

Introduction

Le façonnement historique des marchés pharmaceutiques dans les Suds et leurs régulations multiples

Carine BAXERRES

Maurice CASSIER

Les spécialités industrielles constituent un objet privilégié pour analyser les sociétés contemporaines et comprendre les évolutions qu'elles connaissent. Leur caractère à la fois scientifique, technique, thérapeutique, populaire et marchand les place au centre d'enjeux sanitaires, économiques, politiques et sociaux qui se jouent à des échelles à la fois globales et locales. Elles représentent aujourd'hui un des secteurs économiques les plus dynamiques et les plus lucratifs de la planète (HAURAY, 2006 ; MONTALBAN, 2011).

Lorsque des médicaments issus de la chimie organique commencent à être industrialisés en Europe, dès le milieu du XIX^e siècle, puis aux États-Unis, c'est le caractère marchand de ce nouveau type de remèdes qui stimule leur développement (FAURE, 2005). Répondant mal, lors de leur émergence, aux législations en place, ils sont soumis aux seules règles de la concurrence la plus débridée. L'aspect mercantile de ces nouveaux produits entraîne d'ailleurs au départ des suspicions à leur égard dans le monde de la pharmacie et de la médecine. Puis, progressivement, une « régulation industrielle » (standardisation, multiplication des essais biologiques, contrôle systématique des matières premières et des produits, formalisation des protocoles de fabrication, etc.), dont l'objectif est avant tout l'accession à une légitimité scientifique pour les besoins de la commercialisation, se met en place au sein des firmes (GAUDILLIÈRE, 2005), avant d'être encadrée par les législations nationales (BORCHERS *et al.*, 2007 ; MARKS, 1997). L'ambition de notre livre est de rendre compte et d'analyser la construction et les régulations des marchés pharmaceutiques dans les Suds, en prenant comme études de cas ceux du Bénin, du Ghana, de la Côte d'Ivoire et du Cambodge.

La mondialisation des médicaments dans les Suds et ses déplacements récents

La mondialisation des marchés de médicaments dans les pays dits « du Sud » est aussi ancienne que l'histoire des spécialités industrielles. L'historiographie sur l'expansion des marchés de médicaments en Amérique latine a montré la multiplication des importations par des négociants privés, la copie de médicaments par des pharmaciens locaux qui créent de petites firmes dès les premières décennies du *xx*^e siècle (GARCIA, 2020, sur la Colombie), ou encore les stratégies commerciales des grandes firmes du Nord pour s'implanter sur ces marchés (CRAMER, 2010, pour Bayer en Amérique latine dans l'entre-deux-guerres). Pour la géographie qui nous intéresse plus directement ici, l'Afrique et l'Asie du Sud-Est, la circulation des spécialités a emprunté plusieurs dispositifs marchands : Myriam MERTENS (2014) a montré pour le Congo belge que les industries pharmaceutiques des métropoles coloniales ont bénéficié, dès les premières décennies du *xx*^e siècle, des commandes des marchés publics des administrations coloniales pour développer et commercialiser de nouvelles thérapies pour traiter les maladies tropicales, à une époque où celles-ci étaient un secteur de pointe de l'innovation pharmaceutique. Laurence Monnais a étudié les circulations et les usages du médicament au Vietnam dans la première moitié du *xx*^e siècle, en premier lieu par le dispositif de l'Assistance médicale indigène, en second lieu par l'implantation de quelques pharmacies françaises dans les villes auxquelles pouvaient accéder les Vietnamiens aisés et les Européens (MONNAIS, 2014). On retrouve également des pharmacies françaises créées dans quelques villes d'Afrique occidentale et centrale, par exemple par Jean Mazuet, qui lança dans plusieurs pays des sociétés grossistes que nous évoquons dans la première partie de ce livre. Historiens et anthropologues ont montré en Afrique occidentale et centrale la diffusion du médicament, distribué gratuitement via les services de santé publics et les activités des missionnaires religieux (VAUGHAN, 1991), le cas échéant via des campagnes de traitement préventif forcé (LACHENAL, 2014) ou encore via l'implantation de compagnies commerciales qui créent des dépôts pharmaceutiques. Ces compagnies de distribution françaises sont d'ailleurs pour certaines encore très actives en Afrique de l'Ouest (BAXERRES, 2013 a).

