

[published in C. Garnier et A.L. Saives (coll.), *Turbulences dans la chaîne des médicaments*. Les éditions Liber, Montréal, pp. 39-64]

Sjaak van der Geest, John Kinsman et Anita Hardon

La chaîne des médicaments en tant que phénomène multiniveau: le cas des médicaments antirétroviraux¹

Un article publié au tout début des années 1990 plaidait en faveur d'une approche multiniveau dans le domaine de la recherche en anthropologie médicale et empruntait l'exemple des soins de santé primaires pour en démontrer l'utilité: «On suppose que les développements observés aux différents niveaux sont liés entre eux et qu'il est nécessaire d'étudier la nature de ces liens pour bien comprendre ce qui se passe à un niveau donné. Le mot "niveau" est un terme métaphorique qui fait référence en particulier aux paliers international, national, régional et local de l'organisation sociale. [...] Ce qu'on nomme "lien" est presque toujours une forme quelconque de communication transmise par l'homme ou par la machine qui circule d'un niveau à l'autre. L'information, au sens large, est transmise d'un niveau de la société à l'autre par l'entremise de personnes ou d'objets, surtout des produits de première nécessité. La perspective multiniveau repose sur l'hypothèse que ce qui circule se transforme durant son cheminement. Le sens des concepts, des objets, des mots et des institutions change à mesure que ceux-ci passent d'un niveau à l'autre. La préoccupation première de ceux qui ont recours à une approche multiniveau est donc de révéler les différents sens de phénomènes portant le même nom à différents niveaux de l'organisation sociale².»

Les auteurs de l'article ont pu démontrer que le sens idéaliste, voire utopique, donné aux soins de santé primaires dans la déclaration d'Alma Ata (Organisation mondiale de la santé, niveau international) avait presque disparu dans les administrations nationales. Le manque de prestige de ces soins les rendait peu attrayants en tant que programme politique ou, au mieux, ils apparaissaient comme une solution bon marché ou une excuse pour faire fi des problèmes de santé des collectivités rurales marginales. Les soins primaires déplaçaient encore davantage aux professionnels de la santé en raison des frustrations qu'ils entraînaient et du peu d'intérêt qu'ils suscitaient sur le plan médical. Au niveau local, les collectivités considéraient souvent les soins primaires comme des soins de santé de seconde zone et la preuve du peu de soutien que le gouvernement était prêt à leur offrir. L'étude concluait qu'il n'est pas logique de parler de soins de santé primaires ou d'en élaborer des politiques si on ne sait pas à quelle réalité on fait référence.

Dans les sciences sociales, les chercheurs adoptent la perspective multiniveau dans le but d'orienter leurs activités sur le plan conceptuel, méthodologique ou analytique, parfois même sur les trois plans. Ils la choisissent comme outil heuristique pour expliquer ce qui se produit à l'intérieur des paramètres d'une étude donnée et pour en cerner les facteurs déterminants. Les termes «multiniveau», «lien», «mouvement», «interface», «biographie», «cycle de vie» et «vie sociale» sont au nombre de ceux qui servent à exprimer le

caractère toujours changeant de l'objet de ce type d'études. Cette approche peut donc s'appliquer à n'importe quelle question d'ordre médical qui est pertinente sur le plan social. Dans leur description de la perspective multiniveau, les auteurs de l'article mentionné faisaient état de liens verticaux, horizontaux et historiques. Le présent article traite des liens verticaux entre les divers niveaux concernés par les politiques et les pratiques en pharmacologie.

Sur le plan méthodologique et théorique, cette réflexion a deux objectifs en lien direct avec les médicaments antirétroviraux. Dans un premier temps, nous analyserons à partir d'une approche multiniveau la distribution et l'usage des produits pharmaceutiques, ainsi que la perception qu'on s'en fait, trois sphères où le pouvoir politique et commercial joue un rôle important. Nous tenterons ensuite de donner une orientation théorique à la perspective multiniveau qui, jusqu'à présent, a surtout servi d'instrument méthodologique d'organisation de la recherche. L'idée maîtresse est que les acteurs de différents niveaux — ou des diverses étapes de la «biographie» des médicaments — cherchent à poursuivre des intérêts personnels ou organisationnels et, ce faisant, influent sur les processus de production, de commercialisation, de distribution et de consommation des produits pharmaceutiques.

Potentiel et limites d'une perspective multiniveau

La perspective multiniveau est utilisée dans de nombreuses disciplines et sa définition laisse place à maintes variations. Le concept est malléable selon les circonstances, avec tous les avantages et inconvénients que cela présente. Du côté des recherches quantitatives, une grande variété d'études géographiques, sociologiques, épidémiologiques et de santé publique y ont eu recours. Elles sont habituellement de nature statistique et incluent, entre autres, les niveaux individuel, écologique et communautaire³, «la société, les groupes, les particuliers, les systèmes organiques, les cellules et les gènes⁴», ainsi que «des données propres à la personne, comme des mesures répétées et des réactions multiples⁵». Snijders et Bosker donnent un aperçu de l'analyse multiniveau dans le domaine de la statistique⁶.

Relativement peu nombreux, les spécialistes de la recherche qualitative en sciences sociales ayant adopté une perspective multiniveau ont également eu tendance à interpréter le concept de différentes façons. Par exemple, l'anthropologie médicale critique doit en partie son avènement, au milieu des années 1980, à la perspective multiniveau et à des chercheurs comme Baer, Singer et Johnsen, qui affirmaient que «toute discussion sur les relations de pouvoir dans la prestation de services de santé doit prendre en compte plusieurs niveaux au sein des systèmes des nations capitalistes avancées et du tiers-monde». Selon eux, ces niveaux — qui comptaient chacun leur propre discours et vision émique du monde — englobaient: le «macro-social» (le système capitaliste mondial), le «social intermédiaire» (les politiques d'un établissement de santé), le «micro-social» (la relation médecin-patient), l'«individuel» (la réaction du patient à la maladie). Ayant établi ce cadre conceptuel, ces chercheurs ont, sur le plan politique, habilement défendu la thèse selon laquelle «les bourgeoisies qui contrôlent les pays du tiers monde collaborent avec des organismes internationaux, des fondations et des programmes d'aide bilatérale pour définir les politiques régissant la santé». En outre, ils ont conclu que «les systèmes de santé des sociétés comme l'Union soviétique, la Chine, le Vietnam, Cuba, la

Tanzanie et d'autres pays d'orientation socialiste mettent l'accent sur la prévention, les soins primaires et, dans certains cas, la participation de la collectivité locale, en plus d'être plus équitables et axés sur la personne que les systèmes de santé des sociétés capitalistes⁷».

Malgré leurs solides arguments, on pourrait cependant dire que la perspective multiniveau de Baer, Singer et Johnsen était plutôt bidimensionnelle puisque au niveau supérieur un seul facteur, «le capitalisme mondial», déterminait tout ce qui suivait en aval. Press a fait contrepoids à cette approche plutôt limitée en affirmant qu'«un modèle heuristique qui accorde un poids exagéré à un seul élément (capitalisme) issu d'un seul niveau (macro) explicatif peut ne pas être aussi utile qu'un modèle fondé sur une approche à niveaux et éléments multiples». Il suggère de tenir plutôt compte d'autres variables pouvant s'avérer importantes afin que «chaque niveau [soit constitué] de sous-éléments causaux multiples». Cela pourrait inclure entre autres le nationalisme, l'islam et le christianisme (niveau supérieur), le type de collectivité, l'économie locale et l'identité ethnique (niveau local), et enfin les rôles, les soutiens sociaux et les visions du monde des personnes qui participent à l'interaction clinique (niveau individuel). Press a donc élargi *horizontalement* chacun des niveaux en tenant compte de la grande variété des phénomènes présents à chaque niveau. Son objectif était d'éviter «d'appliquer une approche monofocale aux explications causales⁸».

