M Comme…

Médicament(s)

Alain Vaguet, Audrey Bochaton

Dans le paradigme biomédical, le médicament se définit comme une substance thérapeutique pharmacologiquement active, conçue par la recherche médicale, fabriquée de manière industrielle et dont la prescription et la mise en vente sont régis, en principe, par des instances sanitaires. Mais délimiter l'espace politique du médicament, requiert de porter également une attention aux multiples formes qu'il peut revêtir (plantes médicinales, substances minérales ou animales, huiles essentielles, comprimés) et à la pluralité des modes d'administration possible (prescription médicale, automédication) et des lieux de vente (en pharmacie, vente informelle, vente sur internet). Au-delà de la diversité de ces aspects matériels et des modes d'assimilation, le médicament bénéficie d'une grande popularité attribuée à son pouvoir de guérison réel et perçu mais certaines substances, hier entourées de l'auréole de la science, sont également perçues avec beaucoup de méfiance. Etudier les médicaments nécessite donc d'être attentif au contexte général de controverses et scandales qui écornent régulièrement l'image des produits pharmaceutiques.

Abondamment étudiés en anthropologie et sociologie de la santé, en économie, en bioéthique ou encore en droit, les médicaments et les politiques pharmaceutiques ont été passablement négligés par les géographes. Ils deviennent aujourd'hui un thème émergent dans la discipline (Vaguet, 2015, Fleuret et al., 2017) puisqu'ils s'inscrivent dans des lieux de production, des réseaux d'acheminement et des espaces de consommation qui, reliés entre eux, dessinent une territorialité du médicament. Deux aspects, souvent conjoints, captent l'attention des géographes : la mondialisation des enjeux et des acteurs du monde pharmaceutique ; la multiplication des facteurs qui s'opposent à la satisfaction d'un accès égalitaire, à la fois dans les Suds et les Nords.

Un accès inégal

Le premier élément qui alimente la réflexion sur le médicament en sciences sociales est la tension qui existe entre la surproduction tangible de médicaments sur l'ensemble de la planète et en même temps, l'absence criante de produits pharmaceutiques de qualité dans certaines régions du globe. Cette incohérence témoigne de la complexité de la notion « d'accès » qui résulte de la combinaison de plusieurs facteurs concomitants : disponibilité, acceptabilité, qualité, accessibilité physique et économique. Même si les contraintes de la distance/temps, peuvent parfois encore peser lourd sur l'accès physique aux substances médicamenteuses (on assiste en ce moment aux premiers tests de distribution par drones, au Rwanda), les géographes ne sauraient se contenter de l'étude de ce

facteur, finalement assez secondaire si on le compare à la dimension politique que revêtent le prix et la qualité.

Le médicament est entré aujourd'hui dans tous les champs de la vie sociale et les anthropologues désignent cette présence accrue dans la sphère du quotidien par le néologisme critique de *pharmaceuticalisation* (Nichter M. 1996, Collin, David, 2016). Les médicaments représentent aujourd'hui le quart des dépenses individuelles de santé au début du 21ème siècle (Desclaux, Egrot 2015). Au-delà des finalités thérapeutiques du médicament, des usages élargis se multiplient dans le but d'étendre les capacités physiques et cognitives des individus (la catégorie des *smart drugs*) ou d'accéder à des effets secondaires relaxants proches des psychotropes. Pourtant, malgré une forme de profusion des médicaments, l'accès reste encore très inégal puisque « *plus de 78% des produits pharmaceutiques sont consommés dans les pays aux revenus élevés qui représentent seulement 16% de la population mondiale* » (Desclaux, Egrot 2015). Et si les volumes de médicaments sont en constante augmentation dans les pays à faibles revenus, les médicaments définis comme essentiels par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) restent encore rares dans certains contextes nationaux tandis que des marchés informels regorgent de médicaments aux statuts divers. « *Certains pays du Sud peuvent commercialiser 10 fois plus de médicaments qu'un pays européen, en nombre de formes commerciales et à populations d'effectifs équivalents* » (Bruneton 2011). Le contexte de mondialisation économique facilite certes la circulation de marchandises telles que les médicaments mais cette diffusion à grande échelle ne garantit néanmoins pas la qualité irréprochable des produits mis en circulation (problèmes de dosage, date de péremption, contrefaçons).