Tout en faisant leur part aux héritages coloniaux, notre livre porte sur des cycles de mondialisation très contemporains. Nous insistons sur trois déplacements majeurs depuis les années 1970. Il s'agit en premier lieu de la nouvelle géographie de l'industrie pharmaceutique qui s'installe à la faveur de l'abandon des brevets pharmaceutiques par l'Inde et le Brésil en 1970-1971 (CASSIER et CORREA, 2003 ; CHAUDHURI, 2005), alors que la Chine est sous un régime de propriété publique des inventions. Sudip Chaudhuri a parfaitement montré la croissance de l'industrie des génériques en Inde et l'importance des importations de produits indiens dans les pays africains qu'il a particulièrement étudiés, le Ghana et la Tanzanie. Les archives de l'Organisation mondiale de la santé

(OMS) sur la politique des médicaments essentiels promue à partir de 1977 montrent que des firmes indiennes s'adressent parfois directement à l'OMS pour approvisionner le programme¹. C'est ainsi l'histoire de l'expansion des médicaments génériques, produits en l'absence de brevets dans de nombreux pays du Sud avant la mise en place des accords Adpic (aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) en 1994, ou à l'expiration des brevets². Concernant le continent africain, on voit à partir des années 1980-1990 l'organisation de marchés nationaux et régionaux à partir de centres de production locale (Ghana, Nigeria, Kenya, Tanzanie, Afrique du Sud, etc.) (MACKINTOSH *et al.*, 2016 ; CHOREV, 2020 ; POURRAZ, 2019 ; PETERSON, 2014). Il en sera question dans le livre au sujet du Bénin, du Ghana et de la Côte d'Ivoire (voir chapitre 1). Toutefois, toutes les industries africaines, à de très rares exceptions près, sont largement dépendantes des importations de matières premières pharmaceutiques asiatiques, y compris les pays les plus industrialisés comme l'Afrique du Sud (PELLETAN, 2019).

Ainsi, et nous en arrivons au deuxième déplacement dont nous rendons compte, les trajectoires des circulations marchandes se sont modifiées. Si les pays étudiés ici – Bénin, Ghana, Côte d'Ivoire, Cambodge – ont été depuis les indépendances sous l'influence des importations de médicaments de marque en provenance des firmes et des grossistes de leurs anciennes métropoles (BAXERRES, 2013a, pour le Bénin ; POURRAZ, 2019, pour le Ghana), les flux d'importations de génériques en provenance d'Asie sont venus les concurrencer. Depuis les années 1970, nous assistons ainsi à la croissance des échanges marchands entre les Suds (HORNER et MURPHY, 2018), des importations de produits finaux et de matières premières, mais également d'experts, voire d'investissements directs de firmes indiennes et chinoises. Nos terrains de recherche nous ont amenés à considérer particulièrement les mouvements Asie-Afrique et les agents qui les font tenir (grossistes, représentants pharmaceutiques, autorités de régulation, fondations, organisations internationales, etc.), selon une approche transrégionale en sciences sociales encore en construction, entre aires culturelles et études globales (CANZLER *et al.*, 2008). Pour les saisir, nous avons accordé une attention particulière aux biographies des personnes rencontrées, à leurs parcours professionnels et à leur formation.

Le troisième déplacement majeur dont ce livre rend compte est celui du déploiement depuis les années 2000 des marchés des donateurs globaux, à l'instar du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le

1. Archives de l'OMS : E19372_2 -J5 – Collaboration avec l'industrie.

2. Les génériques ont été introduits dans la législation aux États-Unis dès les années 1960 pour réduire le coût des traitements (GREENE, 2014), également dans certains pays d'Amérique latine (Colombie), puis ont été portés par la politique des médicaments essentiels de l'OMS (BORCHERS *et al.*, 2007 ; WHYTE *et al.*, 2002). La régulation de leur équivalence avec le médicament *princeps* a fait l'objet de nombreux travaux historiques (GREENE, 2014, pour les États-Unis ; GARCIA, 2020, pour la Colombie), anthropologiques (HAYDEN, 2013, pour le Mexique), sociologiques (CASSIER et CORREA, 2019, pour le Brésil ; NOUGUEZ, 2017, pour la France).

