

« Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente ?

À propos d'une recherche anthropologique au Bénin

Emmanuelle Simon, Marc Egrot

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2012/2 Vol. 30 , PAGES 67 À 91
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2012.0205

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-2-page-67?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

« Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin

Emmanuelle Simon*, Marc Egrot**

Résumé. Impulsés dans les années 1970 par des politiques de santé publique nationales et internationales, les « médicaments traditionnels améliorés » circulent aujourd'hui tant dans le secteur public que le secteur privé de santé au Bénin. Cet article s'intéresse à la rencontre entre ces traitements issus du secteur traditionnel des soins et les traitements nouvellement importés provenant du secteur alternatif des sociétés occiden-

* Emmanuelle Simon, anthropologue, IGR Centre de Recherche sur les Médiations (CREM), Université de Lorraine, Metz, France ; Associée GRECSS, Université d'Aix-Marseille, France ; emmanuelle.simon@univ-lorraine.fr

** Marc Egrot, anthropologue, médecin, UMR MIVEGEC - Maladies Infectieuses et Vecteurs (UM1-UM2-CNRS 5290-IRD 224), Montpellier, France ; marc.egrot@ird.fr

Les résultats présentés ici proviennent de deux programmes de recherche (2005-2008) portant sur les traitements néotraditionnels : « *Anthropologie des traitements néotraditionnels du sida en Afrique de l'Ouest* » coordonné par M. Egrot (UMR 145 IRD/UMR 7043 CNRS) et A. Traoré (SHADEI), financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites et par Sidaction, et « *Médicaments émergents dans le contexte de la mondialisation* » coordonné par A. Desclaux (CRECSS/UMR 145IRD), financé par le ministère français de la Recherche (Appel Prosodie) et par l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaine. Nous remercions A. Desclaux, B. Taverne, E. Sambiéni et C. Masson pour leurs contributions respectives à ce texte.

tales (phytothérapie industrialisée et compléments alimentaires) dans le contexte de la mondialisation sanitaire. Dans quel contexte se construisent localement les correspondances et les fractures entre ces différentes catégories de produits de santé ? Comment les seconds sont assimilés à la « tradition » ? Cette assimilation à la tradition est-elle le seul déterminant des modes de catégorisation déployés ? Et en quoi le terme de « traitements néotraditionnels » peut-il nous aider à appréhender les mises en correspondances opérées entre ces différents traitements ?

Mots-clés : *anthropologie du médicament, tradition, changement, traitements néotraditionnels.*

Dans les années 1970 et au tout début des années 1980, la majorité des États d’Afrique mettent en place des politiques de promotion des thérapeutiques traditionnelles sous l’impulsion de différentes organisations internationales (Organisation mondiale de la santé, Organisation africaine, Conseil africain et malgache pour l’enseignement supérieur). Ces politiques reposent toutes sur un postulat commun : l’efficacité biologique des traitements traditionnels. Leur développement en tant que « médicaments traditionnels améliorés » (MTA) (1), selon la terminologie utilisée dans les programmes de promotion des médecines traditionnelles en Afrique francophone, passe alors par une valorisation sous diverses formes. Des recommandations officielles encouragent les tradipraticiens à changer certaines de leurs pratiques afin d’aboutir à une identification botanique rigoureuse, un dosage précis, une meilleure hygiène, une mise au point de formes galéniques et un conditionnement. Mais c’est surtout la volonté de montrer la pertinence du postulat initial posé pour ces produits qui, articulée à une quête de légitimation dans le registre de la science, se traduit pour certains d’entre eux par la mise en œuvre d’évaluation des effets thérapeutiques par des protocoles expérimentaux.

Au cours de la seconde moitié des années 1990, la popularité des MTA s’accroît et leur offre se développe en marge des initiatives publiques de promotion des médecines traditionnelles ; des travaux d’anthropologues mentionnent leur présence en différents pays du continent (Akoto *et al.*, 2002 ; Barges, 1996 ; Bourdarias, 1996 ; Simon, 2004), en particulier pour les traitements du sida (Egrot et Taverner, 2002 ; Hardon

(1) Afin d’alléger le texte, les auteurs ont choisi cet acronyme plutôt que de reprendre l’expression complète.

et al., 2008 ; Taverne, 2003 ; Taverne et Egrot, 2002). L'histoire de ces traitements présente des similitudes avec celle des médicaments du marché informel ; ces derniers émergent dans les années 1960 ; ils explosent véritablement au cours des années 1980 et 1990 (Baxerres, 2010 ; Fassin, 1992 ; Van Der Geest, 1982). Les MTA, comme les médicaments du marché informel, prospèrent en particulier à l'intérieur du secteur privé en plein essor au cours des trois dernières décennies dans les systèmes de santé en Afrique.

Aujourd'hui, les MTA circulent dans l'ensemble des « chaînes du médicament » (2) (Lévy *et al.*, 2007) ; ils sont promus par des sections, divisions ou services des médecines traditionnelles au sein des ministères de la Santé (« chaîne étatique centralisée »), commercialisés en pharmacie (« chaîne capitaliste régulée »), proposés dans certaines organisations non gouvernementales (ONG), en particulier à l'intérieur du système confessionnel (« chaîne humanitaire »), vendus au domicile du tradipraticien, dans des boutiques spécialisées, dans les supermarchés, sur les marchés ou dans la rue (« chaîne dérégulée »). Ces nouveaux traitements s'inspirent de la culture matérielle du médicament pharmaceutique ; ils ont su trouver un contexte favorable à leur développement grâce à la marchandisation des produits de santé (3) mais aussi du fait de l'accélération et de l'extension de leur circulation dans le contexte de la mondialisation.

(2) Le concept de « chaîne du médicament » est utilisé pour sa valeur descriptive. La dénomination attribuée à chacune de ces chaînes est toutefois discutable. En particulier, l'idée de dérégulation est très clairement péjorative. L'absence de régulation est tout aussi bien signifiée par la « chaîne non régulée ». De plus, cette notion de régulation employée par Lévy *et al.* reste très ambiguë car elle n'est pas rigoureusement définie. Par exemple, la structuration et la hiérarchisation de la vente de médicaments sur les marchés et dans les rues dans beaucoup de pays rendent difficile l'usage d'un qualificatif évoquant une dérégulation.

(3) *A contrario* de ce qui est observé en Asie, l'industrialisation des MTA reste encore limitée en Afrique. Elle concerne uniquement quelques plantes qui proviennent des pays anglophones les plus développés (Afrique du Sud notamment avec l'industrialisation de la *Sutherlandia* ou de l'African potato, appellations communes de *Sutherlandia frutescens* et *Hypoxis hemerocallidea*). Le médicament est défini comme étant une préparation industrielle, construit à partir d'un principe actif et sur des bases pharmacologiques (Desclaux et Lévy, 2003 ; Whyte *et al.*, 2002). Dans le cadre de cette définition ce serait donc « par excès » qu'on parlerait de « médicaments » traditionnels améliorés ; ils sont en tout état de cause à situer dans un « continuum allant du remède au médicament » dans lequel le médicament reste « indissociable de significations relatives aux personnes (...) ou des rapports sociaux » (Desclaux, 2009a : 164).

Dans l'introduction du numéro de *Techniques et Cultures* consacré aux médicaments, Akrich et Dodier mettent l'accent sur « la pluralité des "cultures" médicales et des cadres de référence mobilisés dans la pratique médicale et, parallèlement, le rôle essentiel de certains dispositifs techniques dans l'articulation de ces différentes cultures » (Akrich et Dodier, 1995 : V). De nombreux travaux ont montré comment les médicaments pharmaceutiques étaient réinterprétés et utilisés selon les conceptions locales relatives à la santé — « *indigenization of pharmaceuticals* » (Burghart, 1988), « *pharmaceuticals as folk medicines* » (Whyte, 1992). Leurs auteurs insistent parfois sur l'appropriation des médicaments pharmaceutiques par les thérapeutes traditionnels (Haak et Hardon, 1988).

