

Intérêt de la perspective multi-niveaux en anthropologie du médicament

Sjaak Van der Geest

R
É
S
U
M
É

L'anthropologie médicale est un champs de recherche singulier : en effet, les médecines constituent un nœud de processus sociaux et culturels, incluant savoirs, symboles, croyances, politique, profit, relations de confiance et conflits. Dans ces processus, culture et société sont prises en flagrant délit et dévoilent leur vraie nature.

Mais l'anthropologie médicale est plus qu'une fascination universitaire ; elle répond aux préoccupations urgentes de l'inégalité déchirante dans les soins et les services médicaux. Les problèmes de santé et de souffrance sont couramment liés à l'utilisation, au non-usage et à l'abus de médicaments. Afin d'améliorer les conditions d'accès et l'utilisation des médicaments, nous avons besoin de comprendre les processus sous-jacents qui mènent à ces problèmes. Je vais vous présenter et discuter de la perspective multi-niveaux comme outil pour venir à bout de ces processus. Nous verrons que l'introduction récente de médicaments antirétroviraux chez des populations pauvres fournit un bon exemple de l'intérêt de cette approche.

Article paru dans *Curare, Journal of medical anthropology and transcultural psychiatry*, 34 (2011)1+2.

Traduction : Bernard Weniger

PERSPECTIVE MULTI-NIVEAUX

Il y a 20 ans, j'argumentais déjà pour une approche multi-niveaux dans la recherche en anthropologie médicale, en prenant comme exemple de l'utilité de cette approche les soins de santé primaires (Van der Geest *et al.*, 1990). Le concept de perspective multi-niveaux est fondé sur l'hypothèse que les développements aux divers niveaux de l'organisation sociale sont liés les uns aux autres, et que la nature de ces liens doit être étudiée afin de comprendre ce qui se passe à un niveau particulier. Le mot «niveau» fait référence plus particulièrement aux aspects internationaux, nationaux, régionaux et locaux de l'organisation sociale.

Ce que nous appelons «lien» est presque toujours une certaine forme de communication, transmise par une personne ou par un moyen matériel, et se déplaçant d'un niveau à un autre. L'information, dans son sens le plus large, est distribuée à travers les différents niveaux de la société par des personnes et des objets, notamment par des produits. L'hypothèse sous-jacente dans la perspective multi-niveaux, c'est que ce qui se déplace ne reste pas identique dans son déplacement. Les significations des concepts et objets, des mots et des institutions changent, quand ils passent d'un niveau à un autre. C'est pourquoi le souci principal pour ceux qui appliquent la perspective multi-niveaux est de révéler les

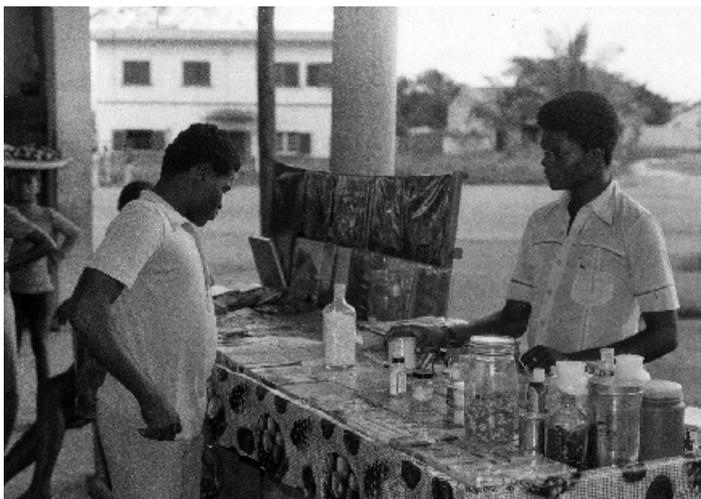
différentes significations des phénomènes portant le même nom à différents niveaux de l'organisation sociale (Van der Geest *et al.*, 1990 : 1026).

Cette perspective peut s'appliquer à tout sujet socialement pertinent dans le domaine médical, tout comme dans la société au sens large. L'idée principale est que culture et société sont des concepts dynamiques, multi-sites et polysémiques. «Multi-niveaux», «lien», «flux», «interface», «biographie», «cycle de vie» et «vie sociale» sont des synonymes pour exprimer le caractère continuellement changeant des objets de notre étude. En développant la perspective multi-niveaux, nous décrivons des liens verticaux, horizontaux et historiques. Dans cet article, je vais me concentrer sur les liens verticaux existant dans la pratique et la politique pharmaceutique.