paludisme, pour financer de grands programmes verticaux de mise à disposition massive de traitements pharmaceutiques, dans le contexte de la *Global Health*³ (BAXERRES et EBOKO, 2019 ; GAUDILLIÈRE *et al.*, 2020 ; LEON, 2015). Ici aussi, les génériqueurs indiens ont pris une place prédominante pour fournir plus de 90 % des antirétroviraux contre le sida dans les pays bénéficiaires et, plus récemment, pour approvisionner les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) contre le paludisme, que nous étudions particulièrement dans ce livre, et pour lesquelles ils se sont substitués aux multinationales suisse, Novartis, et française, Sanofi, qui avaient commercialisé les premières CTA. Cette troisième transformation récente des marchés pharmaceutiques au Sud requiert de considérer particulièrement les rationalités, ressorts et pratiques des acteurs que nous nommerons « transnationaux⁴ » et qui approvisionnent en médicaments subventionnés les pays au sujet principalement de pathologies infectieuses et de questions touchant à la santé maternelle et infantile. Ils ont un impact profond sur les marchés pharmaceutiques des Suds, en mettant en concurrence, souvent déloyale, les produits qu'ils promeuvent avec ceux présents dans les marchés publics mais aussi privés (voir l'initiative du Fonds mondial Affordable Medicine Facility malaria – AMFm – étudiée dans le chapitre 6). Les négociations que ces acteurs transnationaux imposent aux États des Suds concernant leurs politiques pharmaceutiques et de santé ont aussi été au cœur de nos observations. Elles questionnent le « régime d'aide » sous lequel vivent de nombreux pays (LAVIGNE DELVILLE, 2010), dans un contexte néanmoins de « retour de l'État » (BAXERRES et EBOKO, 2019). Proposant parfois des aides contradictoires, tout en soutenant les politiques d'importation pharmaceutique, certains acteurs transnationaux interviennent aussi dans les initiatives de développement de la production locale.

Nous analysons dans ce livre la hiérarchie de produits qui découle des trois changements historiques que nous venons de souligner : entre médicaments innovants et génériques, entre médicaments de marque et ceux commercialisés sous dénomination commune internationale (DCI), entre différents standards de copies. Cette hiérarchie est objectivée par des normes de propriété et des standards, comme ceux construits par l'OMS ou par l'International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals

3. Comme dans une précédente publication (BAXERRES et EBOKO, 2019), nous avons choisi d'utiliser l'anglais pour cette expression afin de souligner l'influence profondément anglo-saxonne de cette nouvelle ère de la santé publique que nous connaissons depuis le début des années 2000 à l'échelle de la planète, et qui a vu l'émergence de nouvelles institutions, de nouveaux acteurs, de nouvelles formes d'interventions et un accroissement considérable des sommes financières investies.

4. L'expression « acteurs transnationaux » permet d'associer les différents types d'acteurs extranationaux qui interviennent aujourd'hui sur des questions de santé publique dans un pays : les institutions bilatérales (les différents services de coopérations) et multilatérales (la Banque mondiale, le Fonds mondial), les organisations non gouvernementales (ONG), les fondations, les partenariats public-privé (PPP), parfois en lien avec l'industrie pharmaceutique.

for Human Use⁵ (ICH). Les travaux réalisés sur les médicaments « similaires » ou génériques en Amérique du Sud et en Afrique ont relevé la diffusion de standards d'équivalence de plus en plus élevés (HAYDEN, 2013 ; CHOREV, 2020 ; CORREA *et al.*, 2019), notamment via la mise en place au début des années 2000 du programme de préqualification par l'OMS (LANTENOIS et CORIAT, 2014). Cette hiérarchie est aussi subjectivée dans les imaginaires de consommation qui mêlent héritages coloniaux et postcoloniaux, nouvelle domination des médicaments asiatiques et emprise de la *Global Health* (voir chapitre 11).