D'autres travaux se rapprochent davantage des analyses consacrées à l'étude des objets thérapeutiques issus des médecines traditionnelles dans des contextes de changements sociaux. La quasi-totalité d'entre elles concernent l'Asie ; elles abordent, pour l'essentiel, l'industrialisation de ces traitements et leur régulation étatique (Afdhal et Welsch, 1998 ; Banerjee, 2002 ; Bode, 2002, 2006 ; Wolfers, 1988) (4). Elles portent plus spécifiquement sur le développement des industries pharmaceutiques spécialisées dans les ingrédients ou préparations médicinales traditionnelles ; elles révèlent les déterminants sociaux de cette industrialisation (Afdhal et Welsch, 1998 ; Bode, 2002) ainsi que son impact sur les représentations sociales du secteur traditionnel des soins (Banerjee, 2002 ; Bode, 2006). Quelques écrits sont aussi consacrés aux essais cliniques sur des plantes ou des traitements traditionnels et analysent comment les acteurs locaux négocient avec les logiques scientifiques d'administration de la preuve en biomédecine (Adams, 2002 ; Adams *et al.*, 2005 ; Micollier, 2007 ; Pordié, 2005).

Certains chercheurs se sont intéressés à l'exportation des savoirs traditionnels en Occident et à l'intégration des médecines chinoises ou indiennes dans l'espace des thérapeutiques alternatives (Tan, 1989 ; Zimmerman, 1995). Les travaux historiques de Flint en Afrique du Sud montrent, par ailleurs, comment ce qui est considéré comme des « *connaissances indigènes* » dans le domaine des « *traitements africains* » est bien plus le résultat d'un « *amalgame de plusieurs influences culturelles et politiques* ». Elle montre, notamment à partir d'arguments historiques, comment ce polyculturalisme résulte de la rencontre entre médecines indiennes et africaines dans le contexte culturel qu'elle étudie (Flint, 2001, 2006). Mais peu de travaux sont consacrés à la rencontre,

(4) Seuls quelques travaux d'africanistes portent sur ces nouveaux objets, en provenance de recherches menées en Afrique du Sud en anthropologie politique de la santé (Fassin, 2006 ; Leclerc-Madahala, 2002 ; Le Marcis, 2004).

dans le contexte de la mondialisation sanitaire, entre traitements du secteur alternatif des pays du Nord et traitements issus du secteur traditionnel des soins en Afrique ; même les travaux menés en Asie ont assez peu exploré cette piste de recherche.

Le présent texte analyse l'inscription de phytothérapies industrialisées et de compléments alimentaires dans l'espace thérapeutique béninois. Il s'appuie sur une ethnographie des procédés de promotion déployés, des représentations et des discours de différents acteurs intervenant dans leurs chaînes de diffusion au Bénin (5) ; il s'intéresse, en particulier, aux articulations opérées localement entre ces nouveaux produits importés et les MTA.

Cet objet de recherche nous est apparu pertinent au cours d'une enquête menée sur les traitements néotraditionnels du sida en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Sénégal). Lors de la rédaction de notre programme scientifique, nous avons défini les « traitements néotraditionnels » comme des traitements de type syncrétique mobilisant des références cumulées à la tradition, à la nature et aux sciences biomédicales (Egrot, 2007 ; Egrot *et al.*, 2005 ; Simon *et al.*, 2006). Ce terme d'appellation est en partie inspiré des travaux d'anthropologie religieuse relatifs aux églises syncrétiques (Bastide, 1960 ; Mary, 2000). Néanmoins, cette dénomination nous est apparue dès le début bien insatisfaisante car, selon les terrains respectifs de chacun des chercheurs, les produits thérapeutiques ainsi qualifiés semblaient trop hétéroclites, ou encore parce que la référence à une tradition n'était pas toujours faite sur le même mode ni avec la même intensité, ni en donnant au terme tradition le même sens. Pour évoquer ces traitements lors de nos enquêtes, chacun de nous employait différentes terminologies utilisées localement : « médicaments traditionnels », « traitements africains », « MTA », etc. Les personnes vivant avec le VIH interviewées évoquaient avec nous des MTA, mais aussi des traitements dont la filiation avec ce qu'ils considéraient comme leur tradition nous semblait parfois très lointaine, inventée ou tout simplement absente. C'est le cas de nombreux compléments alimentaires et des produits en phytothérapie industrielle fabriqués par des firmes étrangères (aromathérapie, phytothérapie, *milk-shake* amincissant aux vertus thérapeutiques, etc.). Les données obtenues lors des entretiens et

(5) Les données ont été collectées au Bénin en milieu urbain entre 1997 et 2001 puis entre 2006 et 2007. La méthode déployée était de type ethnographique fondée sur des entretiens semi-structurés auprès des acteurs intervenant aux différentes étapes de la vie sociale du traitement (Van Der Geest *et al.*, 1996). En association à cette démarche, un inventaire et une analyse des produits, des brochures et des articles publicitaires publiés dans la presse généraliste ont été réalisés.

des observations de terrain ont amené les chercheurs de notre équipe à questionner la dénomination « traitements néotraditionnels » qui, dans la littérature anthropologique existante, tendait à se confondre avec ce que recouvre l'appellation *emic* de MTA (Levy et Garnier, 2007).

Impulsée par les premières observations de terrain et par les débats qui traversaient alors notre équipe, la décision fut de s'intéresser à la manière dont les différents acteurs sociaux rencontrés sur le terrain procédaient pour établir leur propre nosographie relative aux produits thérapeutiques étudiés. Cet article propose donc d'explorer cette problématique de la catégorisation des produits thérapeutiques et d'analyser les ressorts de cette mise en correspondance entre « médicaments traditionnels améliorés », « phytothérapie importée » et « compléments alimentaires ». Les questions que cela suscite sont les suivantes : comment la phytothérapie industrialisée et les compléments alimentaires se trouvent-ils convoqués dans notre étude ? Comment sont-ils assimilés à la tradition ? Quels liens entretiennent-ils avec les traitements traditionnels améliorés ? Il convient ainsi de décrire et d'analyser selon différents angles les pratiques et les productions de sens qui permettent de classer ensemble : MTA, phytothérapie industrialisée et compléments alimentaires.

« À l'officine » : entre plébiscite populaire et institutionnel et déni de légitimité biomédicale, un statut ambigu partagé

Dans les rayons de parapharmacies ou derrière les vitrines posées sur les comptoirs des pharmacies de Cotonou et de Porto Novo, sont vendus de nombreux MTA. Dans ces mêmes rayonnages, se trouvent également des produits de phytothérapie d'importation (notamment américains et chinois), des compléments alimentaires et quelques produits alimentaires (miel, huile d'olive, eau). En 2007, par exemple, à la pharmacie Camp Guezo (l'une des plus achalandées de la ville de Cotonou), quatre armoires placées côte à côte dans l'espace parapharmacie sont consacrées à ces produits (6). Les deux premières contenaient de haut en bas : des produits de la firme américaine *Forever Living Product* (FLP) à base de plantes (notamment *Aloe vera*) aux indications multiples, des « compléments alimentaires » importés aux indications variées (renforcement du capital osseux, régulation des bouffées de chaleur ou des problèmes de prostate), de la papaye fermentée *Immun'âge* fabriquée par une firme italienne et

(6) La description qui suit rend compte des indications ou classifications de produits mentionnées sur les flacons ou étiquettes.

des MTA produits dans certains pays de la sous-région (en particulier au Mali) avec les indications suivantes : paludisme, hypertension, ulcère, diabète, dermatoses, amincissement, ou effets attendus suivants : forme sexuelle, purification du sang, lavement de l'organisme, « régulateur » de l'organisme, « multiguérison », « élixirs de vie ». Les deux autres armoires renfermaient de haut en bas : une série de produits vendus en tant que « compléments nutritionnels », à savoir la gamme de produits béninois nommée « eau noble », de la spiruline produite au Bénin, la gamme « produits de la ruche » de la firme FLP, de la gelée royale d'origine occidentale sous diverses formes ; à cela on doit ajouter une préparation locale nommée *Super energex* dont le nom traduit les effets attendus, ainsi que différents produits importés (petite pervenche : aide mémoire, gattilier (7) : règles douloureuses, glucosamine : douleurs articulaires, etc.).