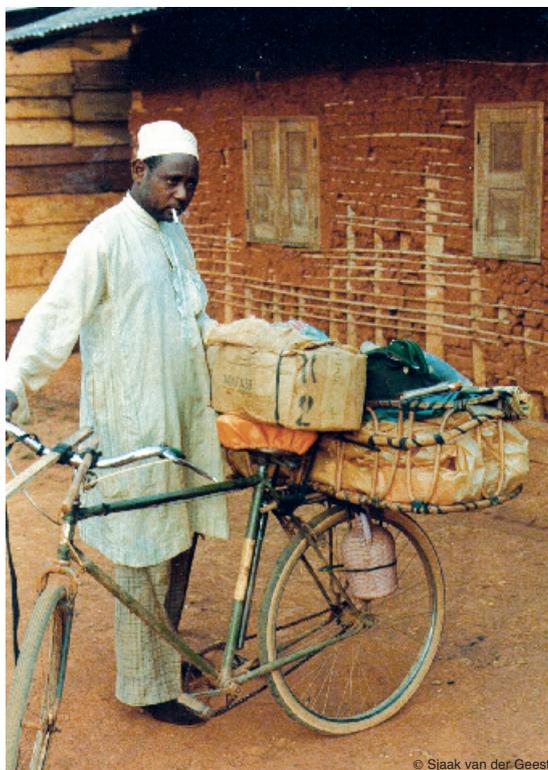
Contact

Medical Anthropology, University of Amsterdam
Oudezijds Achterburgwal 185
1012 DK Amsterdam - The Netherlands
www.sjaakvandergeest.nl

Correspondance : S.vanderGeest@uva.nl



© Sjaak van der Geest



© Sjaak van der Geest



© Sjaak van der Geest

Chaque étape de la vie du médicament est caractérisée par un contexte spécifique et des acteurs particuliers. La manière dont ils sont délivrés aux patients dépendent de la logique qui sous-tend l'organisation du système médical d'une société donnée : en haut à gauche, un détaillant au Cameroun, en bas, un colporteur de médicament et ci-dessus un étal sur un marché au Bénin

La perspective multi-niveaux nous aide à identifier ce qui se passe aux différents niveaux de la production, de la distribution et de l'usage du médicament, et fournit des explications sur les mouvements étranges qui les affectent. En s'intéressant à la manière dont les médicaments sont utilisés et perçus au niveau national et international, ainsi qu'au niveau des institutions de soins ou du cercle familial, il est possible de mettre en évidence des malentendus et des conflits qui aboutissent à des inégalités dans l'accès aux médicaments et à des politiques erratiques concernant ces même produits. L'application de la perspective multi-niveaux à la perception, la distribution et à l'usage des médicaments permet de se rendre compte qu'il s'agit d'un processus multi-niveaux dans lequel le pouvoir politique et commercial ainsi que les agences locales jouent un rôle proéminent, où les acteurs, aux différents niveaux, poursuivent leurs intérêts personnels, ou de groupe, et

orientent en conséquence la production, la distribution et la consommation de médicaments. Les antirétroviraux en fournissent un exemple particulièrement marquant.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

C'est dans un article sur la distribution illégale de médicaments dans les pays en développement que j'ai estimé, pour la première fois, que les produits pharmaceutiques méritaient une étude approfondie de type anthropologique (Van der Geest, 1988). Dans les années qui suivirent furent publiées deux collections d'articles d'anthropologie pharmaceutique qui décrivaient les produits pharmaceutiques comme des objets culturels avec des valeurs

sociale, commerciale et politique distinctes en plus de leurs qualités médicinales (Van der Geest, 1990 ; Etkin & Tan, 1994). En d'autres mots, l'étude des produits pharmaceutiques nécessitait une approche multi-niveaux.

Craig, dans son étude sur les pratiques de santé de base au Vietnam, écrit : «Ce livre défend le point de vue que le mouvement des médicaments et la connaissance rationnelle qui peut leur être associée à travers les frontières physiques et culturelles est le mieux compris dans le contexte vaste et diversifié de la mobilité associée à la globalisation, et à leurs conséquences sociales et culturelles dans des localisations particulières» (Craig, 2002).

Dans une vue d'ensemble sur l'anthropologie pharmaceutique (Van der Geest *et al.*, 1996), cette mobilité de l'usage et de la signification des médicaments a été exprimée sous la forme du concept métaphorique de «biographie». En suivant les transactions des produits pharmaceutiques, il est possible de discerner un ordre biographique de leur «vie sociale». Après leur production, dans un environnement technologique avancé, ils sont acheminés vers les grossistes, puis chez les détaillants que sont les prescripteurs, les pharmacies ou les «drugstores». La phase suivante est leur distribution dans les mains des consommateurs, soit à travers une ordonnance, soit par un achat direct. Quand le médicament arrive dans les mains du consommateur, il atteint le dernier stade de sa vie : quelqu'un va l'utiliser dans le but de restaurer, améliorer ou conserver sa santé. La manière selon laquelle un médicament est pris constitue un moment crucial dans sa vie. Un «mauvais usage» peut avoir pour conséquence que sa vie entière soit dénuée de sens. Et finalement, il s'avère que les médicaments ont une vie après leur mort. L'aboutissement de leur existence se trouve dans l'effet qu'ils ont sur la santé de ceux qui les prennent. L'efficacité représente donc leur stade ultime et décisif.