L'accès aux médicaments est également fortement conditionné par le prix des produits. Le droit à la santé, déterminé en partie par cet accès plus ou moins aisé aux produits pharmaceutiques, se trouve souvent bafoué par les logiques des fabricants et les Droits de Propriété Intellectuelle (DPI) mis en place par l'Organisation Mondiale du Commerce. Introduits en 1994, les DPI protègent les brevets et garantissent des monopoles sur 20 ans aux industriels du médicament, point qui explique en partie le niveau des prix des nouveautés. Ces dispositions contribuent à placer les dépenses de santé au premier rang des causes d'endettement des ménages, en particulier dans les pays à bas salaires. Dans ces conditions, les produits essentiels, qui « sauvent des vies » ou qui permettent de combattre efficacement les maladies chroniques peuvent-ils continuer à dépendre d'un système de brevet unique, similaire pour toutes les marchandises ?

Rappelons-nous au début du millénaire de la situation des malades du sida, la plupart vivant dans les Suds, en particulier en Afrique, privés de l'accès aux médicaments indispensables (Anti Retro Viraux ARV) produits dans les Nords. Cette tragédie a néanmoins permis la mise en place de nouveaux dispositifs pour l'organisation, la diffusion et l'utilisation des médicaments. Sur fond de gouvernance transnationale renouvelée par l'ampleur de la philanthropie (Fondation Gates), des mécanismes d'approvisionnement et de distribution de médicaments ont été organisés (fonds d'achat, dispositif Fonds mondial de lutte contre le sida, dispositif OMS, etc.) et ont considérablement amélioré la situation. Si, pour le sida, l'accès aux traitements s'est lentement mais sensiblement amélioré, notamment grâce aux formulations génériques asiatiques (Cipla), la question de l'accès économique reste préoccupante à chaque innovation pharmaceutique. Ainsi, depuis deux ans, l'hépatite C Chronique (HCC) est désormais guérissable, un vrai succès pour le laboratoire Gilead qui détient le monopole mais le prix exorbitant du traitement en restreint l'usage, même dans les pays riches. Cette situation a donné lieu dans un premier temps à un rationnement mis en place par le ministère de la santé français au bénéfice des malades les plus gravement atteints. Situation très mal vécue par l'ensemble de la communauté des malades. Après une nouvelle négociation avec le fabricant, le prix permet de le rendre éligible pour tous mais la facture pour la collectivité dépassera 5 milliards d'euros. Dans les Suds, en 2017, les fabricants de génériques commencent à fournir ces substances à

moins de un dollar par jour. Entre la crise du sida et celle des hépatites, les délais de fourniture des produits meilleurs marchés ont raccourci mais il reste encore 68 millions de personnes souffrant de l'hépatite C dans le monde qui attendent toujours des médicaments (MSF, 2017).

Beaucoup d'auteurs critiquent ce système d'innovation basé sur les brevets, il a échoué à satisfaire la demande mondiale, alors que comme l'air ou l'eau, les connaissances médicales devraient porter en elles un potentiel de « biens communs » pour l'humanité. Les connaissances issues d'un pays pourraient alors bénéficier à tous les autres. A l'inverse, d'autres auteurs voient dans cette solution un fort risque d'inhibition car si les connaissances des uns appartiennent aussi aux autres, l'attentisme ou le désinvestissement de la recherche pourraient paralyser les velléités d'innovations. Pour autant des expériences existent déjà qui démentent ces avis pessimistes : des financements croisés récompensent d'ores et déjà des innovations thérapeutiques (Zaheer –Ud- Din Babar 2017). Par ailleurs, de grandes ONG commencent à remettre en cause certains brevets (HCC) devant les tribunaux, tout comme certains Etats (Inde) refusent de reconnaître des « faux » nouveaux médicaments (dérive de l' « evergreening ») et lancent des procédures parfois gagnantes. Ces débats n'ont rien de nouveau, en France par exemple, les brevets pour des médicaments ont été interdits pendant quasiment un siècle (Cassier, 2000). En 1959 lors de leur établissement, des dispositions prévoyaient des licences au cas où les spécialités pharmaceutiques deviendraient inaccessibles à cause de leur prix. Des ONG (Médecins du Monde, Médecins sans frontière, AIDES) demandent l'application de ces dispositions pour l'hépatite CC mais le ministère refuse.