Des marchés et régulations multiples

Dans le champ du médicament, saisir l'emprise des marchés suppose de s'intéresser à l'histoire de la régulation pharmaceutique, à l'histoire des tensions entre les règles du marché et l'élaboration de la police de la pharmacie et des autorisations de mise sur le marché (AMM) pour protéger la santé. L'apport des historiens est ici primordial, quand bien même leurs travaux ont jusqu'ici largement porté sur les marchés des pays industrialisés et innovateurs des Nordes depuis le début du XIX^e siècle. Le travail d'Olivier Faure sur les pharmaciens et le dynamisme du marché des médicaments au XIX^e siècle en France est riche d'enseignements sur l'implication des pharmaciens dans les logiques commerciales et industrielles (FAURE, 1996), et sur les débordements incessants de « la logique marchande dominante » vis-à-vis des cadres et des lois de la pharmacie, y compris par des pharmaciens (FAURE, 1993). Les travaux d'Harry Marks sur l'histoire de la régulation pharmaceutique aux États-Unis soulignent le rôle de la méfiance, en particulier vis-à-vis des sociétés pharmaceutiques, dans l'adoption de nouvelles normes de recherche clinique (MARKS, 2000). Les « événements sanitaires indésirables », associés à l'usage des agents thérapeutiques, justifient le renforcement des règles de mise sur le marché des médicaments (BONAH et GAUDILLIÈRE, 2007 ; CHAUCHEAU, 2008).

L'ouvrage édité par Jean-Paul GAUDILLIÈRE et Volker HESS (2013) sur les modes de régulation des médicaments propose un modèle synthétique pour rendre compte des outils de régulations qui ont été déployés au cours du XX^e siècle : professionnel, administratif, industriel, public et judiciaire. La régulation des marchés pharmaceutiques dépasse l'action de l'État et mobilise

5. Le standard de certification de la qualité de médicaments produit par l'OMS est appelé la préqualification OMS. Il s'est d'abord appliqué à partir de 2001 aux antirétroviraux contre le sida, puis aux antipaludiques et antituberculeux, et à partir de 2006 progressivement aux contraceptifs, aux antiviraux contre la grippe, au traitement des diarrhées aiguës et aux maladies tropicales négligées. L'ICH, pour sa part, a été fondée en 1990 et est constituée des autorités de régulation pharmaceutique et des associations de l'industrie de marque de l'Union européenne, des États-Unis et du Japon (POURRAZ, 2019).

les organisations professionnelles des pharmaciens et des médecins, de manière importante les académies de médecine, les comités et agences gouvernementales, les firmes et associations industrielles, les associations de consommateurs et de patients, les professions juridiques. Les savoirs et les instruments utilisés sont tout aussi pluriels puisqu'ils recouvrent des procédures élaborées par les professionnels, les brevets de médicaments, les AMM, les standards de qualité, la surveillance post-marketing, les essais cliniques, la jurisprudence. Si ce modèle, principalement élaboré par l'histoire des marchés pharmaceutiques dans les pays industriels et innovateurs des Nord, hormis la régulation publique et citoyenne des brevets au temps du sida au Brésil et en Inde (CASSIER, 2013), est heuristique pour analyser les régulations pharmaceutiques dans les Suds, les recherches publiées dans ce livre, qui s'intéressent à la sociologie et à l'anthropologie des régulations depuis les indépendances et jusqu'aux cycles de mondialisation récents, montrent une histoire et des modes de régulations pour partie différents⁶.

Le mode « professionnel », particulièrement représenté par les pharmaciens, est influent au Ghana, au Bénin et en Côte d'Ivoire (voir chapitres 1, 2 et 3), même si la création des Ordres et des facultés de Pharmacie est somme toute récente⁷, tandis que la profession a un temps été décimée au Cambodge (voir chapitre 4). L'un des défis les plus aigus auquel sont confrontés les quatre pays est le nombre limité des pharmaciens en capacité d'être formés afin de pourvoir les autorités de régulation, les firmes industrielles, le système de distribution dans un contexte où le secteur marchand est étendu.

Le mode « administratif » est caractérisé par les héritages des législations pharmaceutiques des métropoles coloniales, le Royaume-Uni et la France (voir chapitres 1 et 3). Les agences du médicament sont de création récente, à la fin des années 1990 au Ghana, alors que le Pharmacy Board est établi en 1961, en 2017 en Côte d'Ivoire et en 2020 au Bénin, où elles succèdent à une direction du ministère de la Santé, créée lors des indépendances en 1960, et où elles sont encore assez incomplètes. Elles peuvent susciter des tensions vives. Plus globalement, les politiques pharmaceutiques des pays étudiés sont en effervescence, tiraillées entre exigences de santé publique et intérêts économiques et industriels, entre héritage historique et volonté réformatrice. La situation du Bénin est particulièrement révélatrice de ces tensions. À la fin de nos investigations, à partir de 2017, suite à l'élection du président Patrice Talon, une période de réformes profondes du secteur pharmaceutique a été entamée. Il en est question dans le livre (voir chapitres 2 et 3). Elle est toujours en cours.