Chaque étape est caractérisée par un contexte spécifique et des acteurs particuliers. Dans la phase de production et de marketing, les premiers acteurs sont des scientifiques et des commerciaux travaillant pour les firmes pharmaceutiques. Dans la phase de

prescription, ce sont surtout des professionnels de santé et des patients qui sont concernés dans un contexte de pratique médicale, alors que ce sont essentiellement des pharmaciens officinaux ou des revendeurs qui assurent la phase de distribution dans un contexte commercial. Enfin l'anthropologue qui s'intéresse à l'usage du médicament et à son efficacité trouvera le plus souvent le consommateur à son domicile, loin des professionnels de santé.

Chaque stade est également caractérisé par un «régime de valeurs» (Appadurai, 1986), exprimé en différents ensembles d'idées concernant les médicaments. Dans la phase de production et de marketing, les concepts de recherche scientifique, de marchandise et de concurrence commerciale domine l'esprit des principaux acteurs. Les praticiens de santé considèrent que les médicaments sont indispensables dans leur contact avec les personnes malades qui viennent en consultation. Les pharmaciens et autres détaillants considèrent ces mêmes médicaments comme des marchandises, alors que les patients et leurs proches attendent qu'ils résolvent leurs problèmes de santé.

La «vie sociale», un terme emprunté à Appadurai (1986), a été le concept organisateur dans une étude anthropologique des médicaments en mouvement (Whyte *et al.*, 2002). La «vie sociale» s'est montrée comme un outil analytique utile pour suivre la «carrière» de choses matérielles alors qu'elles se déplacent à travers différents ensembles, et qu'on leur attribue des valeurs de singularité, de don ou de marchandise. Les auteurs ont utilisé cette idée pour faire une synthèse de la littérature sur la «biographie» des médicaments. Ces médicaments «fantômes» ont des significations particulières pour trois catégories d'acteurs sociaux : les consommateurs, les fournisseurs et les «stratèges» (fabricants et décideurs politiques compris).

Diverses études consacrées aux médicaments utilisent une approche multi-niveaux, même si d'autres termes sont utilisés pour qualifier ce type de perspective (Van der Geest, 2006). Craig (2002), par exemple, qui montre la diversité de significations que

Tout comme les marchandises, les médicaments passent les frontières et transgressent les brevets, entrant de cette manière dans des domaines auxquels la connaissance et le contrôle scientifique n'ont pas accès. Les médicaments sont réinterprétés en terme de concepts locaux et peuvent en conséquence devenir des objets différents. Une échoppe pharmaceutique dans le nord du Ghana



© Sjaak van der Geest

Anthropologie du médicament

les médicaments peuvent adopter selon les situations pratiques, met l'accent sur le fait que la connaissance scientifique sur les médicaments n'arrive pas à suivre le rythme des connaissances locales et des logiques pratiques des consommateurs. Il y consacre un chapitre de son ouvrage sur les antibiotiques comme marchandises dans la culture et le marché vietnamiens : «les marchandises sont faites pour circuler et ne peuvent trouver leur valeur sans cette circulation» (Craig, 2002: 123). Tout comme les marchandises, les médicaments passent les frontières et transgressent les brevets, entrant de cette manière dans des domaines auxquels la connaissance et le contrôle scientifique n'ont pas accès. Les médicaments sont réinterprétés en terme de concepts locaux et peuvent en conséquence devenir des objets différents (Bledsoe & Goubaud, 1988). Avec les métamorphoses de type caméléon des antibiotiques, la rationalité change également, passant de la connaissance scientifique à des savoirs locaux ou personnels. De nouvelles connaissances apparaissent à l'intersection des croyances culturelles et des techniques de marketing (Van der Geest, 1991). Les femmes, en tant que maîtresses de maison prenant soin de leur famille, jouent un rôle majeur dans la production de ces savoirs locaux.

.... ce sont principalement les femmes qui se disputent le marché de détail, particulièrement en zones rurales. Les mères échangent les informations sur les produits et sont censées contrôler leur utilisation au niveau familial, particulièrement si leurs enfants sont concernés. Ces responsabilités dans les familles vietnamiennes sont primordiales, surtout si les ressources sont limitées. Ce spectacle quotidien de transactions marchandes au Vietnam implique une délicate balance entre bonne volonté et âpreté quant au prix : feindre le désintéret, toujours être prêt à visiter le stand installé un peu plus loin, montrer d'une manière ostensible une connaissance du domaine en dévalorisant ce qui est offert à la vente, tout en essayant de recueillir le maximum d'information disponible (Craig, 2002: 132-133).