Nous convenons que cela est important. Vu l'interdépendance croissante des nations du monde sur le plan de l'économie, les chercheurs qui limitent leurs travaux à l'anthropologie traditionnelle obtiennent une perspective unilatérale, celle de la communauté villageoise. Pour éviter cet unilatéralisme, il faut lier l'objet de la recherche à des niveaux «supérieurs» et «inférieurs» d'organisation sociale. C'est ce qu'on pourrait également appeler «une perspective axée sur les liens» (*linkages perspective*).

La perspective axée sur les liens tient compte de trois aspects importants. Premièrement, tout comme un flot d'idées et de communication lie les niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs, un flot d'idées et de communication lie aussi les niveaux inférieurs aux niveaux supérieurs. Il ne s'agit pas ici d'une simple voie à sens unique, de haut en bas, mais d'une voie à deux sens qui peut même, dans des conditions bien précises, devenir circulaire⁹. Par conséquent, les événements survenus au niveau inférieur local peuvent exercer une influence sur les événements des niveaux supérieurs qui, à leur tour, peuvent agir sur les niveaux inférieurs. On voit surtout ce genre de situations quand des personnes influentes circulent entre deux niveaux ou plus dont elles connaissent le discours. On pourrait penser à un ministre de la Santé qui entretient des relations soutenues avec des collègues de l'Organisation mondiale de la santé ou le directeur d'un bureau de santé de district qui vient du même district que le ministre de la Santé et qui le connaissait bien avant de nouer avec lui des rapports professionnels. De telles relations formelles *et* informelles peuvent engendrer d'importants liens interniveaux.

Deuxièmement, il importe de se rappeler qu'il existe inévitablement une certaine diversité *au sein même* des catégories. L'étude de Sciortino sur les intervenants de la santé de Java montre à quel point les catégories ne sont ni homogènes ni uniformes, et comment les membres d'un même groupe — disons les patients d'une clinique donnée — n'ont pas toujours en commun les mêmes préoccupations ou les mêmes intérêts¹⁰. Les liens pouvant exister à la fois entre les niveaux et au sein de ceux-ci sont donc susceptibles d'être complexes et, peut-être même, difficiles à comprendre et à analyser pleinement.

Le troisième aspect ne concerne pas les liens proprement dits, mais plutôt les chaînons *manquants* entre les niveaux. Des chaînons peuvent manquer entre les décideurs au niveau national et ceux qui sont chargés de la mise en application au niveau local. De façon temporaire, il peut aussi manquer des chaînons entre divers aspects des politiques régissant la santé, lorsque par exemple un nouveau gouvernement cherche à modifier le programme de son prédécesseur.

Même si ces trois aspects témoignent des avantages possibles d'une perspective multiniveau dans le domaine de l'anthropologie médicale, l'approche n'est pas sans difficultés. L'une des difficultés les plus grandes est de type méthodologique. Comme l'explique Sciortino, une perspective multiniveau exige des travaux multiniveaux pouvant nécessiter des méthodes multiples. De plus, les travaux multiniveaux sont plus compliqués sur le plan logistique et peuvent s'avérer plus coûteux que la recherche à niveau unique puisque le fait de travailler dans plusieurs endroits différents exige invariablement de se déplacer, d'organiser et de planifier davantage son travail. Ces difficultés sont parfois surmontables, mais compliquent indéniablement la situation, ce qui explique peut-être en partie pourquoi cette approche n'est pas très populaire auprès des anthropologues médicaux. Sciortino a résolu les problèmes logistiques de son étude multiniveau du personnel infirmier de Java en utilisant des sources secondaires pour les volets international et national de ses travaux, par l'entremise d'une analyse des données historiques, théoriques, gouvernementales et administratives¹¹.

Malgré leur capacité de représenter le monde avec plus de précision que les modèles précédents, les modèles multidimensionnels doivent incorporer un niveau de complexité qui met en lumière «la difficile tâche d'accorder la primauté à un seul facteur¹²». Autrement dit, plus le modèle est complexe, plus il est difficile à appliquer. En raison de la complexité des liens en cause, il peut être impossible d'en arriver à une réponse autre que vague lorsqu'on se demande à quel(s) facteur(s) particulier(s) de quel(s) niveau(x) particulier(s) accorder le plus d'importance. Le spécialiste des sciences sociales court ainsi le risque d'entreprendre un projet de recherche multiniveau sophistiqué duquel il sera incapable de tirer une conclusion claire.

En dépit de ces difficultés, la perspective multiniveau a été utilisée de façon efficace par plusieurs anthropologues médicaux au cours des dernières années. Il peut être utile, ici, d'examiner les types de questions sur lesquelles leurs recherches ont porté et les conclusions que cette approche leur a permis de tirer. Comme nous l'avons vu, Van der Geest, Speckmann et Streefland ont eu recours à ce type de perspective pour examiner des questions liées aux soins de santé primaires. Ils font remarquer que, malgré «l'approbation unanime des soins de santé primaires» en 1978 à Alma Ata lorsqu'on a pour la première fois présenté le concept, des «documents publiés [plus tard] sur les programmes de santé primaires de nombreux pays indiquent clairement que le terme "soins de santé primaires" peut avoir toutes sortes de significations différentes selon la place qu'on occupe dans la hiérarchie politique¹³». Comme ils le démontrent, la valeur de la perspective multiniveau réside dans le fait qu'elle peut démêler une contradiction en illustrant comment des personnes de différents niveaux peuvent percevoir une même situation différemment: elles ont des intérêts différents, parfois contradictoires, vis-à-vis des soins de santé primaires.

Huyts a aussi évoqué la perspective multiniveau lorsqu'il s'est penché sur le fait que les participants à un programme issus de différents niveaux — spécialistes d'organismes internationaux, gouvernements hôtes

ou membres de la population cible — réagissent parfois aussi «exactement de la même façon aux soins de santé primaires¹⁴». Chacun d'entre eux peut ou espère pouvoir tirer avantage de sa participation au programme, que ce soit sous forme d'emploi confortable pour les spécialistes, de fonds de développement supplémentaires pour les gouvernements hôtes ou d'avantages personnels (cadeaux, emploi, médicaments gratuits et nouvelles «relations») pour les villageois. Bien que cela puisse paraître légèrement mercenaire, le fait est que des personnes de tous les horizons et de tous les niveaux sont habituellement plus disposées à participer à un projet si elles pensent en tirer avantage sur le plan personnel. Ici, la perspective multiniveau montre comment, à certains égards fondamentaux, les gens sont vraiment tous les mêmes — que les bénéficiaires cibles du projet soient des décideurs de la scène internationale qui parcourent le monde ou des villageois sans le sou. Nous discuterons davantage de ce point de vue lorsque nous aborderons les questions théoriques.