6. Du reste Jean-Paul Gaudillière et Volker Hess indiquent que les modes de régulation qu'ils identifient au terme de leurs investigations historiques ne constituent pas un modèle fixe, mais qu'ils sont eux-mêmes des entités socio-historiques (GAUDILLIÈRE et HESS, 2013).

7. Bien que relativement récente, elle l'est différemment dans les pays considérés. L'enseignement de la pharmacie a débuté dès 1921 au Ghana, où la première faculté a ouvert ses portes dans les années 1950. En Côte d'Ivoire, la faculté de Pharmacie a commencé ses enseignements en 1977. Au Bénin, elle a démarré en 1999 et la première promotion de pharmaciens a été diplômée en 2006.

Le mode de régulation « industriel » est opérant à la fois par le biais des firmes étrangères, occidentales et asiatiques principalement, qui distribuent leurs produits dans les pays que nous étudions et à la fois via les producteurs locaux. Les firmes industrielles sont inégalement distribuées dans les pays étudiés, hormis au Ghana où l'État a encouragé dès l'indépendance les investissements directs de firmes multinationales puis la formation d'une industrie supportée par des capitaux nationaux. Nous montrons que l'établissement d'une production locale tend à stimuler la régulation administrative (voir chapitre 1). Les standards industriels sont hiérarchisés, les *produits locaux* certifiés par les agences du Ghana ou du Nigeria ne pouvant accéder aux certifications internationales de l'OMS ou des grandes agences des pays industriels. La Food and Drugs Authority (FDA) du Ghana accompagne les firmes locales dans l'adoption des bonnes pratiques de fabrication (BPF).

Si la production pharmaceutique est relativement modeste dans les pays qui nous intéressent, sauf au Ghana et dans une moindre mesure en Côte d'Ivoire et au Cambodge, les métiers liés à la distribution marchande forment un secteur économique étendu et influent : il s'agit des commerçants, des vendeurs et revendeurs formels et informels, impliqués dans la distribution grossiste et détaillante, ainsi que les représentants pharmaceutiques dont le champ d'activité va au-delà du marketing pharmaceutique décrit dans les Nords (GREFFION, 2014 ; RAVELLI, 2015). Ce livre, et c'est une de ses originalités, fait une grande place aux régulations marchandes qui opèrent dans le secteur de la distribution, secteur primordial dans les contextes des Suds, comme le montrent Kristin PETERSON (2014) au Nigeria, et Mathieu QUET (2018) dans les liens qu'il étudie entre l'Inde et le Kenya. L'encadrement des pratiques et des codes de conduite des métiers et des activités marchandes suppose des moyens de régulation pharmaceutique en cours de réforme dans les pays étudiés et produit de vifs conflits, comme précisé ci-dessus dans le cas du Bénin.

Les travaux menés par Jessica Pourraz au Bénin et au Ghana, dans le cadre de notre recherche, ont mis en évidence la nécessité d'ajouter un autre mode de régulation, le « mode global », qui « vient se superposer et affaiblir la forme la plus traditionnelle de la régulation des médicaments par les États » (POURRAZ, 2019 : 58). Il en sera question dans la deuxième partie du livre que nous consacrons aux CTA, qui constituent la porte d'entrée de nos analyses des marchés pharmaceutiques dans les Suds (voir chapitres 5 à 7). Selon Jessica Pourraz, qui était plus particulièrement chargée d'étudier les régulations nationales, transnationales ainsi que la production locale en matière de CTA au Bénin et au Ghana, trois façons distinctes de réguler les médicaments se juxtaposent et se renforcent ou s'affrontent : la régulation administrative des États, la régulation industrielle, et la régulation conduite par les acteurs transnationaux gouvernant la *Global Health*. Cette dernière forme de régulation des marchés pharmaceutiques est au centre du récent ouvrage que Nitsan CHOREV (2020) consacre à ce qu'elle nomme le « *developmental foreign aid* » en Afrique de l'Est et dans lequel elle montre l'impact effectif de l'aide étrangère sur la croissance de l'industrie pharmaceutique locale en Tanzanie, en Ouganda et au Kenya.