Plusieurs études se sont penchées sur le lien entre les multinationales pharmaceutiques et la distribution et prescription des médicaments au niveau des institutions médicales. L'étude de Lakoff (2005) sur les pratiques de psychiatrie en Argentine montre comment le travail médical et le raisonnement scientifique sont subrepticement gouvernés par des intérêts commerciaux et politiques. L'auteur montre la popularité croissante des antidépresseurs dans un pays où les dépressions ne constituent pas un problème de santé important. L'explication partielle de cette énigme se trouve dans la métamorphose d'un antidépresseur en tranquillisant, aidant les Argentins à surmonter stress et panique dans une période turbulente de l'histoire de leur pays, à savoir la faillite de la banque nationale et le désastre économique consécutifs pour les citoyens.

Le cas des médicaments «anti-panique» illustre le contrôle des affaires sur la science et les pratiques de soins. Lakoff révèle comment l'industrie pharmaceutique se mêle intelligemment à la crise politique et économique en offrant aux gens un médicament qui les aide à restaurer le contrôle sur leur propre vie. Il montre également comment les compagnies pharmaceutiques créent activement les conditions, la pathologie pourrait-on presque dire,

que nécessitent leurs médicaments. Craig appelle cela «rendre le diagnostic vrai», dans le sens qu'il s'agit de le faire coïncider avec le médicament du marché. On change la serrure pour l'adapter à la clé. Les catégories de la pratique psychiatrique sont rompues, pour que les questions diagnostiques du type «s'agit-il d'un trouble bipolaire ou d'une schizophrénie ?» soient remplacées par des réponses en terme de médicaments du type «s'agit-il d'un profil de réponse de type Lithium ou Olanzapine ?». Les représentants des compagnies distribuent des cadeaux aux médecins et les audits pharmaceutiques suivent de près les pratiques de prescription pour s'assurer de l'efficacité de leur pression sur les médecins pour faire correspondre le diagnostic avec le médicament à vendre.

Une compagnie pharmaceutique, avant de vendre ses médicaments, doit vendre la maladie. En d'autres termes, le marketing du médicament implique un marketing de la science. Un des moyens pour obtenir ce résultat est d'exercer une influence sur la production de littérature scientifique. Les compagnies vont jusqu'à offrir à des chercheurs académiques d'écrire les articles pour eux. La main invisible de l'industrie dans la production de littérature scientifique est un développement qui n'a été que peu remarqué par les chercheurs en science sociale. Healy a fait une analyse des articles parus dans *Current Medical Direction* (CMD), une compagnie d'informations médicales qui offre «des informations scientifiques rigoureuses développées stratégiquement pour des audiences cibles spécifiques». Il a estimé que jusqu'à 75% des articles de CMD, concernant des études cliniques randomisées paraissant dans des journaux et concernant des agents thérapeutiques, étaient écrits par des «fantômes» (ghostwriters). Healy ajoute que cette nouvelle manière d'écrire des articles entraîne une omission des données négatives sur les risques du produit (Healy, 2006: 73). La «main invisible» de l'industrie dans la production de publications scientifiques est un secret de polichinelle dans les cercles des journaux médicaux et des maisons d'éditions. Les protestations contre ce phénomène en expansion resteront probablement purement formelles, car le monde académique ne peut pas se permettre de se couper du support de l'industrie.

MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

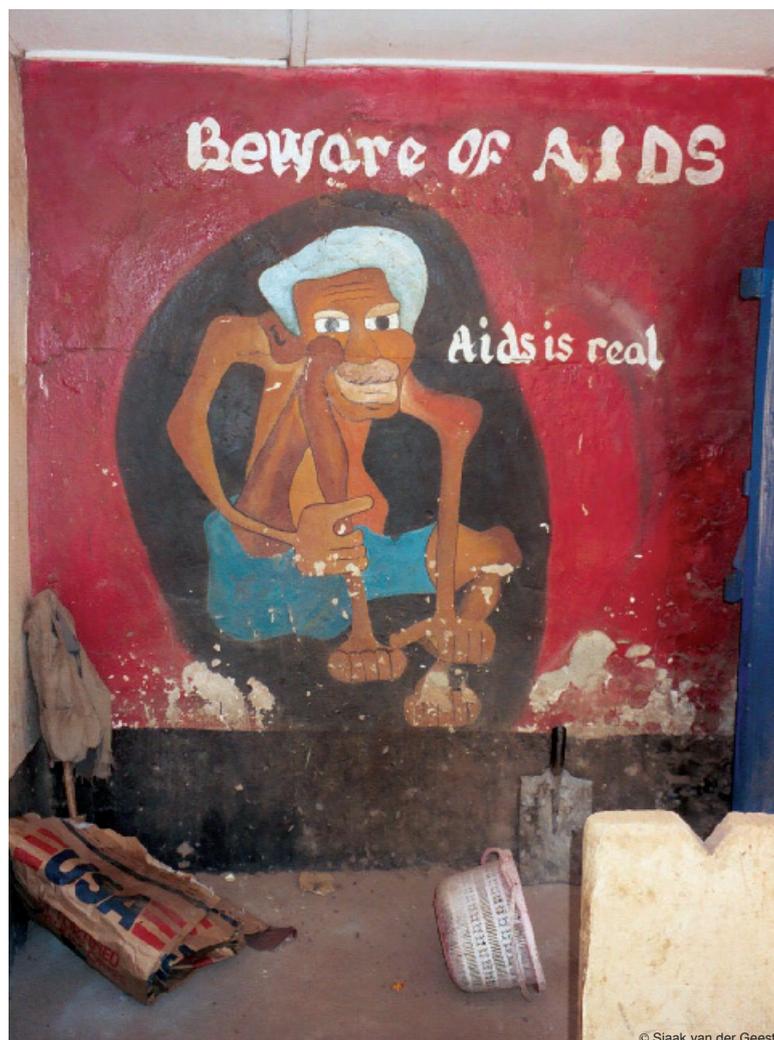
Comme nous l'avons vu précédemment, l'intérêt anthropologique pour les médicaments a grandi avec les années. Toutefois, peu de décideurs et d'acteurs dans le domaine de la santé ont tenu compte de ces scénarios anthropologiques. Ils n'ont pas su en tirer des suggestions utiles et faciles à mettre en œuvre pour de meilleurs stratégies et plans d'action ; au contraire, ces aspects anthropologiques ont plutôt compliqué et paralysé l'action à cause de leur complexité. L'anthropologie pharmaceutique est devenue une spécialisation qui a permis aux anthropologues de discuter d'un fascinant phénomène culturel qui était peu compris et apprécié par les professionnels de santé.

L'arrivée des médicaments antirétroviraux nous a forcé à examiner à nouveau et ressusciter l'étude de la réalité multi-niveaux – ou vie sociale – des médicaments, pour mieux établir ce qui pourrait se passer si les médicaments antirétroviraux devenaient largement

disponibles, en particulier dans des pays pauvres en ressources, comme c'est le cas aujourd'hui. Cette situation appelle également les chercheurs à tirer des conclusions plus facilement exploitables pour l'établissement d'une politique dans ce domaine.

Des chercheurs de l'Université d'Amsterdam ont mis au point un vaste programme de recherche qui prend le caractère multi-niveaux des antirétroviraux comme point de départ. Il s'agit d'un programme international impliquant 25 chercheurs (étudiants en doctorat, post-docs et chercheurs confirmés) visant à explorer les problèmes de distribution et d'usage des médicaments anti-VIH dans neuf pays de faibles ressources (Vietnam, Indonésie, Ouganda, Afrique du sud, Burkina Faso, Mali, Ghana, Tanzanie et Zambie). Les hypothèses et attentes qui ont motivées cette recherche sont de trois types : (1) L'accès aux rétroviraux est un droit pour les personnes atteintes du SIDA, (2) un accès plus important peut augmenter le recours aux tests de dépistage et diminuer la transmission du virus VIH, (3) un plus grand recours aux médicaments permettrait de diminuer la stigmatisation et la discrimination associée au VIH/SIDA.

Il est difficile d'évaluer la portée des messages comme la peinture murale ci-dessous et de savoir s'ils réduisent ou augmentent la stigmatisation des malades



L'objectif général est de tirer des leçons à partir des formes que prend actuellement le traitement, en faisant une évaluation comparative de 5 thèmes inter-reliés : (1) les mécanismes d'inclusion et d'exclusion à l'accès de médicaments contre le sida dans des conditions habituelles de soins, avec l'objectif de trouver des moyens d'accroître l'accès équitable aux médicaments, (2) comment la problématique liée au sexe des individus et au stigmate détermine l'accès et l'utilisation des traitements anti-SIDA, (3) quels effets l'utilisation de médicaments anti-SIDA ont-ils sur la qualité de vie et le capital social des personnes vivant avec le SIDA et de leur famille, (4) jusqu'à quel point les personnes vivant avec le SIDA participent et adhèrent aux programmes de soins, et quels sont les motifs de non-adhésion, afin de déterminer comment le système social et le soutien à l'adhésion peuvent être renforcés, et (5) comment la perception de la qualité à la fois des soins et des conseils associés aux soins peut être améliorée.

Les médicaments sont étudiés comme des liens entre les planificateurs de programmes de soins, le personnel de santé et les personnes vivant avec le SIDA. Le programme est explicitement orienté multi-niveaux, et une liste de l'ensemble des activités de production, distribution et utilisation des médicaments aux niveaux international, national, institutionnel, local et familial a été dressée.