Cependant, la recomposition territoriale du marché pharmaceutique est en cours et la croissance de la production post-occidentale, portée notamment par le Brésil, la Chine et l'Inde, tend à faire baisser les prix des produits pharmaceutiques. Désormais, la plupart des produits actifs de base servant à la formulation des génériques et des princeps viennent d'Asie, seule la dernière phase d'assemblage se déroule dans les pays à haut salaire (Imbault, 2012).

Au final, en dépit de cette dynamique récente, les questions d'accès sur la planète restent d'actualité, particulièrement aux Suds mais aussi aux Nords. En France, le contexte de déremboursement de nombreux médicaments jugés de faible efficacité thérapeutique a fait basculer ces derniers vers la sphère de l'automédication (depuis 2002), ce qui pose la question des conséquences en termes de santé publique et du point de vue de l'accès au médicament via le surcoût associé.

Règle unique ou modulations territoriales ?

Les industries et en particulier les firmes multinationales sont souvent perçues comme les acteurs principaux du secteur pharmaceutique qui organisent le marché du médicament par le canal économique. Par contraste, le rôle garant des Etats semble souvent minimisé face à ces puissants lobbys. En réalité, entre les firmes et les Etats, s'intercalent également de nombreux autres acteurs et en particulier des organisations multilatérales dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC). S'ajoutent également des ONG, des transporteurs, grossistes, médecins, pharmaciens, revendeurs informels, gestionnaires de plateformes internet et enfin les consommateurs [voir aussi « G comme Global Health »]. Chacun de ces acteurs intervient de diverses manières sur les régulations en place, les contourne, les déplace et les adapte en fonction de l'offre et la demande, en fonction des enjeux, des contextes et des temporalités (Quet et al. 2018). Cette régulation à multiples facettes résulte donc d'intérêts nationaux et internationaux nombreux, de configurations spatiales particulières, de considérations commerciales et sanitaires, de politiques gouvernementales, de comportements individuels, de transactions juridiques et de pratiques

informelles qui contribuent tous à organiser le milieu pharmaceutique. Les politiques du médicament apparaissent dès lors comme un assemblage de lois, de règles et de codes de conduite très hétérogènes ; elles sont le résultat de tensions entre des efforts d'harmonisation d'une part et la diversité persistante d'autre part, ainsi que le résultat d'interactions entre la réglementation officielle et des pratiques et usages non conformes et non reconnues.

Ainsi, une étude du marché informel du médicament réalisée à Cotonou au Bénin (Baxerres, Le Hesran 2011) a mis en évidence que la grande majorité des produits vendus sur ce marché provenait des pays anglophones proches du Bénin (Nigeria et Ghana). Tandis que les deux pays anglophones disposent d'un système de distribution pharmaceutique libéral avec peu d'intervention des autorités publiques, la distribution pharmaceutique au Bénin est quant à elle fortement influencée par le gouvernement. Ces modes de gestion contrastés sont par conséquent à l'origine d'une importante circulation transfrontalière de médicaments, résultat de stratégies mises en place par les revendeurs situés de part et d'autre des frontières.

Dans un autre contexte mais sur des modalités similaires, les longues frontières que partage le Laos avec ses voisins (Vietnam, Chine, Thaïlande, Cambodge, Myanmar) constituent autant de points d'entrées de produits pharmaceutiques divers et variés (Quet et al. 2018) ; commerce encadré dans une large mesure, les médicaments voyagent également discrètement dans des valises, à l'abri de conteneurs que les autorités douanières n'ont ni les outils ni les ressources humaines suffisantes de contrôler. En décembre 2014, des monothérapies produites au Vietnam pour traiter le paludisme et pourtant interdites de vente dans l'ensemble de la sous-région (suite à une recommandation OMS de 2006 faisant état de l'apparition de formes de résistance) ont ainsi été retrouvées dans la pharmacie d'un grand hôpital public de la province laotienne de Champassak. Cet épisode met l'accent sur la forte discontinuité existant entre le Vietnam et le Laos en matière de contrôle des lieux de vente de médicaments ainsi que sur les pratiques sans scrupules de certains fabricants, prêts à tout pour écouler leurs stocks de médicaments.