Jean-Paul Gaudillière et Volker Hess caractérisent un modèle de régulation citoyen ou public, qui apparaît lors de crises sanitaires liées à des événements indésirables associés à certains médicaments (thalidomide), pour compléter et renforcer les normes de mise sur le marché, ou lors de crises d'accès aux traitements (sida), pour aménager le droit des brevets (KRIKORIAN, 2014 ; CASSIER, 2013). Ces actions de régulation citoyenne sont peu présentes dans notre ouvrage dès lors que les investigations ont principalement porté sur le paludisme, pathologie aiguë qui ne fait pas l'objet, malgré sa gravité, d'organisation collective de la part des malades. Nous observons toutefois dans ce livre une régulation qui s'exerce par les consommateurs et que nous caractérisons de « populaire » (voir chapitres 4, 7, 8, 10 et 11). Plus labile, elle s'exerce par le biais des subjectivités qui sont forgées par les perceptions que les personnes ont des corps, de la santé et des maladies et par l'expérience des soins et des traitements, mais aussi contraintes par l'offre de consultations et de produits et plus largement par les contextes locaux, et qui sont transmises de proche en proche. Cette régulation populaire renvoie à une partie du corpus disciplinaire de l'anthropologie de la santé forgé dans les Suds comme dans les Nordes et qui met l'accent tout à la fois sur les universalismes et les particularismes observés localement (SAILLANT et GENEST, 2005 ; BENOIST, 1996), sur l'agentivité et la vulnérabilité des individus face aux structures sociales (FASSIN, 1996 ; SCHEPER-HUGHES, 1992), et sur les processus intimes et socialisés à l'œuvre en matière de santé (FABREGA, 1974 ; KLEINMAN, 1988). Elle est partie prenante du concept de « pharmaceuticalisation » auquel se réfèrent, depuis la fin des années 1990, les anthropologues du médicament pour décrire les réalités qu'ils observent face à l'extension de la diffusion des spécialités industrielles dans de nombreux champs de la vie sociale⁸.

En partant de l'exemple de l'Asie du Sud-Est, et même s'ils ne décrivent pas précisément chacune d'entre elles, Mathieu Quet et ses collègues élargissent la notion de régulation pour penser de manière symétrique les règles des marchés officiels, leurs standards et leurs lois, et celles qui organisent les marchés non officiels dès lors que ceux-ci sont particulièrement étendus dans les pays d'Asie du Sud-Est qu'ils étudient : « Comme nous le montrerons dans le cas de la régulation pharmaceutique en Asie du Sud-Est, les forces de gravité se situent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du domaine de contrôle des pouvoirs centraux. » (QUET *et al.*, 2018 : 2). En cela, ils convergent avec l'anthropologie des marchés informels étudiés au Cameroun par Sjaak Van der Geest (VAN DER GEEST, 1987), au Bénin par nous-mêmes (BAXERRES, 2013 a) et à Madagascar par Chiarella Mattern (MATTERN, 2017). Plus globalement, l'anthropologie du médicament, s'intéressant aux systèmes

8. La « pharmaceuticalisation » est le processus par lequel des conditions sociales, comportementales ou corporelles sont traitées ou considérées comme nécessitant un traitement médicamenteux par les patients, les médecins ou les deux. Développé en sociologie, ce concept est largement utilisé en anthropologie (NICTER, 1996 ; DESCLAUX et ÉGROT, 2015 ; COLLIN et DAVID, 2016). Au-delà de l'emprise de la biomédecine, il traduit également l'autonomie des individus qui peuvent recourir au médicament hors de l'institution et de la relation de soins.