Les vendeurs employés à la pharmacie classent ces produits de manière pragmatique selon le même mode que pour les médicaments pharmaceutiques visibles depuis le comptoir. Les produits sont partiellement regroupés selon leurs indications. La gamme « Produits de la ruche » de la firme FLP, à la différence des autres produits de cette entreprise, est présentée avec d'autres produits « d'entretien du capital santé » (spiruline, gelée royale, *Super energex*) ; les différents produits intervenant dans la prise en charge des pathologies liées à l'âge sont aussi réunis (voir supra). De manière transversale, la majorité des indications des MTA, des compléments nutritionnels locaux ou importés, et des compléments alimentaires et de la phytothérapie importée sont communes — perte de poids, beauté de la peau, vieillissement, stress, équilibre, regain d'énergie — sans être toutefois entièrement superposables.

Une distinction équivalente est observable dans l'ensemble des pharmacies cotoñoises visitées. Or, un classement, privilégiant les seules indications thérapeutiques, sans volonté de catégorisation des produits, justifierait, par exemple, le rangement des nombreux MTA du paludisme, non pas dans la parapharmacie (avec les produits de puériculture, les parfums, les savons, etc.), mais en pharmacie, aux côtés des antipaludéens issus de l'industrie pharmaceutique. Lors de nos entretiens avec des employés d'officine, seule une pharmacienne a expliqué qu'elle considérerait les MTA enregistrés sur la liste des médicaments essentiels du Mali (8), comme étant « *des médicaments, comme les autres* ». Au contraire, dans toutes les autres situations que nous avons étudiées, les MTA, les

(7) Dans l'ordre, il s'agit de *Vinca minor* et *Vitex agnus castus*.

(8) Le Mali a mis en place une liste de médicaments essentiels sur laquelle sont inscrits certains MTA. Ils sont exportés dans la sous-région et certains d'entre eux sont présents dans les officines béninoises.

compléments alimentaires et les produits de phytothérapie industrielle importés sont perçus par les personnels des pharmacies comme des produits qui entretiennent des similitudes et qu'il convient de ranger dans un espace commun, différent de celui qui est réservé aux médicaments issus de l'industrie pharmaceutique.

De quelle similitude s'agit-il ? La présence de ces divers traitements à l'intérieur de la pharmacie est relativement récente et s'inscrit dans l'histoire des politiques de promotion des thérapeutiques traditionnelles menées au Bénin sous l'impulsion de différentes organisations internationales dont l'OMS (tel que nous l'avons évoqué dans l'introduction). Cette politique de promotion est en grande partie construite sur les traditions médicales écrites du continent asiatique (médecine chinoise et ayurvédique principalement). La mondialisation sanitaire croissante a conduit à des chassés croisés entre « *traditionnal medicine* » (TM) ou « *complementary and alternative medicine* » (CAM), et cela particulièrement dans le cas des médecines chinoise et ayurvédique (Tan, 1989 ; Zimmerman, 1995). Cela se traduit dans les textes de l'OMS consacrés à la promotion des thérapeutiques traditionnelles par une approche associant TM et CAM. Le document *WHO traditional medicine strategy : 2002-2005* (<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2297e/8.1.html>) est le premier à aborder TM et CAM de concert ; il sera suivi de nombreux autres. L'amalgame entre TM et CAM présent dans les textes de l'OMS se traduit également dans les pratiques professionnelles de certains acteurs sociaux au Bénin. En 2007, lors de l'enquête, quelques délégués médicaux étaient spécialisés dans la vente simultanée des TM et des CAM. C'est le cas d'un délégué médical interviewé qui fait, à la fois, la promotion d'un médicament phytothérapeutique élaboré par un pharmacien français (Viralgic®) et d'un MTA (Medoleme) présentés tous deux avec une indication pour traiter le sida. Cela témoigne du fait que la valorisation des produits désignés par l'acronyme anglophone « TMCAM » suscite désormais un intérêt important, mais surtout conjoint, de la part de différents acteurs du secteur pharmaceutique. En même temps, il parle de son métier comme d'un « *engagement* » et explique prendre chaque matin son « *bâton de pèlerin* ». Ces déclarations font écho au fait que, si ces produits sont aujourd'hui conjointement crédités d'une image parfois très positive auprès d'acteurs biomédicaux de plus en plus nombreux, ils continuent, dans le même temps, de souffrir d'un déficit de légitimité biomédicale.

En effet, au niveau de la Direction des pharmacies du ministère de la Santé, les MTA, les produits phytothérapeutiques importés et les compléments alimentaires furent longtemps tolérés sans que des dispositions réglementaires soient prises à leur égard, régulant, limitant ou encore interdisant leur distribution. Aujourd'hui, à l'exception de rares produits

que leurs promoteurs ont souhaité soumettre à la réglementation générale du médicament au Bénin (et qui ont essuyé, d'ailleurs, un refus d'attribution d'autorisation de mise sur le marché, tel le produit phytothérapeutique français Viralgic® ou le complément alimentaire béninois fabriqué en France VK5000), la plupart de ces traitements vendus dans le réseau des pharmacies ne sont pas enregistrés à la Direction des pharmacies. Des employés de pharmacie, interrogés à propos des MTA qu'ils vendent, déclarent privilégier les « enseignes » ayant fait enregistrer leurs produits auprès de la Direction de l'alimentation et de la nutrition appliquée (DANA) du ministère de l'Agriculture (9). En fait en 2005, la Direction des pharmacies a mis en place une liste d'enregistrement des compléments alimentaires avec une approche indifférenciée, rappelant celle de l'OMS, puisque les producteurs ou promoteurs de MTA comme de phytothérapie industrialisée importée sont invités à inscrire leurs produits s'ils veulent être vendus en pharmacie. À défaut de connaître ces dispositifs, la reconnaissance de la DANA semble toujours faire foi concernant les MTA. Mais, surtout, la liste mise en place par la Direction des pharmacies élude totalement les questionnements évoqués précédemment concernant l'évaluation puisque l'enregistrement des produits est en principe conditionné uniquement par le respect de certaines normes d'emballage et de conservation.