Dans la complexité de ces circulations, Internet ajoute une nouvelle dimension puisque le réseau constitue une source d'approvisionnement transnationale croissante qui facilite l'accès à certains produits tout en permettant de contourner les régulations nationales en place. Sur ces questions d'accès, d'imbrication d'échelles, de discontinuités spatiales, la géographie de la santé a les moyens d'apporter des éclairages originaux et pertinents en complément des approches anthropologiques très représentées dans les *pharmaceutical studies*.

Un objet désiré, source de suspicions

Par son caractère concentré et maniable, le médicament est généralement perçu comme un objet doté d'un fort pouvoir de guérison, du moins dans le contexte biomédical et dans les pays occidentaux ; sa matérialité et son identité visuelle, sont supposés permettre à tout un chacun de le reconnaître facilement quel que soit le contexte.

Le médicament est associé à la prescription par le médecin et s'inscrit comme un élément majeur de l'intervention thérapeutique donnant son efficacité à la relation de soins. Du fait des « avancées » pharmacologiques, le médicament est l'objet d'une attention constante et renouvelée qui amène à le percevoir de plus en plus comme la source de guérison plutôt que le thérapeute lui-même. Ceci se traduit, quel que soit le contexte, par une automédication courante (Fainzang 2012) qui contourne la profession médicale à l'aide de différentes stratégies (internet, marchés informels, transport individuel de médicaments).

Certains produits pharmaceutiques, comme les vaccins, font néanmoins depuis longtemps l'objet de discours de défiance, malgré un effet bénéfique avéré sur la santé, dont témoignent les Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) dispensées par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) et l'Agence Américaine des Produits Alimentaires et Médicamenteux (FDA), qui s'appuient elles-mêmes sur les résultats des essais thérapeutiques. Les doutes émis tendent d'ailleurs à s'accroitre aujourd'hui par l'intermédiaire des forums de patients en ligne et dissuade une partie de la population d'y avoir recours. En France, les couvertures vaccinales de nombreuses maladies infectieuses ciblées dans le calendrier vaccinal ne sont ainsi pas optimales. Cela concerne en particulier « *le vaccin contre l'hépatite B et celui contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), avec des couvertures respectives à l'âge de 2 ans de 35 % (3 doses) en 2009 et 31 % (2 doses) en 2008* » (Sardy et al. 2012). A partir du milieu des années 1990, une controverse concernant le lien supposé entre la vaccination contre le virus de l'hépatite B et des pathologies du système nerveux central (dont la sclérose en plaque) explique qu'une partie des usagers se sont détournés de cette vaccination. Une situation quasiment identique a eu lieu au Royaume-Uni précédemment. Elle a donné lieu à une recherche rétrospective approfondie qui a montré les effets délétères de la diffusion des rumeurs ce qui a fait dire à Ben Goldacre (2011) qu'il conviendrait de considérer la couverture médiatique de la santé comme un risque de santé publique.

Dans ce scepticisme ambiant et sur un terrain très polémique, la ministre de la santé Agnès Buzyn annonce en juin 2017 qu'elle envisage de passer de trois à onze vaccins obligatoires en France, justifié par un enjeu de solidarité et une façon de protéger l'ensemble de la société : « *Aujourd'hui, en France, la rougeole réapparaît. Il n'est pas tolérable que des enfants en meurent : dix sont décédés depuis 2008. […] On a le même problème avec la méningite* » (entretien accordé au Parisien le 16 juin 2017). Certains observateurs analysent cette annonce comme un cadeau fait aux laboratoires pharmaceutiques, d'autres s'interrogent sur le bien-fondé du caractère obligatoire ; dans un contexte où les français traversent une crise de confiance vis-à-vis de la vaccination, l'extension de l'obligation vaccinale ne sera-t-elle pas contre-productive ? Partout et depuis toujours les innovations de santé publique ont présenté une dimension liberticide menant progressivement à une acculturation des populations. Pour autant, les principaux succès de la science - dont les médicaments constituent un véritable totem - ont contribué à une montée en charge d'une acceptabilité en cours de mondialisation. On peut regretter toutefois que les bénéfices attendus pour l'humanité demeurent à la fois mal partagés et objets de spéculations.