pharmaceutiques, élargit la définition donnée à cette notion par les institutions sanitaires en y associant, au-delà des seuls procédés d'approvisionnement et de distribution pharmaceutique mis en place par l'État, l'ensemble des offres de médicaments disponibles sur un territoire donné, c'est-à-dire à la fois formelles (publiques et privées) et informelles (DESCLAUX et LÉVY, 2003). Il s'agit d'une approche compréhensive de la régulation, des lois et procédures des professions médicales aux pratiques et codes de conduites des vendeurs des marchés formels et informels, des traités commerciaux aux transactions transfrontières illicites. Mathieu Quet et ses collègues ont le souci de saisir ces règles dans le cours des « pratiques sociales ». Cette approche permet de mettre en évidence plusieurs ordres ou régimes pharmaceutiques, ainsi que leurs frictions, interactions ou harmonisations. Parmi les processus d'harmonisation étudiés par ces auteurs figurent les actions de formation des vendeurs informels mises en place par l'État qui ont été observées par Laurent Pordié au Cambodge. Dans le chapitre 4 de ce livre, Ève Bureau-Point étudie également au Cambodge des formes d'encadrement du marché informel par l'État, qui accorde depuis 1999 des licences aux « pharmacies bleues » après avoir formé des vendeurs informels. Nous décrivons aussi ces processus dans le chapitre 3 concernant l'activité des grossistes ghanéens, qui permet de saisir la perméabilité des pratiques informelles et formelles et le glissement des unes aux autres, notamment au démarrage des commerces lorsqu'il s'agit selon un modèle capitaliste de les constituer (BAXERRES, 2018). L'harmonisation des règles suppose des investissements spécifiques de l'État, en l'occurrence des programmes de formation pour les vendeurs informels et la mise en place d'un système de licences spéciales.

Les anthropologues ont analysé les débordements incessants des marchés de médicaments vis-à-vis des règles de contrôle sanitaire en termes de *commodification* (marchandisation) (NICTER, 1996) : celle-ci désigne chez Sjaak Van der Geest la disjonction entre la valeur d'usage thérapeutique, évaluée et contrôlée par des règles d'enregistrement et de surveillance, et la valeur marchande, ainsi que la prééminence progressive de la seconde sur la première. La marchandisation assurée par les marchés informels est toutefois pour l'auteur un « moindre mal », dès lors qu'elle permet aux patients d'accéder à des thérapies (VAN DER GEEST, 2017). Nous avons montré que ces processus de marchandisation spécifiques de l'activité de distribution du médicament n'étaient pas propres aux marchés informels des pays du Sud et qu'ils sont en action, justement au-delà des standards et des lois, ou plutôt dans les failles de ceux-ci, y compris dans les pays du Nord (BAXERRES, 2014 b).

Les marchés pharmaceutiques que nous étudions sont ainsi au jeu des multiples régulations que nous venons de décrire : administratives, professionnelles, industrielles, marchandes, globales, populaires. En fonction de l'histoire de chacun des quatre pays que nous avons considérés et des contextes industriels et politiques régionaux dans lesquels ils se trouvent, celles-ci se déploient différemment les unes par rapport aux autres.

De la vie sociale du médicament à la fabrication des marchés pharmaceutiques

La compréhension des liens qui unissent les sociétés des Suds avec les spécialités industrielles doit remonter aux époques coloniales et dérouler le fil de l'histoire jusqu'à nos jours, s'arrêtant aux différentes périodes et acteurs économiques et politiques locaux, nationaux et internationaux, qui ont influencé cette histoire. Dans les pays que nous avons considérés, le Bénin, le Ghana, la Côte d'Ivoire et le Cambodge, des procédés d'approvisionnement et de distribution pharmaceutique différents sont en place. Leur forme est influencée par des éléments ayant trait à l'histoire : la puissance coloniale et sa législation pharmaceutique, les conflits et régimes politiques que les pays ont éventuellement connus (la période khmère rouge au Cambodge) et la zone d'influence économique à laquelle ils appartiennent (langue, monnaie, communauté économique, comme dans le cas du Commonwealth). En fonction de ces différents éléments, les activités de production sont variablement soutenues, les sources d'importation plus ou moins diversifiées et la distribution grossiste et détaillante plus largement encadrée par l'État ou laissée au dynamisme des acteurs économiques. Notre recherche entendait questionner l'impact de ces éléments structurels (présentés plus particulièrement dans la première partie du livre) sur les pratiques de consommation pharmaceutique et les usages que les personnes font des spécialités industrielles (décryptés plus fortement dans la partie 3). La comparaison centrale que nous étudions est celle du Bénin et du Ghana, deux pays d'Afrique de l'Ouest – l'un francophone anciennement colonisé par la France, l'autre anglophone précédemment colonisé par le Royaume-Uni. Elle occupe sept des onze chapitres du livre. La Côte d'Ivoire (un chapitre) et le Cambodge (deux chapitres), tous deux également précédemment colonisés par la France, permettent de mettre en perspective les analyses produites au sujet du Bénin et du Ghana et d'enrichir la compréhension des enjeux qui se jouent autour des médicaments dans les sociétés des Suds. La forte perspective francophone de notre recherche constitue une des originalités de notre travail, ces contextes étant moins fortement décrits dans la littérature internationale en sciences sociales sur le médicament, notamment au sujet du continent africain. C'est aussi le cas de la comparaison entre deux « modèles », l'un francophone, l'autre anglophone, en matière de médicaments, que nous proposons⁹.