Toutefois, en 2007, au moment de l'enquête, la Direction de la médecine traditionnelle au ministère de la Santé envisage de développer différentes expérimentations humaines de MTA. La première étude sous l'égide du ministère de la Santé est menée courant 2006 avec un MTA nommé le *Sansupoglo* (traduction littérale du *fon* : « le moustique est terrassé ») ayant pour indication le paludisme. Des conclusions positives sont ensuite présentées à Cotonou à l'Institut des sciences biologiques appliquées (ISBA) dans le cadre d'une thèse en 2007. Néanmoins, le protocole déployé ne permet pas de valider scientifiquement les résultats obtenus tant les questions concernant sa réalisation sont nombreuses. Par exemple, la décoction étudiée était remise aux patients qui étaient libres de la prendre ou non sur place sans qu'il soit possible de savoir si le traitement était effectivement administré ou si un autre traitement était consommé. L'absence de données comparatives par rapport aux traite-

(9) Cette procédure de régulation n'est pas reconnue par le ministère de la Santé qui refuse à la DANA la capacité à statuer sur la qualité d'un produit sanitaire pour la consommation humaine. Selon les discours recueillis lors de l'enquête, ce serait dans la perspective d'asseoir l'autorité du ministère de la Santé vis-à-vis de la DANA, qu'aurait été mis en place, en 2005, un dispositif de contrôle en propre de la « qualité » des produits.

ments actuellement disponibles, l'absence de données concernant la toxicité du produit ou encore la fiabilité de l'outil diagnostique utilisé sont autant de critiques qui ont été formulées par le jury composé de professeurs béninois en parasitologie, psychiatrie, dermatologie et d'un professeur en pharmacologie de l'université catholique de Louvain. Aussi, la méthode employée est très éloignée des standards méthodologiques et éthiques de la recherche clinique sans que cela soit argumenté par la spécificité de l'objet étudié, des moyens locaux disponibles et des enjeux spécifiques de santé publique liés à la prise en charge du paludisme. Pour tout argument, l'impétrante présenta son travail comme une recherche préliminaire qui devrait être poursuivie dans l'intérêt de la santé publique et des tradipraticiens. Cette étude devait pourtant permettre à la section consacrée aux médecines traditionnelles du ministère de la Santé de valider ou non le Sansupoglo (10) mais, au moment de l'enquête, ces traitements étaient déjà plébiscités au sein du système de santé, sans pouvoir prétendre être légitimes au regard de la biomédecine.

Finalement, en classant ensemble MTA, phytothérapie industrielle importée, compléments alimentaires ou même remèdes traditionnels ou recettes composées d'aliments communément utilisés au Bénin (ces deux derniers objets ne sont pas abordés dans cet article), dans un regard biomédico-centré qui masque les provenances sociales et culturelles multiples, les autorités sanitaires et les acteurs du secteur pharmaceutique au Bénin reconnaissent implicitement la place ambiguë de l'ensemble de ces « autres » objets thérapeutiques à l'intérieur du système biomédical. Au-delà d'un classement pragmatique, les acteurs manifestent le rapport inégal de pouvoir qui structure l'environnement social des médicaments.

Hors de l'officine : des réseaux de circulation partagés

À la fin des années 1990, l'offre en produits phytothérapeutiques importés à Cotonou était encore limitée (quelques produits vendus en pharmacie et, surtout, des produits chinois). De retour à Cotonou en 2006, un constat s'impose : cette offre s'est étoffée en quelques années. Des boutiques spécialisées ont vu le jour. Les rayonnages en pharmacie se sont

(10) Voici quelques extraits d'entretiens avec un des cadres de la Direction des médecines traditionnelles : « *Le produit sera validé par le ministère, une commission technique devra statuer... ; On pourra déjà autoriser les centres de santé à prescrire ces produits... ; C'est la première étape qui peut permettre de vendre dans les centres de santé* ».

développés. Et de nombreuses firmes pharmaceutiques spécialisées dans le secteur de la phytothérapie et des compléments alimentaires, implantées localement à partir de 2003, bénéficient désormais d'une forte popularité (FLP, Lifelong, Bio-Citrus, Herbalife, Tianshi, etc.). Il n'existe aucune donnée chiffrée accessible permettant d'évaluer l'importance des importations de tels produits et un travail de recensement d'indicateurs indirects de cette importance reste difficile à faire tant les circuits de distribution sont complexes. À titre d'illustration, notre recensement au Bénin et au Burkina nous a permis de dénombrer plus de 70 traitements ayant pour indication le sida, parmi lesquels il faut compter un petit tiers de traitements importés.

La grande majorité des produits importés le sont sous le statut réglementaire du complément alimentaire (et cela même lorsqu'il s'agit de produits qui devraient être classés parmi les médicaments en raison de leurs allégations thérapeutiques). Le caractère flou et peu contraignant de la législation béninoise concernant les compléments alimentaires favorise leur mise sur le marché national (Simon, 2008). Comme le souligne un promoteur de compléments alimentaires à base de champignons au Burkina Faso, l'importation sous la rubrique complément alimentaire permet également de bénéficier d'une exonération des taxes dans nombre de pays d'Afrique de l'Ouest (11). Par ailleurs, ce statut réglementaire concourt à faire de ces traitements des commodités ordinaires. Le fait que leur consommation se rapproche d'une consommation alimentaire leur permet d'entrer plus facilement dans l'espace domestique.

La convocation de la notion de « tradition » contribue à rendre plus familières encore ces marchandises étrangères. Dans les plaquettes accompagnant ces produits nouvellement arrivés sur le marché local, elle est souvent mobilisée et articulée à celle de science « moderne ». Herbalife, dans le film projeté aux commerciaux, est présenté comme combinant « *la science moderne à la sage tradition des plantes* ». Les produits Tianshi sont décrits comme étant le fruit de la collaboration entre « *les docteurs traditionnels de toute la Chine avec plusieurs instituts scientifiques de recherche modernes* » (...) et « *combinant plus de 5000 ans des secrets chinois sur les plantes avec la meilleure expérience moderne biotechnologique et médicale* » (plaquette publiée par la société Tianshi : 9-10). L'usage local ancien de nombreuses substances — aloès,

(11) Les États de la CEDEAO (Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest) ont en effet décidé de la libre circulation des personnes, ainsi que de certaines marchandises, notamment pour de nombreuses marchandises en rapport avec l'alimentation.

Moringa (12), etc. — plébiscitées par les firmes étrangères ne manque pas d'être évoqué dans les plaquettes publicitaires traduites du chinois ou de l'anglais, parfois compilées ou encore légèrement amendées à l'intention du marché africain (Simon, 2008). Lors des conférences de recrutement de leurs distributeurs (système de vente directe) (13) à Cotonou, les animateurs de la société FLP rappellent que l'aloès est connu des guérisseurs depuis longtemps. À Ouagadougou, lors de deux conférences identiques (14), l'aloès était présenté comme étant « à l'origine de toute la science médicale », au Bénin où « les chefs vodun » disaient de lui « qu'eux seuls peuvent la consommer ».

Dans de très nombreux documents et discours publicitaires accompagnant ces produits, les « savoirs traditionnels » sont considérés comme fournissant un corpus de connaissances élémentaires fondées sur l'intuition et l'expérience dans lequel la science moderne se doit de puiser pour avancer. La découverte est placée du côté de ces « savoirs premiers », le chercheur moderne ne fait que les re-découvrir. L'histoire de la « re-découverte » de la spiruline (algue commercialisée comme complément alimentaire) est à ce titre emblématique : « *Une tribu aborigène vivant dans les environs du lac Tchad en Afrique Centrale est connue pour être en bonne santé, jouissant d'une longue vie et sans souffrir de diverses maladies affectant le monde civilisé moderne. Les scientifiques, vivement intéressés par leur régime alimentaire et leurs habitudes de vie, découvrirent que leur régime alimentaire est principalement constitué d'une algue verte* » (plaquette publiée par la société Tianshi : 96). Cette représentation positive des savoirs traditionnels empiriques (locaux ou éloignés, vivants ou oubliés) est un ressort important de l'adhésion des commerciaux (tout à la fois convaincus et convaincants) et des consommateurs locaux de ces produits.

De manière plus générale, l'engouement pour ce qui relève de la « tradition » — associée à l'idée de temps long, pérennité — se retrouve, à des degrés variables, dans toutes les sociétés contemporaines.

(12) Il s'agit de l'appellation commune de la *Moringa oleifera*.

(13) Les produits sont vendus par des revendeurs extérieurs à la firme. Ils achètent un lot de produits qu'ils revendent dans leur réseau social. Leur marge sur les produits est fonction de leur grade dans la hiérarchie pyramidale des revendeurs, mesurée au nombre de contrats de revendeurs qu'ils ont pu faire signer et de leur chiffre d'affaire.