Silva se sert d'une perspective historique multiniveau pour relever les intérêts et discours contradictoires associés à la gestion du paludisme au Sri Lanka au cours du vingtième siècle et illustrer à quel point des acteurs de différents niveaux avaient une lecture bien différente de la situation. Il montre que le «discours scientifique colonial» s'articulait autour des causes environnementales et immunologiques du paludisme, pendant que le «discours de gauche» rendait le gouvernement colonial responsable de la maladie en insistant sur ses causes socioéconomiques et que le «discours nationaliste» voyait dans le paludisme une «menace venue de l'extérieur¹⁵». Le «discours paysan» — c'est-à-dire le discours des principales victimes de la maladie — était complètement différent. Les paysans n'avaient jamais associé la fièvre ou une maladie quelconque aux piqûres de moustiques, le dirigeant d'un village ayant même prétendu que le paludisme s'était mis à causer des ravages dans la région quand les autorités avaient commencé à épandre un puissant pesticide, le DDT (dichlorodiphényltrichloroéthane). Cela démontre clairement que le sens des concepts, des mots et des objets se transforme en passant d'un niveau à l'autre. Ce qui semble une évidence aux acteurs d'un niveau donné peut paraître sans importance ou erroné aux yeux des acteurs d'un autre niveau. Comme nous le verrons plus tard, il peut s'agir là d'une considération importante dans le secteur des innovations dans le domaine de la santé, comme la mise à disposition de traitements antirétroviraux aux personnes atteintes du sida.

Produits pharmaceutiques

Il y a environ vingt-cinq ans, certains d'entre nous ont attiré l'attention sur la nécessité d'examiner les médicaments d'un point de vue anthropologique, en tant qu'objets culturels à valeurs sociales, politiques et commerciales distinctes de leurs qualités médicales. Ce nouvel intérêt a mené à la rédaction d'une série d'articles sur l'«anthropologie pharmaceutique¹⁶». Les médicaments se sont avérés de bons sujets d'articles puisqu'ils constituent des véhicules de pouvoir, d'identité et de symboles très courants. Une conférence sur les aspects sociaux et culturels des produits pharmaceutiques a ensuite eu lieu à Zeist, aux Pays-Bas, en 1991¹⁷.

Les produits pharmaceutiques et les façons de les percevoir sont en constante évolution. Dans son étude sur les pratiques de soins de santé au Vietnam, Craig écrit: «Pour bien comprendre le mouvement des médicaments et du savoir “rationnel” associé aux médicaments d’un pays et d’une culture à l’autre, ce livre soutient qu’il vaut mieux l’examiner dans le contexte vaste et diversifié de la mobilité issue de la mondialisation, et de ses répercussions sociales et culturelles sur des régions particulières¹⁸.» Dans un survol du secteur de «l’anthropologie pharmaceutique», Van der Geest, Hardon et Whyte expriment cette mobilité de l’usage et du sens des médicaments à l’aide du concept métaphorique de «biographie¹⁹». En suivant le cheminement des médicaments, il est possible de distinguer dans leur «vie sociale» un ordre biographique. De leur préparation en milieu hautement technologique, ils cheminent vers des grossistes puis vers des détaillants comme des prescripteurs, des pharmacies et des dépôts pharmaceutiques. Ensuite, ils sont distribués aux consommateurs, sur prescription d’un praticien ou par l’entremise de la vente directe. Une fois entre les mains du consommateur, le produit pharmaceutique entame la phase finale de sa vie: quelqu’un en fera usage dans le but de recouvrer, améliorer ou maintenir sa santé. La façon dont un médicament est administré est un aspect crucial de sa vie en ce sens qu’un médicament administré de la mauvaise façon peut perdre toute son utilité. Enfin, l’accomplissement de sa raison d’être dépend de l’effet qu’il a sur le bien-être de celui qui l’a pris. Son action efficace constitue l’étape ultime et décisive de sa vie.

Chaque étape de la vie d’un médicament est caractérisée par un contexte spécifique et des acteurs particuliers. À l’étape de la production et du marketing, les principaux acteurs sociaux sont les scientifiques et les gens d’affaires qui travaillent pour le compte des sociétés pharmaceutiques. L’étape de la prescription regroupe principalement des professionnels de la santé et leurs patients dans le contexte d’une pratique médicale, tandis que des pharmaciens, des commerçants et leur clientèle caractérisent l’étape de la distribution. Les anthropologues axent leurs travaux sur l’usage des médicaments et, par conséquent, côtoient habituellement les consommateurs dans leur cadre de vie, loin des professionnels de la santé. Le cadre de vie est également celui de l’étape finale: l’action efficace.

Chaque étape se caractérise aussi par un «régime de valeurs²⁰», exprimées sous forme d’ensembles distincts d’idées concernant les médicaments. Aux étapes de production et de marketing, les concepts de recherche scientifique, de mise sur le marché et de concurrence commerciale dominent les pensées des principaux acteurs. Du point de vue des médecins praticiens, les produits pharmaceutiques sont un outil indispensable d’intervention auprès des personnes malades en quête d’aide et de conseils. En revanche, pour les pharmaciens et autres vendeurs, il s’agit plutôt d’objets à vendre, de marchandises. Enfin, les patients et leur famille s’attendent à ce que les médicaments règlent leurs problèmes²¹.

Emprunté à Appadurai, le terme «vie sociale» a servi de concept organisateur lors d’une étude anthropologique menée sur des médicaments en mouvement. La «vie sociale» s’est avérée utile en tant qu’outil analytique pour retracer la «carrière» d’objets matériels à mesure qu’ils traversent différents milieux et se voient attribuer une valeur en tant qu’éléments singuliers, en tant que cadeaux ou en tant que marchandises. Les auteurs ont repris l’idée pour examiner la documentation produite sur la «biographie» des médicaments. Les médicaments «peuvent être perçus comme des agents, selon le sens que confèrent au terme les tenants de la théorie de l’acteur-réseau: des parties de complexes qui coproduisent des effets dans des

situations données; des objets et des personnes peuvent être considérés comme des acteurs en ce sens qu'ils se constituent mutuellement [...] [II] est essentiel que les anthropologues décrivent les vies qu'ont les médicaments auprès des gens et entre eux. Ces vies sont imprégnées de l'art et de la raison pratiques qui caractérisent la technologie, et évoluent en fonction de problèmes et de contextes²².» Le livre de Whyte, Van der Geest et Hardon fait état de trois catégories d'acteurs sociaux dans l'«ombre» desquels les médicaments adoptent des sens particuliers, soit les consommateurs, les fournisseurs et les «stratèges» (dont les fabricants et les décideurs).

Plusieurs études abordent les médicaments selon une perspective multiniveau (parfois nommée différemment). Par exemple, tout en montrant la multiplicité des sens pouvant être conférés aux médicaments selon la situation, Craig insiste sur le fait que le savoir professionnel lié aux médicaments ne progresse pas au même rythme que le savoir local ou les logiques pratiques des consommateurs. Il consacre un chapitre de son livre aux marchandises que constituent les antibiotiques dans la culture et sur le marché vietnamiens: «les marchandises sont conçues pour voyager, sans quoi leur valeur est nulle²³». En tant que marchandises, les médicaments traversent des frontières nationales et enfreignent des brevets, entrant ainsi dans des domaines hors de la portée du savoir et des contrôles professionnels. Les médicaments sont réinterprétés localement et peuvent donc se transformer en objets différents²⁴. Une telle métamorphose des antibiotiques entraîne une modification de la rationalité, qui passe du savoir scientifique au savoir local ou personnel. Un nouveau savoir prend forme à la croisée des croyances culturelles et des stratégies de marché²⁵. De par leur rôle de pourvoyeuses de soins à la famille, les femmes jouent un rôle important dans la production de ce savoir local: «les marchés de détail sont principalement l'affaire des femmes, surtout en milieu rural. Les mères échangent des renseignements sur les produits et sont censées connaître et gérer les médicaments à usage domestique, surtout lorsqu'ils sont destinés aux enfants. Dans les familles vietnamiennes, ces responsabilités sont centrales, particulièrement là où les ressources sont limitées. La réalité quotidienne du commerce au Vietnam implique un équilibre délicat entre une bonne volonté préalable et une complète intransigeance en matière de prix: feindre l'indifférence, toujours être prêt à passer au prochain stand, faire l'étalage de ses connaissances des produits en critiquant sans pitié tout ce qui est offert en même temps que tenter d'assimiler toute l'information fournie²⁶.»