L'ampleur de cet inventaire souligne qu'une recherche multi-niveaux peut conduire à d'importants problèmes logistiques et peut uniquement être prise en charge par une équipe. L'inventaire met également en évidence qu'il faut se concentrer sur un niveau et traiter les autres niveaux comme des contextes pertinents. Un article de Whyte *et al.* (2006) peut servir d'exemple à une telle approche sélective multi-niveaux. Le succès proclamé de la large mise à disposition des médicaments antirétroviraux pour les citoyens vivant avec le VIH/SIDA soulève la question de savoir comment cette politique se manifeste en réalité dans la vie de tous les jours pour ces personnes. C'est la question que posent Susan Whyte et collaborateurs dans le contexte de la circulation inégale des médicaments anti-VIH en Ouganda. Ces chercheurs dressent un tableau sombre de l'accès inégalitaire de ces médicaments dans ce pays. La pauvreté oblige les patients et leur famille de faire des choix impossibles. Les prix déjà considérablement réduits de ces médicaments sont toujours encore hors de portée pour les familles ordinaires. Les auteurs décrivent dans des études de cas dramatiques les priorités douloureuses que les familles de patients doivent établir. Dans certains cas, les familles sacrifient la plus grande partie de leurs ressources pour soigner un proche, dans d'autres, elles n'y arrivent tout simplement pas, et dans les cas les plus désespérés les patients aident leur famille en se prenant la vie. La connexion pharmaceutique, elle, s'exprime sous une autre forme : les coûts financiers et émotionnels liés au traitement de proches atteints du SIDA :

Anthropologie du médicament

« En tant qu'éléments concrets, les antirétroviraux objectivent les relations d'une manière à la fois subtile et dramatique. L'espoir, la responsabilité, la solidarité, le pouvoir, l'argent, l'égoïsme sont des éléments qui sont mis en évidence lorsque les comprimés et capsules circulent entre les gens. A l'intérieur des familles, les mérites liés au soin des malades sont clairement démontrés en achetant des médicaments pour eux. A un niveau global, des accusations d'injustice et d'immoralité sont lancées contre l'apartheid médical résultant de la non-disponibilité des antirétroviraux dans les pays pauvres» (Whyte *et al.*, 2006: 260).

Biehl (2007) discute la politique brésilienne relative au SIDA, particulièrement l'histoire de Caasah, une petite communauté de personnes vivant avec le VIH-SIDA à Salvador de Bahia, dans le Nord-est du pays. Le Brésil est le premier «pays du sud» à avoir réussi à rendre disponible les rétroviraux pour toute sa population. Biehl non seulement décrit comment le gouvernement brésilien est arrivé à ce résultat en négociant avec l'industrie pharmaceutique, mais également comment il s'est efforcé d'apporter les médicaments aux groupes les plus pauvres et les plus marginalisés de la société.

Quand Biehl a visité Caasah dans les années 1990, il a découvert une structure qui tenait à la fois de la communauté de squatters et d'un hospice pour patients atteints du SIDA, ex-prostituées, travestis et drogués, qui avaient occupé une clinique désaffectée. Caasah devint une vitrine pour les politiciens locaux et nationaux. Il s'efforcèrent de redonner leur dignité aux plus marginalisés de ce groupe, en fournissant les nouveaux médicaments qui pouvaient entièrement changer leur existence s'ils étaient pris correctement.

Quand Biehl y est retourné cinq ans plus tard, Caasah était devenu une clinique bien organisée, qui traitait uniquement les patients qui suivaient les règles de l'établissement et prenaient leurs médicaments exactement comme on leur disait. Les premiers occupants étaient soit décédés du SIDA, soit avaient repris leur vie antérieure. On avait jugé qu'il s'agissait de cas irrécupérables et sans espoir. Selon Biehl, le fait que l'approche prometteuse qu'il avait notée cinq ans plus tôt n'ait pas pu aider les personnes concernées à trouver une vie meilleure illustre parfaitement la profonde tragédie du SIDA.

La «médicamentisation» du VIH/SIDA, selon l'expression de Biehl, qui réduit le SIDA à prendre ou ne pas prendre de médicaments, simplifie les problèmes et a de sérieuses conséquences pour les plus vulnérables de la société. Une politique par rapport au SIDA, qui ignore la pauvreté, la stigmatisation et l'exclusion sociale, laisse les gens se débrouiller par eux-mêmes dans des conditions qui les détruisent.