(14) Réunion de lancement du produit au Burkina Faso le 17/08/2003 à la Salle Antoine Nanga dans le quartier de Gonghin à Ouagadougou (programme ANRS 12111), et conférence FLP, Hôtel Palm Beach, Ouagadougou, 20/02/2005 (Desclaux, communication personnelle).

Néanmoins, la notion d'ancestralité est abondamment utilisée pour ces produits en préjugant du fait qu'une référence aux ancêtres sera nécessairement perçue positivement en Afrique. Une sœur catholique, sage-femme de profession, revendeuse et consommatrice des produits FLP, explique ainsi : « *Ce qui m'a intéressée c'est qu'ils connaissent ça dans nos couvents (15)* », « *nos parents soignaient comme ça* » et « *ce qui m'a intéressée aussi, c'est qu'on en parle dans la Bible, dans Saint Jean 5 (16) (...) dans le Cantique des Cantiques (17)* ». Dans un tel contexte, parer la phytothérapie industrialisée des vêtements de la « tradition » est finalement assez banal puisque la référence à celle-ci, dans la construction de l'identité d'un traitement et de ses usages associés, peut même être mobilisée, bien que dans une moindre mesure, dans le cas de certains médicaments pharmaceutiques — voir le cas de l'aspirine (Tan, 1999). Cette référence à l'ancien renvoie à l'usage de la notion de « tradition » dans un contexte de globalisation décrite par Appadurai (1996) comme relevant de l'engouement pour le *old-fashion* des sociétés contemporaines.

La mobilisation de la notion de « tradition » contribue à légitimer l'usage de ces produits importés ; leur ancrage dans le marché local en a, du reste, été facilité (Le Marcis, 2004). À cet égard, nos observations montrent bien que leurs réseaux de distribution se sont greffés sur ceux déjà empruntés par les MTA. Les structures sanitaires biomédicales confessionnelles, notamment catholiques, participent tout particulièrement à la mise sur le marché de ces divers produits. Différentes figures de la communauté catholique au Bénin se sont historiquement engagées dans la promotion de la pharmacopée locale (ateliers de scouts, formation de groupes presbytériens, publication de documentations, sans oublier la mise en place par l'Archevêché de Cotonou d'une structure de soins « mixtes », traditionnels et modernes : la clinique Senyon vers laquelle de nombreux patients issus du secteur confessionnel biomédical sont

(15) Le terme de « couvent » désigne ici les couvents *vodun* (lieux de culte).

(16) Une référence à l'aloès existe en fait dans Saint Jean 19-39 dans le passage sur « la mise au tombeau de Jésus » : « *Nicodème aussi, celui qui auparavant était allé de nuit à Jésus, y vint apportant une mixture de myrrhe et d'aloès d'environ cent livres* ».

(17) L'aloès est effectivement cité dans le Cantique des Cantiques 4-13/14 : « *Tu as la fraîcheur d'un verger de paradis planté de grenadiers aux fruits exquis. S'y croisent les parfums du henné et du nard, du safran, du laurier et de la cannelle avec ceux de tous les bois odorants ; et aussi les senteurs de myrrhe et d'aloès avec celles des baumes les plus fins* ».

envoyés) (18). Les MTA prescrits dans ces structures sont fabriqués par des membres actifs de la communauté catholique, appartenant au corps médical (sœurs, prêtres ou laïques de profession médicale) ou non (tradipraticiens). En même temps, J. Pliya, figure béninoise du mouvement charismatique catholique, fut un précurseur dans l'importation de produits phytothérapeutiques étrangers en créant, au milieu des années 1990, une boutique en phytothérapie européenne (Simon, 2004). Et, dès l'arrivée massive des produits d'importation, diverses structures confessionnelles sont devenues des lieux de circulation de ces derniers. Une congrégation de sœurs, par exemple, commercialise du gel d'aloès de fabrication artisanale pour les indigents tout en plébiscitant les produits de la société FLP auprès des membres de la communauté plus solvables ; la clinique Senyon de l'Archevêché emploie une femme médecin homéopathe (présidente de l'association Homéopathie sans frontière au Bénin), etc. De plus, depuis quelques années, les MTA, dont la publicité est faite sur les ondes hertziennes (émissions ou spots publicitaires), sont vendus aux auditeurs dans le hall des radios. Ils ont été récemment rejoints par des compléments alimentaires et des produits en phytothérapie industrialisée (Mariandina, Bio-citrus, etc.).

Toutefois, il serait simpliste de rapporter les convergences observées entre traitements traditionnels améliorés et produits phytothérapeutiques industriels aux seuls intérêts stratégiques et marketing adossés à des représentations singulières et instrumentales de « la tradition » véhiculées par les promoteurs des seconds. Les dynamiques exogènes et endogènes se croisent. Avec le développement du marché des produits phytothérapeutiques industrialisés, les MTA ont vu s'ouvrir en retour de nouveaux lieux de distribution. Des boutiques qualifiées de « bio », de « santé naturelle » ou d'« alimentation saine » se sont implantées à Cotonou, depuis le début des années 2000 environ. Elles vendent des produits en phytothérapie de firmes étrangères (gamme FLP, Jus de Noni, etc.), des produits diététiques, des plantes médicinales françaises au poids ou en sachet. Mais on y trouve aussi quelques MTA : des produits industrialisés fabriqués en Afrique du Sud ou Tanzanie (tels l'African potetos, le Sutherlandia, etc.) et quelques produits artisanaux de provenances variées (congolaise, ivoirienne, ghanéenne, etc.) dont béninoise (en particulier les enseignes L'herboriste de l'habitat et Noé-herbo).

(18) Il en va de même au Burkina Faso avec, par exemple, le père César et son association Phytosalus qui a déjà plus de 30 ans, ou les pères caméliens et leur investissement dans un centre de phytothérapie implanté au cœur même d'un centre médical confessionnel agréé par le ministère de la Santé.

De même, la référence à l'origine locale des substances utilisées dans les produits importés a pu contribuer à la re-découverte ou au succès populaire de certaines plantes de la pharmacopée béninoise. Ainsi, différentes espèces d'aloès peuvent être utilisées dans le cadre de la phytothérapie industrielle. La plus connue est très certainement l'*Aloe vera* et c'est autour de cette espèce que les firmes spécialisées concentrent leur communication. En faisant la promotion de l'*Aloe vera*, elles ont offert un formidable tremplin aux aloès déjà connus localement. À la fin des années 1990, l'aloès était une plante connue et utilisée dans l'espace domestique cotonnois. L'aloès coupé en morceaux et plongé dans du Sodabi (19) se trouvait dans de nombreuses cours ou dans les maquis (bars) sous le nom de « médicament » (20). Des pieds d'aloès (espèce indéterminée) étaient vendus sur le marché dans la partie consacrée à la pharmacopée ou encore chez les pépiniéristes implantés sur les bords de route. Au moins une espèce indéterminée d'aloès (ce n'est pas l'*Aloe vera*) est présente à l'état naturel dans le Nord Bénin. Mais, selon le témoignage d'une ex-vendeuse de plantes en gros sur le marché de Cotonou, l'approvisionnement en pieds d'aloès serait toutefois essentiellement étranger. Et leur commercialisation aurait débuté justement fin 1990 début 2000 par l'intermédiaire des vendeuses/herboristes ghanéennes. Aujourd'hui, cette plante est dans toutes les bouches (au sens propre et figuré) ! Aux dires des utilisateurs interviewés entre 2006 et 2007, l'aloès aurait de « nombreuses vertus » : « *J'ai entendu que ça guérit toutes les maladies* », « *Les gens disent que ça guérit près de 41 maladies* », etc. Même ceux qui n'ont jamais consommé la plante expliquent : « *Ça guérit beaucoup de maladies mais je n'en ai jamais consommé* ». Et l'aloès est devenu aujourd'hui un composé de choix dans le secteur traditionnel des soins. On trouve, devant les « cabinets » de nombreux thérapeutes, de la publicité pour leurs « gel d'aloès », « vin d'aloès », « savon d'aloès », etc. Nombreux sont les consommateurs ou les thérapeutes qui appuient leur discours sur des brochures publiées par les firmes étrangères décrivant les bienfaits dont pourrait se prévaloir l'aloès. Comme au Sénégal (Desclaux, 2009b), on observe une reconfiguration des usages locaux sous l'impulsion des nombreuses firmes étrangères nouvellement implantées qui ont fait de l'*Aloe vera* leur panacée.