Plusieurs études examinent les liens entre l'industrie des multinationales et la prescription et distribution de médicaments dans les établissements médicaux. Dans son ethnographie de la médecine psychiatrique pratiquée en Argentine, Lakoff montre comment des intérêts politiques et commerciaux orientent sournoisement le travail médical et le raisonnement scientifique. Il décrit la popularité croissante des antidépresseurs dans un pays où la dépression ne constitue pas vraiment un problème. Cette énigme s'explique en partie par le fait qu'on transforme l'antidépresseur en tranquillisant pour aider la population à éliminer le stress et la panique à une époque turbulente de l'histoire de l'Argentine: l'écroulement de la banque nationale et les catastrophes économiques subséquentes. Le cas des médicaments «contre la panique» illustre l'emprise du milieu des affaires sur la science et les soins de santé. Lakoff révèle comment l'industrie pharmaceutique profite de la crise politique et économique de façon astucieuse en offrant à la population un médicament lui permettant de reprendre le contrôle de sa vie. Les compagnies pharmaceutiques s'emploient

également à créer les conditions — la pathologie si l'on veut — qui sous-tendent la prise de leurs médicaments. Il appelle cela le «modelage diagnostique» (*diagnostic truing*): l'art d'adapter le diagnostic aux médicaments mis sur le marché, ou celui de garder la clef et de changer la serrure. Les catégories de la pratique psychiatrique sont «définies selon la réaction aux médicaments, de sorte qu'on ne se demande plus "s'il s'agit d'un trouble bipolaire ou de schizophrénie" mais plutôt "s'il s'agit d'un profil de lithium ou d'olanzapine"²⁷.» Les représentants de compagnies pharmaceutiques font miroiter d'alléchantes récompenses aux médecins tandis que les compagnies surveillent étroitement les pratiques de prescription pour s'assurer de l'efficacité des pressions exercées pour que les médecins adaptent le diagnostic aux médicaments mis sur le marché.

Les compagnies pharmaceutiques doivent vendre la maladie avant d'en vendre le remède. Autrement dit, la commercialisation des médicaments exige la commercialisation de la science. Une des façons d'y arriver consiste à exercer son influence sur la production d'ouvrages scientifiques. Healy décrit le cas d'une compagnie pharmaceutique cherchant à mettre un nouveau médicament sur le marché, l'alprazolam (Xanax). La compagnie a mené des essais cliniques pour savoir si son nouvel agent pouvait être utilisé pour soigner une maladie récemment incluse dans le DSM-III, le trouble panique. Elle a également parrainé un symposium sur le trouble panique et elle a «offert son appui à une production florissante d'ouvrages sur les crises d'angoisse». Les compagnies pharmaceutiques vont jusqu'à retenir les services d'universitaires pour produire leurs articles. Healy puise dans sa propre expérience et cite un courriel que lui a fait parvenir une compagnie pharmaceutique: «Cher David, je suis heureux de savoir que vous participerez à notre symposium satellite [...]. Afin de réduire au minimum votre charge de travail, nous avons demandé à l'un de nos rédacteurs anonymes de produire un premier jet basé sur les travaux que vous avez publiés. Vous le trouverez ci-joint [...].» Pour des raisons évidentes, les spécialistes des sciences sociales ont très peu écrit à propos de l'influence qu'exerce secrètement l'industrie pharmaceutique sur la production d'ouvrages scientifiques dans le but de préparer l'arrivée de ses produits sur le marché. Healy a analysé des articles publiés par Current Medical Directions, une société d'information médicale qui «fournit une information médicale rigoureusement scientifique et conçue stratégiquement en vue de clientèles spécifiques». Selon lui, jusqu'à 75% des articles de cette société «qui concernent des essais contrôlés randomisés sur des principes actifs et qui sont publiés dans des revues importantes pourraient actuellement être produits par des rédacteurs anonymes». Il en conclut que cette nouvelle méthode de production d'articles semble avoir pour conséquence majeure de «mener à l'omission de données défavorables sur les risques associés aux agents thérapeutiques²⁸.»

Dans un essai non publié, Light discute également de l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur la science²⁹. En prenant pour exemple le cas du médicament antidouleur Vioxx, il montre que les fabricants de médicaments réussissent à orienter le contenu des articles scientifiques sur l'efficacité et l'innocuité de leurs produits publiés dans des revues médicales internationales de renom. Les scientifiques deviennent donc d'importants agents de marketing de leurs produits.

«L'influence qu'exerce secrètement l'industrie sur la production d'ouvrages scientifiques est connue de tous dans les cercles des revues médicales et maisons d'édition. Mais puisque les milieux scientifiques ne

peuvent survivre sans l'appui de l'industrie, l'opposition à ce phénomène croissant ne dépassera sans doute jamais les simples paroles. John Abraham était conscient de cela lorsqu'il a suggéré que «les éditeurs pourraient exiger que les fabricants de médicaments fassent explicitement part de tout rôle qu'ils pourraient avoir joué dans la réécriture» d'articles soumis. Il est peu probable que les comités scientifiques appliquent un jour un tel principe de façon rigoureuse et refusent des articles rédigés principalement par l'industrie. Ils ne peuvent tout simplement pas se le permettre. «Un des défis futurs des sociologues de la science, selon Abraham, consistera à documenter plus en profondeur l'effet des intérêts de l'industrie sur la production du savoir scientifique, ainsi que leurs répercussions éventuelles sur d'autres segments de la société³⁰.» L'affirmation est probablement davantage le reflet de son expérience de chercheur que de son sens du réalisme.

Médicaments antirétroviraux

Comme nous l'avons vu, l'intérêt de l'anthropologie pour les médicaments a augmenté au fil des ans. Cependant, peu de décideurs et d'intervenants dans le domaine de la santé ont pris en considération les scénarios anthropologiques. L'avènement des médicaments antirétroviraux nous oblige à reprendre l'étude de la réalité multiniveau — ou vie sociale — des produits pharmaceutiques afin de mieux comprendre ce qui pourrait arriver lorsque les antirétroviraux seront disponibles partout, surtout dans les sociétés disposant de ressources limitées (comme cela commence à se produire). Il exige aussi des chercheurs qu'ils tirent des conclusions pouvant plus facilement être converties en politiques.