L'étude de Fassin (2007) intitulée *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa*, est tout aussi bouleversante. Fassin a suivi le SIDA depuis les bureaux d'organisations internationales et les ministères jusqu'aux bidonvilles autour de Johannesburg. Son étude commence par une analyse détaillée du débat public sur les causes du SIDA. L'Afrique du sud, avec le plus grand nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde, nie le lien causal entre le virus VIH et le SIDA. L'ancien président Thabo Mbeki, qui prétendait que le SIDA était

causé par la pauvreté et la discrimination et non pas par le VIH, et qui entravait en conséquence la distribution de médicaments, est un exemple douloureux de l'impact des politiques nationales sur les conditions locales de santé. Fassin, à l'occasion de ses visites à des familles urbaines et rurales, décrit d'une manière poignante ces vies perdues qui auraient pu être sauvées par un président ayant d'autres vues.

En dépit des sombres observations de Fassin, Biehl, Whyte et leurs collaborateurs, les développements autour des rétroviraux montrent que la pression politique sur l'industrie pharmaceutique commence à porter ses fruits. L'industrie est plus susceptible d'être l'objet de critique publique aujourd'hui qu'il y a 25 ans. On peut être prudemment optimiste par rapport au fait que la justice et la décence morale ne peuvent plus être ignorées au niveau du marché pharmaceutique et qu'éventuellement les médicaments finiront par avoir des bienfaits sociétaux. Hardon (2005: 605) écrit :

«La distribution de médicaments contre le SIDA, dont le rapport coût/efficacité n'avait pas été jugé convaincant par les planificateurs de programmes dans l'Afrique sub-saharienne, est maintenant jugée bénéfique, comme la déstigmatisation du VIH/SIDA, l'augmentation des tests de dépistage et du conseil, et la mise en place de meilleurs programmes de prévention.»

La recherche entreprise aux premières lignes des soins de santé en Afrique sub-saharienne, dans le cadre d'un programme de recherche multi-niveaux, a pour ambition de décrire non seulement l'approvisionnement en rétroviraux et leur usage dans une perspective multi-niveaux, mais également de plaider pour des changements de politique et de programmation. Une étude comparative sur l'observation de la prise de rétroviraux en Ouganda, Tanzanie et Botswana (Hardon *et al.*, 2007) a montré que les gens avaient des difficultés à suivre leur traitement, bien que les rétroviraux étaient distribués gratuitement par certains organismes dans ces 3 pays. Les principaux obstacles cités par les utilisateurs ont été le coût du transport, l'enregistrement et les frais dans les centres de soins privés, et la perte de salaire due aux longs temps d'attente. Les effets secondaires et la faim dans la phase initiale du traitement constituaient des facteurs additionnels. Une autre raison est liée au fait que les utilisateurs de rétroviraux ont trouvé difficile de prendre leurs médicaments quand ils se trouvaient parmi des personnes à qui ils n'avaient pas confié leur statut de porteur du VIH, comme des collègues et des amis.

Savoir si un meilleur accès aux rétroviraux va effectivement diminuer la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA est une question à laquelle il ne peut être répondu au stade actuel des recherches. Les données actuelles suggèrent qu'il y a à la fois déstigmatisation et poursuite de la stigmatisation, les médicaments permettant aux personnes touchées de cacher et de nier leur statut de malade en créant un contexte de secret autour du VIH/SIDA. D'autres questions, posées par les professionnels de santé, sont également d'actualité, notamment celles touchant à l'adhésion au traitement des rétroviraux dans un contexte d'usage prolongé de ces produits dans des sociétés où la réinterprétation et la commercialisation des médicaments sont très répandues, comme le montrent des études anthropologiques antérieures (par exemples : Craig, 2002 ; Etkin & Tan, 1994 ; Hardon, 1991 ; Kim,

1993 ; Nichter & Nichter, 2003 ; Nichter & Vuckovic, 1994 ; Senah, 1997 ; Tan, 1998 ; Van der Geest & Hardon, 1990 ; Whyte, 1992).

EN CONCLUSION

L'accès croissant aux rétroviraux plaide pour une analyse anthropologique renouvelée de la production, du marketing, de la distribution et de l'usage des médicaments. Dans cet article, nous avons apporté des arguments montrant que l'approche multi-niveaux est un outil heuristique efficace pour la réalisation d'analyses de ce type. Cette approche est particulièrement adaptée pour décrire et interpréter le déplacement des médicaments dans les sociétés contemporaines.

Elle montre comment le sens et les pratiques se situent dans un contexte spécifique, par exemple comment dans un environnement pauvre en ressources, la pauvreté façonne l'accès aux technologies de survie, et comment cet obstacle est lié à des politiques et des intérêts commerciaux aux antipodes des conditions de vie locales des gens vivant avec le VIH/SIDA.

Une deuxième conclusion peut être tirée de ces éléments : en étant capable de comprendre et même de prévoir l'étrange parcours des médicaments, et des rétroviraux en particulier, nous devrions pouvoir suivre de près les intérêts de ceux qui sont impliqués dans la production, distribution et usage de ces médicaments. Une recherche multi-niveaux est capable de fournir des informations permettant d'éclaircir cet aspect : elle montre que les motivations qui gouvernent le cycle de vie des médicaments sont plutôt banales et égocentriques.