(19) Sodabi : alcool de palme distillé. Cette boisson est traditionnellement utilisée dans la pharmacopée populaire et traditionnelle béninoise et dans les cérémonies *vodun*. C'est aussi la boisson offerte pour accueillir un visiteur.

(20) Le Sodabi peut aussi être mélangé à d'autres plantes, par exemple l'anis étoilé, *Illicium verum*.

On observe un effet de miroir entre les *materia medica* locaux et importés. En effet, les phytothérapies industrialisées et les compléments alimentaires, tout comme les MTA, du fait notamment des rapports qu'ils entretiennent avec la tradition, profitent bien souvent pour les uns de l'intérêt, voire de l'engouement, qui est porté aux autres. Par un processus de pensée analogique, ce rapprochement et ce développement conjoints contribuent sans nul doute à rendre un peu plus floues les frontières entre des catégories de produits de santé pensées initialement comme différentes.

Mimétisme pharmaceutique des « médicaments traditionnels améliorés » et ré-appropriation locale des traitements importés

La plupart des MTA sont sobres dans leur présentation, reproduisant les emballages et les notices des produits pharmaceutiques (pas d'illustration, peu de slogans accrocheurs). Le conditionnement est surtout un support permettant de fournir des informations, similaires à celles qui peuvent être présentées sur l'emballage d'un médicament pharmaceutique ou sur sa notice. Les plus courantes sont l'identité du fabricant, l'indication du produit, sa posologie. Plus rarement, d'autres informations peuvent être indiquées : le prix, la composition, les propriétés et les modalités d'action, les contre-indications, les effets secondaires possibles, la date de péremption, les précautions de conservation, etc. Quand le nom du MTA est en langue française, il est souvent inspiré des noms donnés aux médicaments pharmaceutiques. Le nom du produit peut être formé à partir du nom de la pathologie (Drepal pour la drépanocytose, Pale pour paludisme, Amygine pour angine et amygdalite), des symptômes à combattre (Sterizol contre la stérilité, Vomo contre les vomissements, Antitussif contre la toux), de la modalité d'action attribuée au produit (Virusil défini comme étant un antiviral, ATB antibiotique) ou encore de la zone anatomique ciblée (Gastril comme pansement gastrique). Enfin, la galénique des produits reste, pour une majorité, inspirée des formes traditionnelles (tisanes, décoctions, poudres, savons et pommades). Mais des formes nouvelles apparaissent et s'inspirent clairement des médicaments pharmaceutiques : les conglomerats de produits pâteux taillés sur le modèle des suppositoires ou des ovules, les pilules (poudres mélangées à un excipient : miel ou alcool), les gélules et, enfin, les comprimés (poudre agglomérée par compression).

Malgré la prédominance actuelle du modèle décrit ci-dessus, se profile parfois dans les pratiques et discours des tradipraticiens un second modèle de référence qui s'articule aussi avec celui des médicaments phar-

maceutiques : celui des produits phytothérapeutiques industriels et des compléments alimentaires. Les noms d'enseignes (Noé-Herbo, Phyto-pharm, Idela-Herbo, Le phytothérapeute moderne) renvoient directement à la figure de l'herboriste ou du phytothérapeute et non à celle du médecin prescripteur ou du pharmacien. Les produits vendus sous ces enseignes portent des noms qui s'inspirent de ceux qui sont utilisés dans la phytothérapie industrialisée. Les noms sont composés à partir du type de préparation (Déprostate-racine, Hépatisane, Stérilizane) ou encore à partir du nom de la plante entrant dans la composition (Euphorb Dycoli qui contient de l'*Euphorbia hirta* contre la Dysenterie, Tisail à base d'ail contre l'hypertension). Huiles essentielles, parfums, gels, gélules ou jus de fruit sont les galéniques les plus fréquentes parmi les produits phytothérapeutiques importés. Ces galéniques se retrouvent en partie dans certaines enseignes de MTA : bouteilles avec pipette ou compte-gouttes pour les huiles essentielles (nouvelle substance phare de l'aromathérapie) et gélules (contenant de la poudre ou des débris végétaux) en vrac dans des flacons de plastique blanc. Enfin, certains inventeurs de MTA développent, sur le modèle des gammes en phytothérapie industrialisée, des produits de beauté ou de soin (crèmes pour la peau, dentifrices) ou ayant trait au bien-être (perte de poids, gestion du stress). On observe aussi un glissement récent de ces traitements vers le domaine de l'alimentation (eau de magnésium, ou la gamme « Eau noble ») conduisant certains « inventeurs » à qualifier leurs produits de « compléments alimentaires » ou d'« alicament » (« Santé, beauté et bien-être : Eau noble, un alicament »).

En se rapprochant de ces produits allochtones, les promoteurs de MTA s'adaptent aux changements sans passer de manière mécanique par l'adoption du modèle biomédical. Selon les normes et les règles imposées par la biomédecine, les tradipraticiens sont invités, depuis quelques années, à répondre à différentes critiques portant sur les procédés utilisés dans la préparation et la conservation de leurs produits. La notion de « tradition » plébiscitée, notamment par les populations et les médias, lorsqu'elle renvoie à l'idée de permanence et de temps long, est affublée pour différents acteurs, notamment dans le champ biomédical et scientifique, de la valeur négative de ce qui est « désuet », voire même dangereux (spot d'éducation sanitaire à la télévision au Burkina Faso). À l'opposé, le médicament pharmaceutique issu de la « technologie industrielle », gage de l'efficacité d'un savoir-faire (calibrage précis, répétitivité des gestes, innovations rapides, etc.), est considéré comme un produit plus sûr (Tan, 1999). Pour répondre à ces critiques, de nombreux promoteurs de MTA mettent aujourd'hui l'accent sur le dynamisme de leurs savoirs et se présentent souvent comme des « chercheurs » (« Africa Remède, phytothérapeute, chercheur en science botanique », « Centre Noe-herbo,

thérapeute, herboriste, chercheur », « centre de recherche sur les médecines naturelles », etc.) soucieux de déposer des brevets d'invention ayant trait, en particulier, aux procédés d'extractions développés (l'enseigne Api-Bénin (21) dispose, par exemple, de plusieurs brevets délivrés par l'OAPI). Dans leur discours, ils mettent aussi l'accent sur leur gestion rationnelle des matières premières, de l'offre et de la demande, de la diffusion des produits, etc. Quelques enseignes s'approvisionnent en emballages auprès d'industries spécialisées. Le directeur de l'enseigne Api-Bénin a, par exemple, passé un contrat avec une société qui lui fournit des bouteilles en plastique et qui scelle les bouchons. Il explique aussi avoir investi dans de nombreux outils technologiques innovants (achats de contenants auprès de la société Propharex, de machines à fabriquer des gélules ou des comprimés, etc.) et, ainsi, avance ne pas pratiquer la « médecine traditionnelle » mais plutôt la « médecine verte ». Le VK500, premier MTA industrialisé au Bénin, est, lui, fabriqué par la firme pharmaceutique française Arkopharma spécialisée dans le secteur de la phytothérapie. S'adapter aux normes de fabrication des médicaments passe ainsi souvent par un rapprochement du secteur de la phytothérapie industrielle et des compléments alimentaires importés. Les promoteurs de MTA tentent de se sortir d'une dichotomie discriminante — tradition contre technologie — sans passer automatiquement par l'adoption du modèle des médicaments pharmaceutiques qu'ils entendent continuer à questionner.