C'est à cette tâche que se sont attelés les chercheurs de l'unité d'anthropologie médicale de l'université d'Amsterdam en concevant un programme de recherche qui prend comme point de départ le caractère multiniveau des médicaments antirétroviraux. Quelque vingt-cinq chercheurs de différents pays y examinent les problèmes de distribution et d'usage de médicaments contre le sida dans neuf sociétés où le revenu est faible (Vietnam, Indonésie, Ouganda, Afrique du Sud, Burkina Faso, Mali, Ghana, Tanzanie et Zambie). L'intérêt des chercheurs repose sur trois postulats: 1) l'accès aux médicaments antirétroviraux est un droit pour les sidéens; 2) un meilleur accès aux médicaments antirétroviraux pourrait accroître le dépistage du VIH et réduire sa transmission; 3) un plus grand accès à un traitement pourrait réduire la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/sida.

L'objectif général consiste à tirer des leçons du traitement du sida en menant une analyse comparative de cinq thèmes interreliés: 1) les mécanismes d'inclusion et d'exclusion liés à l'accès aux médicaments contre le sida en situation normale de soins, dans le but de trouver des moyens d'accroître l'accès équitable aux médicaments; 2) les répercussions des rapports hommes-femmes et de la stigmatisation sur l'accès et le recours aux médicaments antirétroviraux; 3) les effets du recours aux médicaments contre le sida sur la qualité de vie et le capital social des personnes vivant avec le sida et de leur famille; 4) l'étendue de la participation des sidéens aux programmes de traitement, le degré d'observance thérapeutique et les raisons du non-respect du traitement, dans le but de trouver des moyens de renforcer les réseaux de soutien social et

d'aide à l'observance thérapeutique; 5) la perception de la qualité des conseils et des soins prodigués dans les établissements de santé, et les façons d'améliorer les conseils et les soins prodigués.

L'étude des médicaments porte sur leur fonction de lien entre les personnes chargées de la planification des politiques, les intervenants en santé et les sidéens. Le programme est explicitement axé sur plusieurs niveaux et a fait l'inventaire des éléments associés à la production, à la distribution et à l'usage des médicaments aux différents niveaux: au niveau international, on retrouve le programme des donateurs, les ressources octroyées pour les antirétroviraux, l'intervention à l'échelle mondiale pour assurer l'équité en matière d'accès, les directives européennes et américaines sur le recours aux antirétroviraux, les dons et politiques des sociétés pharmaceutiques, les négociations commerciales de l'OMC concernant la protection des brevets; au niveau national, les négociations avec les donateurs et sociétés pharmaceutiques sur les questions de financement et d'approvisionnement, la détermination des régimes de médicaments antirétroviraux et les compromis nécessaires en matière d'innocuité, d'efficacité, de coûts et d'accessibilité, le choix en matière de constellations dédiées à la prévention et au traitement du sida, la prise en compte des revendications des mouvements de lutte contre le VIH/sida, et d'autres intérêts et points de vue; au niveau institutionnel, la modification de l'accès aux médicaments antirétroviraux dans les établissements de santé publics, privés et non structurés, la modification des régimes de médicaments antirétroviraux dans les établissements de santé publics, privés et non structurés, l'évolution des mesures de prévention et de traitement du sida dans les établissements publics et privés, les changements du niveau de moral et de la charge de travail des intervenants de la santé, les changements de la qualité des soins aux sidéens, les changements des formes sociales en lien avec les nouvelles activités (c'est-à-dire *counseling*); au niveau communautaire et individuel, l'évolution de la demande en matière de traitements aux antirétroviraux et de tests connexes de dépistage du VIH, les modes d'accès des hommes et des femmes aux antirétroviraux et les raisons du non-accès de certaines personnes, les mécanismes d'inclusion et d'exclusion qui créent de nouvelles inégalités ou renforcent les inégalités actuelles, les changements sur le plan du régime corporel des hommes et des femmes qui ont le sida et de leur identité sur le plan de la santé, les changements sur le plan de la qualité de vie des sidéens, les changements au niveau du degré de stigmatisation et de discrimination dont font l'objet les sidéens, les changements au niveau des soins et services à domicile, dans la collectivité et dans les rapports hommes-femmes, les effets du traitement sur l'économie et la capacité d'adaptation des ménages, les façons dont les sidéens composent avec les effets indésirables des antirétroviraux, le degré d'observance thérapeutique, le *counseling* et le soutien communautaire, les changements sur le plan de la morbidité et de la mortalité associée au sida, les changements au niveau des numérations des lymphocytes T-CD4 et des charges virales.

L'énormité de cet inventaire met en évidence nos commentaires précédents sur le fait que les recherches multiniveaux doivent être entreprises en équipe en raison des problèmes logistiques considérables qu'elles entraînent. L'inventaire illustre aussi clairement le besoin de concentrer les recherches sur quelques-uns des aspects mentionnés et de considérer les autres comme des contextes pertinents et des liens essentiels. Un article de Whyte et ses collègues peut servir d'exemple à une telle approche multiniveau sélective.

Les rapports sur le succès des efforts déployés en vue de rendre les antirétroviraux accessibles aux collectivités infectées par le VIH soulèvent des questions quant à la manière, le cas échéant, dont cette politique de l'accès se matérialise dans la vie quotidienne des personnes vivant avec le VIH/sida. C'est la question que se posent Susan Whyte et ses coauteurs à propos du cheminement inéquitable que suivent les antirétroviraux en Ouganda. Le portrait qu'ils brossent de l'accès inéquitable aux médicaments contre le sida est déprimant. Dans ce pays, la pauvreté contraint les patients et leur famille à prendre des décisions impossibles. Déjà réduit considérablement, le prix des antirétroviraux y est encore beaucoup trop élevé pour la majorité des familles. Certaines affectent la majeure partie de leurs ressources financières au traitement d'un ou plusieurs parents malades, tandis que d'autres n'en sont tout simplement pas capables. Dans les familles les plus démunies, les patients aident parfois les autres membres de la famille en se suicidant. Les coûts monétaires et émotifs du traitement obligent les gens à (re)définir leurs rapports, ce qui fait des médicaments le symbole de la qualité du lien de parenté et des relations internationales. «En tant qu'objets tangibles, les antirétroviraux objectivent les relations de façon tantôt subtile tantôt frappante. L'espoir, l'inquiétude, la solidarité, le pouvoir, l'argent et l'égoïsme sont tous représentés dans le mouvement des comprimés et gélules de personnes à personnes. Au sein des familles, les vertus associées à la prestation de soins sont clairement évidentes lors de l'achat de médicaments pour la personne malade [...]. À l'échelle mondiale, les accusations d'apartheid médical sous forme de refus de rendre les médicaments réellement accessibles dans les pays pauvres constituent des accusations d'injustice et d'immoralité³¹.»

Malgré les observations funestes de Whyte et ses collaborateurs — qui s'appliqueraient sans doute à bien d'autres pays pauvres —, les récents développements dans le dossier des antirétroviraux montrent que la pression politique exercée sur l'industrie commence à porter ses fruits. L'industrie est plus susceptible qu'il y a vingt-cinq ans de subir les critiques du public. Il y a des raisons de nourrir un optimisme prudent quant au fait que le marché des produits pharmaceutiques ne pourra plus faire fi des questions de justice et de décence morale et que les médicaments auront de profonds bienfaits sur le plan sociétal. Hardon affirme ainsi que la «distribution des médicaments contre le sida, à laquelle les décideurs de la scène mondiale attribuaient à l'origine un rapport coût-efficacité défavorable en Afrique subsaharienne, est maintenant jugée bénéfique à plusieurs égards, par exemple pour réduire la stigmatisation associée au VIH/sida, favoriser la participation volontaire aux mesures de dépistage et de *counseling* et entraîner la mise sur pied de meilleurs programmes de prévention³².