Finalement, pour avoir un impact sur la politique, la distribution et l'usage des médicaments, les résultats des analyses multi-niveaux devraient être communiqués à ceux qui sont le plus directement impliqués dans l'utilisation et la distribution de ces produits. Les anthropologues devraient prendre soin à rédiger des documents clairs, à fournir des indications accessibles aux décideurs ainsi qu'aux parties prenantes dans les couches basses de la société, et à être plus efficaces dans leur plaidoyer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham J. (1995) The production and reception of scientific papers in the academic-industrial complex: the clinical evaluation of a new medicine, *British Journal of Sociology* 46 (2): 167-190.
- Akelo G. (2007) *Child caretakers in wartime: Implications for HIV/AIDS patients' failures to thrive and adherence to antiretroviral therapies*, Unpublished paper, CERES Summerschool, Panel 'Health, disease and livelihood', Utrecht.
- Appadurai A. (1986) Introduction: Commodities and the politics of value, In: A. Appadurai (ed) *The social life of things: Commodities in cultural perspective* (ed.) Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-63.
- Biehl J. (2007) *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*, Princeton, Princeton University Press.
- Bledsoe C.H. & M.F. Goubaud (1988) The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: An example from the Mende of Sierra Leone, In: S. van der Geest & S.R. Whyte (eds) *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer, 253-76.
- Craig D. (2002) *Familiar medicine: Everyday health knowledge and practice in today's Vietnam*, Honolulu, University of Hawai'i Press.
- Etkin N.L. & M.L. Tan (eds) (1994) *Medicines: Meanings and contexts*, Quezon City, Health Action Information Network.
- Fassin D. (2007) *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa*, Berkeley, University of California Press.
- Hardon A. (2005) Confronting the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa: Policy versus practice, *Social Science Perspectives on HIV/AIDS* 186: 599-606.
- Hardon A. et al. (2007) Hunger, waiting time and transport costs: Time to confront challenges to ART adherence in Africa, *AIDS Care* 19 (5): 658-665.
- Healy D. (2006) The new medical Oikumene, In: A. Petryna, A. Lakoff & A. Kleinman (eds) *Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices*, Durham, Duke University, pp. 61-84.
- Kim J.Y. (1993) *Pills, production and the symbolic code: Pharmaceuticals and the political economy of meaning in South Korea*, Ann Arbor, UMI Dissertation Services.
- Kinsman J. (n.d.) *Ideology and educated hunches: A multi-level analysis of AIDS control in Uganda*, PhD Dissertation, University of Amsterdam, forthcoming.
- Lakoff A. (2005) *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Nichter M. & M. Nichter (2003) *Anthropology and international health: Asian case studies*, London, Routledge.
- Nichter M. & N. Vuckovic (1994) Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice, *Social Science & Medicine* 39: 1509-25.
- Senah K.A. (1997) *Money be man: The popularity of medicines in a rural Ghanaian community*, Amsterdam: Het Spinhuis.
- Tan M.L. (1999) *Good medicine. Pharmaceuticals and the construction of power and knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- 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* 6 (4): 197-219.
- Van der Geest S. (1991) Marketplace conversations in Cameroon: How and why popular medical knowledge comes into being, *Culture, Medicine & Psychiatry* 15 (1): 69-90.
- Van der Geest S. (2006) Anthropology and the pharmaceutical nexus, *Anthropological Quarterly* 79 (2): 303-314.
- Van der Geest S., A. Hardon & S.R. Whyte (1996) The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach, *Annual Review of Anthropology* 25:153-78.
- Van der Geest S., J. Kinsman & A. Hardon (2010) La chaîne des médicaments en tant que phénomène multiniveau: Le cas des médicaments antirétroviraux. Notes méthodologiques et théoriques, In: C. Garnier et A.L. Saives (coll.), *Turbulences dans la chaîne des médicaments*, Montréal, Les éditions Liber, pp. 39-64.
- Van der Geest S., J.D. Speckmann & P. Streefland (1990) Primary Health Care in a multilevel perspective: Towards a research agenda, *Social Science & Medicine* 30 (9): 1025-34.
- Van der Geest S. & S.R. Whyte (eds) (1988) *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer.
- Whyte S.R. (1992) Pharmaceuticals as folk medicine: Transformations in the social relations of health care in Uganda, *Culture, Medicine & Psychiatry* 16 (2): 163-186
- Whyte S.R., S. Van der Geest & A. Hardon (2002) *Social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Whyte S.R. et al. (2006) Treating AIDS: Dilemmas of unequal access in Uganda, In: A. Petryna, A. Lakoff & A. Kleinman (eds) *Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices*, Durham, Duke University, pp. 240-62.