Enfin, les transformations du système de santé contribuent à rendre plus floues les frontières entre les différents espaces sociaux de la thérapie. La valorisation de la médecine traditionnelle et de sa pharmacopée a contribué à conférer une légitimité thérapeutique à une large frange d'acteurs qui n'appartenaient pas uniquement à ce qui était antérieurement qualifié de « secteur traditionnel des soins » (Dozon, 1987). Chercheurs en botanique, pharmacologues, chimistes, médecins, infirmiers, agents de santé ont été invités à émettre un avis, ou ont décidé de le faire, sur l'efficacité des produits élaborés par les tradipraticiens. Certains sont eux-mêmes devenus « inventeurs » de MTA. De même, dans un contexte de paupérisation important, le secteur de la vente de « feuilles » ou de la fabrication de MTA s'est imposé comme étant relativement rémunérateur dans les grandes villes africaines (Le Marcis, 2004 ; Xaba, 2002 pour l'Afrique du Sud). Aussi, de nombreux acteurs n'ayant antérieurement aucun lien avec le champ thérapeutique (juristes, étudiants, polytechniciens, etc.) se sont emparés de cette activité (Barges, 1996 ; Simon, 2004). Cette multiplication des acteurs, aux trajectoires variées, s'inscrit dans

(21) Pour un portrait du directeur de cette enseigne, voir Simon (2013).

une dynamique que l'un d'entre nous a pu qualifier de « néotraditionnelle » (Pordié et Simon, 2013). Cette dynamique néotraditionnelle se définit comme un ensemble de croyances et de pratiques en interaction avec le *mainstream* de la biomédecine, avec des sources d'inspiration multiples (biomédecine, traditions locales ou importées, thérapeutiques alternatives), des sources de légitimité plurielles en partie en rupture avec les formes traditionnelles (professionnalisation, organisation associative ou en ONG, écoles, formation biomédicale, etc.), marqué par une mobilité accrue des acteurs thérapeutiques, avec une place importante donnée aux objets de la biomédecine et des médecines alternatives (parmi lesquels on ne saurait oublier les médicaments industriels). Or, avec les acteurs, les objets thérapeutiques franchissent les frontières. C'est le cas avec cet ancien instituteur, ayant reçu son savoir par « révélation ». À son cabinet, il vend ses propres MTA tout comme une série de produits Tianshi dont il anime d'ailleurs des séminaires. On peut citer aussi le cas d'un ancien gardien de sécurité travaillant pour une société de travaux publics, devenu détective privé puis tradipraticien, qui, après avoir élaboré un cocktail de vitamines présenté comme susceptible de guérir les malades du sida, s'est consacré à la fabrication de divers MTA.

Conclusion

Introduire une conversation sur les MTA amenait certains de nos interlocuteurs — consommateurs comme distributeurs — à aborder les produits phytothérapeutiques importés ou les compléments alimentaires, objets thérapeutiques non désignés *a priori* par l'appellation de « traitements néotraditionnels ». Nous avons vu que les changements rapides à l'œuvre dans les espaces thérapeutiques en Afrique rendent vaines toutes tentatives tranchées de catégorisation. À la lumière des développements précédents, le terme de traitement néotraditionnel n'en est que plus pertinent. En effet, le caractère syncrétique des traitements néotraditionnels était initialement un élément considéré comme saillant et caractéristique de notre objet et continue de l'être. Le syncrétisme est entendu ici comme une sorte de changement social singulier — sorte de bricolage (Mary, 2000) tenant compte de précontraintes (savoirs et pratiques antérieurs) et qui « *fabrique du neuf* » — qui n'est ni l'adaptation ou l'ajustement des systèmes traditionnels de soin à un contexte contemporain, ni l'assimilation de ces dits systèmes de soin par des systèmes cosmopolites. Certes, du point de vue de leur culture matérielle, tous les objets rencontrés dans le cadre de notre étude n'étaient pas syncrétiques. Contrairement aux

MTA, dans le cas de la phytothérapie industrialisée, l'objet en lui-même ne présente que rarement des caractéristiques syncrétiques, il ne change pas en s'exportant, les discours véhiculés par l'objet sont occidentalositués (notices, emballages, etc.) et beaucoup d'entre eux développent un rapport uniquement instrumental à la tradition. En revanche, les réappropriations locales de ces objets thérapeutiques peuvent relever de processus syncrétiques dont l'instrumentation de la tradition n'est alors plus que l'une des modalités. Si syncrétisme il y a, il est principalement du côté des acteurs « néotraditionnels » dans leurs discours et pratiques aux inspirations multiples. Ainsi, selon les usages et les savoirs mobilisés autour de médicaments importés, ils peuvent ou non rejoindre le corpus des traitements néotraditionnels qui ne se réduit pas aux seuls MTA. L'adjectif « néotraditionnel » ne qualifie pas la culture matérielle de l'objet mais renvoie donc à l'environnement social et culturel dans lequel il fonctionne.

Ainsi définie, cette catégorie apparaît comme une catégorie opératoire avec une productivité empirique forte. Elle est en cohérence avec les conceptions *emic* recueillies puisque susceptible de désigner toute une variété de traitements promus par des thérapeutes néotraditionnels. Mais c'est aussi une catégorie théorique permettant de rendre compte de déterminismes et d'agencements sociaux qui ne se donnent pas immédiatement à voir. À l'intérieur des dynamiques néotraditionnelles qui viennent donner un nouveau visage au champ thérapeutique, il fait sens d'un point de vue *emic* comme *etic* d'aborder ensemble : MTA, phytothérapie industrialisée, compléments alimentaires ou médicaments pharmaceutiques aux usages non conventionnels.

Conflit d'intérêts : aucun.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adams V., 2002, Establishing proof: translating "science" and the state in Tibetan medicine, In : Nichter M., Lock M., eds, *New horizons in medical anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, London and New York, Routledge, 200-220.

Adams V., Miller S., Craig S., Nyima S., Droyong L., Varner M., 2005, The challenge of cross-cultural clinical trials research: case report from the Tibetan Autonomous Region, People's Republic of China, *Medical Anthropology Quarterly*, 19, 3, 267-289.

Afdhal F., Welsch R., 1998, The rise of the modern jamu industry in Indonesia: a preliminary overview, In : Van der Geest S., Whyte S.R., eds, *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 149-172.

Akoto E., Songue P.B., Lamle S., Kemajou J.P.W., Gruénais M.E., 2001, Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun, *Le Bulletin de l'APAD*, 21 ; <http://apad.revues.org/document101.html>.

Akrich M., Dodier N., 1995, Présentations, *Techniques et Cultures*, 25-26, i-xi.

Appadurai A., 1996, *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*, Minneapolis, University of Minneapolis Press.

Banerjee M., 2002, Power, culture and medicine: ayurvedic pharmaceuticals in the modern market, *Contributions of Indian Sociology*, 36, 3, 435-467.

Barges A., 1996, Entre conformisme et changements : le monde de la lèpre au Mali, In : Benoit J., ed., *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, 281-314.

Bastide R., 1960, *Les religions africaines au Brésil : contribution à une sociologie des interpénétrations de civilisation*, Paris, Presses Universitaires de France.

Baxerres C., 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, EHESS, Université d'Abomey-Calavi, Thèse de doctorat d'anthropologie sociale.

Bode M., 2002, Indian indigenous pharmaceuticals, tradition, modernity and nature, In : Ernst W., ed., *Plural medicine, tradition and modernity 1800-2000*, London/New York, Routledge, 184-203.

Bode M., 2006, Taking traditional knowledge to the market: the commoditization of indian medicine, *Anthropology and Medicine*, 13, 3, 225-236.