Les recherches menées sur les soins de santé de première ligne en Afrique subsaharienne dans le cadre de ce programme ont pour objectif non seulement de décrire la distribution et l'usage d'antirétroviraux selon une perspective multiniveau, mais également de contribuer à l'évolution des politiques et programmes par le biais d'une intervention en amont. Une étude comparative menée récemment sur l'observance du traitement aux antirétroviraux en Ouganda, en Tanzanie et au Botswana révèle que les patients avaient de la difficulté à se conformer au traitement malgré le fait que les établissements fournissaient à l'époque les médicaments sans frais³³. Selon les usagers d'antirétroviraux, les coûts connexes (par exemple les frais de transport, les frais d'inscription et les tickets modérateurs imposés par les établissements privés, la perte de revenus d'emploi en raison des longs délais d'attente) constituent les principaux obstacles à l'observance

thérapeutique optimale. À cela s'ajoutent les effets indésirables et la faim lors de la première phase du traitement. Nous avons aussi constaté que les usagers d'antirétroviraux n'aiment pas prendre leurs médicaments lorsqu'ils sont en compagnie de personnes auxquelles ils n'ont pas divulgué leur séropositivité, comme des collègues et des amis. Les équipes de recherche ont émis plusieurs recommandations: 1) que les intervenants de santé informent mieux les patients à propos des effets indésirables; 2) que les programmes de traitement aux antirétroviraux offrent le transport et un soutien alimentaire aux patients qui n'ont pas les moyens d'en assumer les coûts; 3) que ces programmes réduisent les coûts récurrents des usagers en fournissant des réserves de médicaments suffisantes pour deux ou trois mois au lieu d'un mois, une fois atteint un degré optimal d'observance thérapeutique; 4) que les pharmaciens jouent un rôle important dans le suivi des patients.

L'effet de l'accès accru aux antirétroviraux sur la stigmatisation ne peut être déterminé à l'heure actuelle et devra faire l'objet d'études ultérieures. Les comptes rendus préliminaires de recherche font état à la fois d'une réduction de la stigmatisation et du maintien de la stigmatisation (puisque les médicaments permettent aux personnes vivant avec le sida de cacher et de nier leur séropositivité, ce qui aide à garder le VIH/sida dans l'ombre). Parmi les autres sources de préoccupation figure une question soulevée en particulier par les professionnels de la santé: quelles répercussions l'usage à long terme d'antirétroviraux aura-t-il sur l'observance thérapeutique dans les sociétés où la réinterprétation et commercialisation de produits pharmaceutiques sont monnaie courante, comme l'ont démontré des études anthropologiques passées³⁴.

Orientation théorique de la perspective multiniveau

Jusqu'à présent, la perspective multiniveau a été présentée principalement sous forme de programme de recherche, de moyen pratique d'organiser la recherche pour en arriver à une description intelligible et plausible de l'évolution continue d'un phénomène. Peu d'énergie a été consacrée aux répercussions théoriques de cette variabilité. Qu'est-ce qui fait changer la perception des médicaments à différents niveaux de l'organisation sociale? Quelle vision théorique sous-jacente ou explicite sous-tend les diverses études fondées sur une approche multiniveau? Il n'est pas suffisant de simplement attribuer les différents sens qu'on donne aux médicaments aux différentes (sous) cultures et aux différents niveaux de la société. En fait, si l'on s'en tient à cela, on ne répond guère plus qu'à la question de savoir qu'est-ce qui rend ces (sous) cultures différentes.

L'examen des différentes études fondées sur une perspective multiniveau nous porte à avancer, comme postulat théorique, que les idées suivent les intérêts. Les acteurs semblent attribuer à ce qui leur paraît personnellement bénéfique une définition qui satisfait à leurs exigences et désirs. Long parle des tranchées du savoir, une expression qui «exprime l'idée de lieux de débats non reconnus, où la compréhension mutuelle, les intérêts et les valeurs des acteurs s'opposent³⁵». Ce n'est donc pas surprenant que le marché joue un rôle si important dans la production du sens et du savoir, comme le soutient Van der Geest dans son ethnographie du Cameroun³⁶. La transaction commerciale se transforme en vérité médicale et ontologique (contestée).

Ce point de vue théorique penche vers un pragmatisme qui attribue la «vérité» à ce qui est utile ou bénéfique à l'acteur. Les questions clés des anthropologues — quel est le point de vue de l'autre? (Malinowski) qu'est-ce qui est en jeu? (Geertz) qu'est-ce qui importe vraiment? (Kleinman) — vont toutes dans le même sens: les intérêts et préoccupations précèdent les idées. Si les fabricants, les personnes chargées de la planification de la santé sur la scène internationale, les médecins, les pharmaciens, les commerçants et les patients véhiculent des points de vue différents à propos des médicaments, c'est principalement parce que leurs intérêts envers ceux-ci diffèrent. Comme le soutiennent Nichter et Vuckovic, les marchandises très prisées — les médicaments par exemple — sont particulièrement susceptibles de devenir porteurs d'idées et de valeurs³⁷.

La perspective transactionnaliste des années 1970, qui s'apparente à ce point de vue pragmatiste, voit en l'acteur humain un sujet en quête de la satisfaction de ses propres intérêts et de ceux de son entourage, un entrepreneur qui agit de façon à maximiser ses profits³⁸. La métaphore de l'entrepreneur illustre la raison pour laquelle, selon nous, le commerce des médicaments entraîne un choc d'idées et d'intérêts. Le commerce est un secteur de réciprocité négative: ce qui fait le bonheur de l'un fait le malheur de l'autre. Les médicaments deviennent des outils ou des armes auxquels les acteurs de différents niveaux ont recours pour servir leurs propres intérêts, habituellement au détriment d'autres acteurs. «Suivez l'argent», dit un des personnages du film d'Oliver Stone, *Nixon*, sur l'affaire Watergate. La direction que prend l'argent révèle celle des intentions et des actions humaines.

Dans son survol des théories de l'anthropologie, Ortner discute du concept d'«agencéité» et de l'approche acteur, et relie ces concepts à ce qu'elle appelle la «théorie des intérêts», un modèle «d'acteur essentiellement individualiste, plutôt fonceur, intéressé, rationnel et pragmatique, pouvant être orienté vers la maximalisation. Cette théorie suppose que les acteurs cherchent rationnellement à satisfaire leurs désirs, soit ce qui leur est utile matériellement et politiquement dans le contexte de leur réalité culturelle et historique³⁹.» Elle poursuit sa critique de ce modèle motivationnel exagérément rationaliste et qui laisse peu de place à l'émotivité. Or, nous ne croyons pas qu'un transactionnaliste ou un chercheur s'inspirant du concept d'agencéité ait intentionnellement exclu des sentiments comme la peur, le désir et la colère au moment de décrire et d'analyser le comportement humain. En fait, affirmer que les émotions sont obligatoirement égoïstes frôle la tautologie; et les émotions *entrent* en jeu dans le cheminement des médicaments.

La perspective des parties prenantes [*stakeholders*] est une autre approche qui s'apparente au point de vue transactionnaliste, axé sur l'acteur. Cette perspective part du principe que les expériences et points de vue des différentes parties prenantes à une politique, à une marchandise ou à un processus donné orientent la façon dont ces parties composent avec la situation. Cette perspective ne porte pas sur ce qu'ont en commun les différentes parties, mais met plutôt l'accent sur les différences qui se traduisent en rivalité et conflits, et en découlent.

