. [1999], *Good Medicine. Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Health, Culture and Society, 325 p.
- TANGWA G. [2007], "How to Compare Western Scientific Medicine with African Traditional Medicine", *DWB*, vol. 7, n°1, p. 41-44.
- TAYLOR K. [2004], *Divergent Interests and Cultivated Misunderstandings: The Influence of the West on Modern Chinese Medicine*, *Social History of Medicine*, vol. 17, n° 1, p. 93-111.
- TOURÉ L. [2005], « Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali », in PORDIÉ L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala, p. 269-286.
- TURNER V.W. [1972], *Les Tambours d'affliction : analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie* (traduction par M.C. Giraud de "The Drums of Affliction: A Study of Religious Processes Among the Ndembu of Zambia", Oxford, Oxford University Press), Paris, Gallimard, 368 p.
- UNESCO [2013], *Rapport du CIB sur les systèmes de la médecine traditionnelle et leurs implications éthiques*, SHS/EGC/IBC-19/12/3 Rev, 22 p. : <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002174/217457f.pdf> (page consultée le 11 avril 2013).
- URFALINO P. [2007], « Introduction », in URFALINO P. (dir.), « Médicaments et sociétés. Enjeux contemporains », *Annales Histoire, Sciences Sociales*, n° 2, p. 269-272.
- WARNIER J.-P. [2004], *La Mondialisation de la culture*, 1^{re} édition en 1999, Paris, La Découverte, 130 p.
- WHYTE R.S. [1992], "Pharmaceuticals as Folk Medicine: Transformations in the Social Relations of Health Care in Uganda", *Culture Medicine and Psychiatry*, n° 16, p. 163-186.
- WHYTE R.S., VAN DER GEEST S., HARDON A. [2002], *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 193 p.
- WIEVIORKA M. [2013], « Penser global et monter en généralité », in CAILLÉ A., DUFOIX S. (dir.), *Le Tournant global des sciences sociales*, Paris, La Découverte, p. 339-348.
- XABA T. [2002], "The Transformation of Indigenous Medical Practice in South Africa (1985 to 2000)", in FAURE V. (ed.), « Bodies and Politics, Perspectives on Healing in South Africa », *Cahiers de l'IFAS*, n° 2, p. 23-39.