Conclusion

Les paradoxes du marché pharmaceutique, les multiples controverses qu'il génère et la grande diversité d'acteurs en présence illustrent bien le poids du médicament dans la société contemporaine ainsi que la complexité à l'appréhender. De nombreuses questions restent en suspens dans un contexte de régulations fluctuantes, de circulations accélérées des produits pharmaceutiques et de lobbys puissants. Comment inventer un nouveau système qui en finisse avec les situations humanitaires intenables alors que la rente dégagée par cette industrie rivalise avec celle du pétrole ? Avec l'augmentation de la durée de vie, les effets pathogènes des environnements et les changements de modes de vie, cette interrogation résonne comme une urgence avec « *l'épidémie* » en cours des maladies chroniques tant dans les pays du Nord que dans les pays du Sud.

Bibliographie :

Baxerres C., Le Hesran J-Y., 2011. Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou, Benin. *Social Science and Medicine*, 73 (8), 1249-1256.

Bruneton, C., 2011. Politique des médicaments et bonne gouvernance pharmaceutique. In Kerouedan D., Santé internationale: Les enjeux de santé au Sud, Paris: *Presses de Sciences Po*, 293-302.

Cassier M., 2000. Brevets et santé publique : un parallèle entre les brevets sur les gênes aujourd'hui et les brevets de médicaments au 19ème siècle. *Les Cahiers de l'Innovation*, CNRS, 1-20.

Collin, J., David, P.M. (dir), 2016. *Vers une pharmaceuticalisation de la société? Le médicament comme objet social*, Presses de l'Université du Québec, 294p.

Desclaux, A., Egrot, M., 2015. *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges*. Collection Anthropologies et Médecines. Paris, L'Harmattan, 282 p.

Fainzang, S., 2012. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris, Presses Universitaires de France. 182 p.

Fleuret S., Hoyez A.C., Christen J., 2017. Un système d'information géographique pour mieux comprendre les pratiques d'automédication, *Géocarrefour*, 91 / 4

Goldacre, B., 2011. *Bad science: Quacks, Hacks, and Big Pharma Flacks*, Fourth Estate, 288 p.

Imbaud D., Morin A., Picard S., Toujas F., 2012. Evaluation de la politique française des médicaments génériques. *Rapport Inspection Générale des Affaires Sociales* (IGAS), 151p.

Médecins Sans Frontières (MSF), 2017. Newsletter, https://msf.lu/fr/actualites/toutes-les-actualites/hepatite-c-msf-negocie-un-prix-de-120-dollars-pour-un-traitement

Nichter M., 1996. Pharmaceuticals, the commodification of health and the health care-medicine transition *in Anthropology and International Health*, Nichter M. and M. editors, Gordon and Breach Publishers, 265-326.

Quet, M., Pordié, L., Bochaton, A., Chantavanich, S., Kiatying-Angsulee, N., Lamy, M., Vungsiriphisal, P., 2018. Regulation Multiple. Pharmaceutical Trajectories and Modes of Control in the ASEAN, *Science, Technology and Society*: in press.

Sardy, R., Ecochard, R., Lasserre, E., Dubois, J., Floret, D. & Letrilliart, L., 2012. Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée. *Santé Publique*, vol. 24(6), 547-560.

Vaguet, A., 2015. L'espace politique des médicaments, *L'Espace Politique* 26 | 2015-2. http://journals.openedition.org/espacepolitique/3534

Zaheer-Ud-Din B., 2017. *Pharmaceutical policy in countries with developing health care system*. Springer International Publishing, 430p.