L'anthropologie pharmaceutique a amplement fait la démonstration ethnographique de tels intérêts et visions contradictoires entre diverses *stakeholders* et factions à différents niveaux de la société. Non seulement cette position offre-t-elle un moyen plus souple d'examiner les scénarios d'intervention et le croisement des lieux de débat se rapportant aux processus d'élaboration, mais elle jette aussi une lumière

nouvelle sur les soi-disant «grandes questions» que sont la pauvreté, l'inégalité et la domination au sein de l'économie politique mondiale en évolution. Elle y arrive en montrant comment de tels macro-phénomènes et problèmes humains pressants découlent (intentionnellement ou non) de l'interaction complexe des stratégies, «projets», mesures de dotation en ressources (matérielles-techniques et sociales-institutionnelles), discours et sens de différents acteurs⁴⁰.

Deux exemples provenant de l'Ouganda pourraient illustrer cette perspective théorique contenue implicitement dans l'approche multiniveau. Akello a étudié la délivrance de médicaments antirétroviraux et autres et l'observance thérapeutique dans le nord de l'Ouganda dévasté par la guerre⁴¹. Dans un récent article de conférence, elle décrit le peu de succès qu'ont eu sur le plan de l'amélioration de la santé des sidéens des interventions d'envergure visant à accroître l'accès et le recours aux antirétroviraux. Ce que les professionnels de la santé des niveaux national et intermédiaire percevaient comme un problème médical que l'on pouvait résoudre à l'aide de médicaments dorénavant disponibles s'avérait plutôt un problème économique et social extrême. Les sidéens de la région — composés en grande partie de mères et d'enfants que la guerre, la pauvreté et l'insécurité avaient souvent rendus orphelins — n'arrivaient pas à suivre des consignes simples en matière d'alimentation, d'hygiène et de mode de vie. Ces mères et ces enfants avaient des priorités et une façon de définir la survie tout autre que celles des décideurs et des intervenants de la santé.

Kinsman a examiné l'évolution des politiques régissant les antirétroviraux en Ouganda, y compris la façon dont les acteurs des niveaux international, national et local se sont opposés à la mise à niveau de l'offre d'antirétroviraux⁴². Sur la scène internationale, l'opposition la plus féroce venait surtout de scientifiques qui se préoccupaient des répercussions possibles sur la santé publique d'un processus de mise à niveau sans assises solides. Sur la scène nationale en Ouganda et locale à Masaka, les arguments invoqués pour empêcher la mise à niveau étaient plutôt de type pratique et politique. Sur le plan pratique, on se préoccupait de la durabilité, de la capacité des systèmes de santé d'offrir un programme d'une telle envergure, ainsi que des effets sur les autres composantes du système de santé de l'affectation de certains des meilleurs médecins à la seule prestation d'antirétroviraux. Sur le plan politique, la mise à niveau soulevait des questions de chasse gardée, certains craignant la perte de pouvoirs, d'autorité ou de financement dans d'autres secteurs de la lutte contre le sida où, jadis, ils avaient été des acteurs importants.

Le gouvernement ougandais s'est opposé à la mise à niveau de l'offre d'antirétroviraux en grande partie pour des motifs de durabilité: qu'arriverait-il aux dizaines de milliers de personnes soignées si le financement cessait soudainement? En 2001, cependant, l'importation illégale de médicaments génériques à bas prix dans le pays par le Joint Clinical Research Centre a rendu cet argument caduc. Le gouvernement s'est alors retrouvé dans une fâcheuse position, obligé d'autoriser la mise à niveau même si cela allait à l'encontre de la conscience que les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé ont de ce qui est bien. Les mesures prises par ce centre de recherche illustrent comment une organisation bien placée et déterminée peut — en enfreignant la loi ou malgré le fait qu'elle enfreint la loi — surmonter une vive résistance et occasionner un important virage stratégique au niveau national.

Sur le plan local, à Masaka, les acteurs étaient moins nombreux et les dirigeants du premier fournisseur d'antirétroviraux gratuits du pays — Uganda Cares — ont pu adopter une approche plus

consultative qu'il ne l'était possible à un niveau national ou international. En s'associant à d'autres organisations non gouvernementales et en veillant à ne pas mettre en péril le travail et le gagne-pain de leur personnel, Uganda Cares a donné à ces ONG une part active dans le projet. Cela a permis à l'organisme de dissiper la résistance au projet et de s'entourer de partenaires importants.

Conclusion

L'accès accru aux médicaments antirétroviraux implique une nouvelle analyse anthropologique de la production, du marketing, de la distribution et de l'usage des produits pharmaceutiques. Dans cet article, nous avons soutenu que la perspective multiniveau est un outil heuristique efficace pour mener une telle analyse. Cette approche se prête particulièrement bien à la description et à l'interprétation de la mobilité des médicaments au sein des sociétés actuelles. Elle montre comment les significations et les pratiques s'inscrivent dans un contexte particulier. Dans les régions disposant de ressources limitées, par exemple, la pauvreté détermine l'accès et le recours aux technologies de survie, et cet obstacle est lié à des politiques et des intérêts commerciaux sans lien avec les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/sida.

Une deuxième conclusion porte sur la nécessité d'examiner attentivement les *intérêts* des personnes concernées par la production, la distribution et l'usage des médicaments afin de comprendre — et même de prévoir — le cheminement singulier des médicaments. Les recherches fondées sur une approche multiniveau permettent de recueillir le type d'information qui rend ce genre d'interprétation possible; elles illustrent les motivations plutôt banales et égocentriques qui orientent les cycles de vie des médicaments.

Enfin, pour avoir un effet sur les politiques et sur la distribution et l'usage des produits pharmaceutiques, il importe de communiquer les résultats des analyses multiniveaux à ceux qui participent directement à la délivrance et à l'usage des médicaments. Mais pour que ces analyses soient efficaces en amont, les anthropologues devront s'efforcer de rédiger des ouvrages clairs et transparents, compréhensibles pour les décideurs et les intervenants des niveaux inférieurs de la société.

(notes)

1. Cet article s'inspire de travaux passés (voir A. Hardon, «Confronting the HIV/AIDS epidemic in sub-Saharan Africa: policy versus practice», *Social Science Perspectives on HIV-AIDS*, vol. 186, 2005, p. 599-606; S. Van der Geest, «Anthropology and the pharmaceutical nexus», *Anthropological Quarterly*, vol. 79, no 2, 2006, p. 303-314; J. Kinsman, *Pragmatic Choices: Research, Politics and AIDS Control in Uganda*, thèse de doctorat, université d'Amsterdam, 2008, chap. 2). Il décrit le cadre d'action d'un programme de recherche multiniveau dirigé par Anita Hardon et Sjaak Van der Geest sur les médicaments contre le sida dans les régions disposant de ressources limitées (<<http://www2.fmg.uva.nl/assr/aids/index.html>>). Une version préliminaire a fait l'objet d'une présentation au *Deuxième congrès international sur la chaîne des médicaments: regards interdisciplinaires sur la complexité et la diversité*, Montréal, 2007.