Bourdarias F., 1996, Bamako : les guérisseurs du bout du goudron, *Journal du Sida*, numéro spécial Afrique, 86-87, 49-52.

Burghart R., 1988, Penicillin: an ancient ayurvedic medicine, In : Van der Geest S., Whyte S.R., eds, *The context of medicines in developing countries*, Dordrecht/Boston/London, Kluwer Academic Publishers, 289-298.

Desclaux A., 2009a, *Médicaments émergents dans un contexte de mondialisation*, Rapport final Prosodie.

Desclaux, A., 2009b, « Babosa » capverdienne, « Pulpe » américaine, « African Herbal antiretroviral » : circulation et significations d'une plante de la pharmacopée sénégalaise au temps de la mondialisation, *Santé et mobilité au Nord et au Sud, Colloque AMADES*, Toulouse.

- Desclaux A., Lévy J., 2003, Présentation. Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ?, *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 5-21.
- Dozon J.P., 1987, Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire, *Politique Africaine*, 28, 9-20.
- Egrot M., 2007, An overview on neo-traditional medicines for HIV/AIDS in West Africa, In : *Alternative and traditional treatments for AIDS in the time of ART in resource-poor settings*, Atelier NAARSP, Satellite AIDSIMPACT 8^e Conférence Internationale, Aix-en-Provence, MMSH.
- Egrot M., Taverne B., 2002, La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal, In : Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B., eds, *L'accès aux traitements du VIH/sida au Sénégal*, Paris, Éditions ANRS, Coll. Sciences Sociales et Sida, 221-231.
- Egrot M., Simon E., Traoré A., 2005, *Anthropologie des traitements néo-traditionnels du sida en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Sénégal)*, Programme de recherche ANRS 12111/sidaction.
- Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF.
- Fassin D., 2006, *Que les corps s'en souviennent*, Paris, La Découverte.
- Haak H., Hardon A., 1988, Indigenised pharmaceuticals in developing countries: widely used, widely neglected, *The Lancet*, 10, 620-621.
- Flint K., 2001, Competition, race and professionalization: African healers and white medical practitioners in Natal, South Africa in the early twentieth Century, *Social History of Medicine*, 14, 2, 199-221.
- Flint K., 2006, Indian-African encounters: polyculturalism and African therapeutics in Natal, South Africa, 1886-1950s, *Journal of Southern African Studies*, 32(2), 367-385.
- Hardon A., Desclaux A., Egrot M., Simon E., Micollier E., Kyakuwa M., 2008, Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 4, 16.
- Le Marcis F., 2004, The suffering body of the city, *Public Culture*, 16, 3, 453-480.
- Leclerc-Madahala S., 2002, Traditional healers and the fight against HIV/aid in South Africa, In: Faure V., ed., *Bodies and politics: healing rituals in Democratic South Africa*, *Les Cahiers de l'IFAS*, 2, 61-73
- Lévy J.J., Garnier C., 2007, *La chaîne des médicaments*, Québec, Ed. PUQ.
- Lévy J.J., Laplante J., Blanc M.E., 2007, La chaîne du médicament aspects socioculturels, In : Lévy J.J., Garnier C., eds, *La chaîne des médicaments*, Québec, Ed. PUQ, 85-122.

- Mary A., 2000, *Le bricolage africain des héros chrétiens*, Paris, Le Cerf.
- Micollier E., 2007, Facettes de la recherche médicale et de la gestion du VIH/sida dans le système de santé chinois : un autre exemple d'adaptation locale de la biomédecine, *Sciences Sociales et Santé*, 25, 3, 31-39.
- Pordié L., 2005, Émergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines, In : Pordié L., ed., *Panser le monde, penser les médecines*, Paris, Karthala, 225-267.
- Pordié L., Simon E., 2013, *Les nouveaux guérisseurs, biographies de thérapeutes néo-traditionnels*, Paris, Édition EHESS, sous presse.
- Simon E., 2004, *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, Thèse de doctorat en Anthropologie, Montpellier, Université Paul Valéry.
- Simon E., 2008, Importation of manufactured herbals in West Africa: the case of AIDS treatments in Benin, *Revue Internationale du Médicament*, 2 ; http://chaîne.uqam.ca/revue_RIM/RIM2/RIM2.php
- Simon E., 2013, Ce n'est pas dans les vieilles marmites qu'on fait les meilleures soupes, In : Pordié L., Simon E., eds, *Les nouveaux guérisseurs, biographies de thérapeutes néo-traditionnels*, Paris, Éditions EHESS, sous presse.
- Simon E., Egrot M., Taverne B., Traore A., Desclaux A., 2006, *Anthropology of neo-traditional treatments for HIV/AIDS in West Africa* (ANRS 12111/Sidaction), XVI^e Congrès International sur le sida, 13-18 août 2006, Toronto, Canada. Abstract CD Rom CDD1107.
- Tan M.L., 1989, Traditional or transitional medical systems? Pharmacotherapy as a case for analysis, *Social Science and Medicine*, 29, 301-307.
- Tan M.L., 1999, *Good medicine, pharmaceuticals and the construction of power and knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- Taverne B., 2003. L'implacable tradition, *Transversal*, 17, 16.
- Taverne B., Egrot M., 2002, Distribution channels and scaling up access to antiretroviral drugs in Africa, In : *Improving access to care in developing countries, lessons for practice, research, resources and partnerships*, Report from a meeting : Advocating for access to care and sharing experiences, Paris, 2001, UNAIDS/WHO, June 2002.
- Van der Geest S., 1982, The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration, *Medical Anthropology*, 6, 4, 197-219.
- Van Der Geest S., Whyte S.R., Hardon A., 1996, The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach, *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.

Whyte S.R., 1992, Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, 163-186.

Whyte S.R., Van Der Geest S., Hardon A., 2002, *Social lives of medicine*, Cambridge, Cambridge University Press.

Wolfers I., 1988, Traditional practitioners and western pharmaceutical in Sri Lanka, In : Van der Geest S., Whyte S.R., eds, *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers.

Xaba T., 2002, The transformation of indigenous medical practice in South Africa (1985 to 2000), In : Faure V., ed., *Bodies and politics, perspectives on healing in South Africa*, *Cahiers de l'IFAS*, 2, 23-39.

Zimmerman F., 1995, *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident*, Paris, PUF.

ABSTRACT

**Neo-traditional pharmaceuticals: a relevant category?
About an ethnography in Benin**

In Benin, at the end of the 20th century, various “improved traditional medicine” emerged in the public health sector as in the private sector. This study focuses on the relationship between imported manufactured-herbal and locally-produced “improved traditional medicine” in the globalized world. How actors build local connections and divisions between these different categories of health products? How imported products are perceived as “tradition like”? Is this promiscuity with tradition, the only artefact mobilized in local categorization?

RESUMEN

« Medicinas neo-tradicionales » : ¿una categoría relevante? Acerca de una investigación antropológica en Benín

Impulsadas en los años setenta por las políticas de salud pública a nivel nacional e internacional, las « medicinas tradicionales mejoradas » se encuentran actualmente tanto en el sector público como en el sector privado de la salud en Benín. Este artículo se centra en el punto de encuentro de estos tratamientos provenientes del sector tradicional de cuidado y de los tratamientos más recientemente importados y provenientes del sector alternativo de las sociedades occidentales (fitoterapia industrializada y complementos alimenticios) en el contexto de la globalización de la salud. ¿En qué contexto se construyen a nivel local las conexiones y las fracturas entre estas distintas categorías de productos para la salud? ¿Cómo estos últimos son equiparados a la « tradición »? ¿Es esta asimilación a la tradición el único determinante de los modos de clasificación implementados? ¿Y cómo el término « tratamientos neo-tradicionales » puede ayudarnos a entender las correlaciones entre estos diferentes tratamientos?