2. S. van der Geest, J. D. Speckmann et P. Streefland, «Primary health care in a multilevel perspective: towards a research agenda», *Social Science & Medicine*, vol. 30, no 9, 1990, p. 1026.
3. Voir K. Jones, G. Moon et A. Clegg, «Ecological and individual effects in childhood immunisation uptake: a multi-level approach», *Social Science and Medicine*, vol. 33, no 4, 1991, p. 501-508; D. Matteson, J. Burr et J. Marshal, «Infant mortality: a multi-level analysis of individual and community risk factors», *Social Science and Medicine*, vol. 47, no 11, 1998, p. 1841-1854.
4. A. Diez-Roux, «Multi-level analysis in public health research», *Annual Review of Public Health*, vol. 21, 2000, p. 187.
5. A. Demers *et al.*, «Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates», *Social Science and Medicine*, vol. 55, 2002, p. 417.
6. T. A. B Snijders et R. J. Bosker, *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Multilevel Modelling*, Londres, Sage, 1999.
7. H. Baer, M. Singer et J. Johnsen, «Toward a critical medical anthropology», *Social Science and Medicine*, vol. 23, no 2, 1986, p. 97.
8. I. Press, «Level of explanation and cautions for a critical clinical anthropology», *Social Science and Medicine*, vol. 30, no 9, 1990, p. 1001-1003.
9. S. van der Geest, J. D. Speckmann et P. Streefland, art. cité, p. 1026.
10. R. Sciortino, *Care-Takers of Cure: A Study of Health Center Nurses in Rural Central Java*, thèse de doctorat, université libre d'Amsterdam, 1992.
11. Une étude menée sur le transfert de la technologie d'ultrasonographie des usines européennes aux hôpitaux de l'Afrique offre un autre exemple de recherche à niveaux et sites multiples menée en solitaire (B. Müller-Rockstroh, *Ultrasound Travels: The Politics of a Medical Technology in Ghana and Tanzania*, Maastricht, Universitaire Pers Maastricht, 2007).
12. I. Press, «Level of explanation...», art. cité, p. 1003.
13. S. van der Geest, J. D. Speckmann et P. Streefland, art. cité, p. 1025.
14. *Ibid.*, p. 1030.

15. K. Silva, «“Public health” for whose benefit? Multiple discourses on malaria in Sri Lanka», *Medical Anthropology*, vol. 17, no 3, 1997, p. 195-214.
16. S. van der Geest et S. R. Whyte (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer, 1988.
17. Certains des articles de cette conférence ont paru dans N. L. Etkin et M. L. Tan (dir.), *Medicines: Meanings and Contexts*, Quezon City, Health Action Information Network, 1994.
18. D. Craig, *Familiar Medicine: Everyday Health Knowledge and Practice in Today's Vietnam*, Honolulu, University of Hawai'i Press, 2002, p. 6.
19. S. van der Geest, A. Hardon et S. R. Whyte, «The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach», *Annual Review of Anthropology*, vol. 25, 1996, p. 153-178.
20. A. Appadurai, «Introduction: commodities and the politics of value», dans A. Appadurai (dir.), *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986, p. 3-63.
21. S. van der Geest, A. Hardon et S. R. Whyte, art. cité, p. 156.
22. S. R. Whyte, S. van der Geest et A. Hardon, *Social Lives of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 14.
23. D. Craig, *op. cit.*, p. 123.
24. C. H. Bledsoe et M. F. Goubaud, «The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone», dans S. van der Geest et S. R. Whyte (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries*, *op. cit.*, p. 253-276.
25. S. van der Geest, «Marketplace conversations in Cameroon: how and why popular medical knowledge comes into being», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, no 1, 1991, p. 69-90.
26. D. Craig, *op. cit.*, p. 132-133.
27. A. Lakoff, *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, p. 174.

28. D. Healy, «The new medical oikumene», dans A. Petryna, A. Lakoff et A. Kleinman (dir.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press, 2006, p. 62 et 73.
29. D. Light, *The Vioxx Crisis — and Ours*, ouvrage inédit, s.a..
30. J. Abraham, «The production and reception of scientific papers in the academic-industrial complex: the clinical evaluation of a new medicine», *British Journal of Sociology*, vol. 46, no 2, 1995, p. 188-189.
31. S. R. Whyte *et al.*, «Treating AIDS: dilemmas of unequal access in Uganda», dans A. Petryna, A. Lakoff et A. Kleinman (dir.), *op. cit.*, p. 260. Le travail de terrain sur lequel repose cet article a été effectué au milieu de l'année 2003. Les questions mises en avant n'ont plus cours de la même façon aujourd'hui, puisque les antirétroviraux sont maintenant beaucoup plus accessibles qu'ils ne l'étaient à l'époque.
32. A. Hardon, «Confronting the HIV/AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa: policy versus practice», *Social Science Perspectives on HIV-AIDS*, vol. 186, 2005, p. 605.
33. A. Hardon *et al.*, «Hunger, waiting time and transport costs: time to confront challenges to ART adherence in Africa», *AIDS Care*, vol. 19, no 5, 2007, p. 658-665.
34. D. Craig, *op. cit.*; N. L. Etkin et M. L. Tan (dir.), *Medicines: Meanings and Contexts*, Quezon City, Health Action Information Network, 1994; A. Hardon, *Confronting Ill Health: Medicines, Self-Care and the Poor in Manila*, Quezon City, Health Action Information Network, 1991; J. Y. Kim, *Pills, Production and the Symbolic Code: Pharmaceuticals and the Political Economy of Meaning in South Korea*, Ann Arbor, UMI Dissertation services, 1993; M. Nichter et M. Nichter, *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*, Londres, Routledge, 2003; M. Nichter et N. Vuckovic, «Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice», *Social Science and Medicine*, vol. 39, p. 1509-1525; K. A. Senah, *Money Be Man: The Popularity of Medicines in a Rural Ghanaian Community*, Amsterdam, Het Spinhuis, 1997; S. van der Geest et A. Hardon, «Self-medication in developing countries», *Journal of Social & Administrative Pharmacy*, vol. 7, no 4, 1990, p. 199-204; S. R. Whyte, «Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 16, no 2, p. 163-186.
35. N. Long, «An actor-oriented approach to development intervention», dans D. A. Cruz (dir.), *Rural Life Improvement in Asia*, Tokyo, Asian Productivity Organization, 2003, p. 47.
36. S. van der Geest, «Marketplace conversations in Cameroon», art. cité.
37. M. Nichter et N. Vuckovic, art. cité.

38. F. Barth, *Models of Social Organization*, Londres, Royal Anthropological Institute, document hors-série no 23, 1966; F. G. Bailey (dir.), *Gift and Poison: The Politics of Reputation*, Oxford, Basil Blackwell, 1971; J. Boissevain, *Friends of Friends: Networks, Manipulators and Coalitions*, Oxford, Basil Blackwell, 1973; A. Blok, *The Mafia of a Sicilian Village, 1860-1960. A Study of Violent Peasant Entrepreneurs*, New York, Harper and Row, 1975; M. Bax, *Harpstrings and Confessions: Machine-Style Politics in the Irish Republic*, Amsterdam, Van Gorcum, 1976.
39. S. Ortner, «Theories in anthropology since the sixties», *Comparative Studies in Society and History*, vol. 26, no 1, 1984, p. 151.
40. N. Long, art. cité, p. 48.
41. G. Akello, *Child Caretakers in Wartime: Implication for HIV/AIDS Patients' Failures to Thrive and Adherence to Antiretroviral Therapies*, ouvrage inédit, CERES Summerschool, Utrecht, Panel Health, «Disease and livelihood», 2007.
42. J. Kinsman, *op. cit.*