9. Au démarrage de ce programme de recherche, nous concevions l'existence de deux modèles pharmaceutiques, l'un francophone « administré », l'autre anglophone « libéral », en Afrique de l'Ouest (BAXERRES, 2013 a). Les différentes études dont nous rendons compte dans ce livre nous ont permis de dépasser et de complexifier cette modélisation, par trop binaire et réductrice. Si le caractère plus ou moins libéral des modèles de distribution pharmaceutique entre pays anglophones et francophones est globalement pertinent (voir chapitre 3), le travail réalisé au sujet des modes de régulation « administratif » et « industriel » a permis de souligner l'importance certes des legs institutionnels et historiques, mais aussi celle du degré d'autonomie politique et financière des États, celle des modes d'approvisionnement des médicaments, importés et/ou produits localement, et celle de la structure des marchés et des liens avec les pays producteurs d'Asie. Plutôt que deux modèles, ces aspects permettent de mettre en évidence une pluralité de situations envisageables entre pays francophones et anglophones, ainsi que la coexistence, au sein d'un même pays, d'approches possiblement très libérales sur certains aspects (distribution) et très administrées ou encadrées sur d'autres (production, prescription), comme c'est le cas au Ghana.

Le fait de pouvoir considérer les régulations multiples et la hiérarchie des marchés pharmaceutiques est aussi une des forces de notre recherche. Elle propose la prise en compte intégrée de l'ensemble des niveaux sociaux – et des catégories d'acteurs qu'ils mobilisent – concernés par les marchés pharmaceutiques dans les contextes des Suds que nous avons étudiés : la production, la distribution (grossiste et détaillante), la prescription, la consommation et les usages¹⁰. Cet apport est rendu possible par notre approche multidisciplinaire qui associe l'anthropologie de la distribution et des usages du médicament, la sociologie de l'innovation et de la régulation pharmaceutique qui inclue une approche de socio-histoire, et l'épidémiologie sociale, dont nous détaillons au chapitre suivant les méthodes de recherche spécifiques et que nous avons croisées. Cette approche nous permet de dépasser la conceptualisation en termes de « vie sociale » et d'« étapes biographiques du médicament » (WHYTE *et al.*, 2002), désormais classique et très didactique en sciences sociales. Tel que l'ont justement précisé Alice DESCLAUX et Marc ÉGROT (2015), celle-ci a présenté un intérêt indéniable lorsqu'elle a été proposée : mettre en évidence les tensions ou les synergies associées aux transitions d'une étape à une autre, encourager la réalisation de monographies aux premières étapes de leur production, introduire la dimension politique, aborder Nords et Suds avec une même approche théorique, conjuguer théories de la mondialisation et théories de l'anthropologie médicale, offrir une grille de lecture pour ordonner les travaux. Néanmoins, comme toute modélisation, elle présente le défaut de ses qualités, ainsi elle peut conduire à aplanir les réalités sociales, en les présentant de manière trop linéaire.

Notre objectif, à travers ce livre, est bien d'insister sur la confrontation et la superposition des enjeux, des acteurs et des processus que génèrent les spécialités industrielles dans les contextes que nous avons étudiés. Ainsi, les questions de distribution et de consommation pharmaceutiques apparaissent intimement liées, de même que celles de production des médicaments et d'usages qui en sont faits, également celles de production locale et de distribution, tant les mêmes acteurs peuvent s'y investir, notamment au Ghana, et aussi celles de production locale et de renforcement des appareils étatiques. Les différents chapitres et parties du livre articulent ces niveaux de réalités sociales pour rendre compte de leur complexité : concernant les traitements antipaludiques, leur mise au point, leur circulation, leur mise en compétition et les « attachements » qu'ils génèrent (voir partie 2) ; plus globalement, concernant les pratiques de production et de distribution et leurs impacts sur la souveraineté des États, sur les économies formelles et informelles, sur la santé individuelle des consommateurs et sur la santé publique (voir partie 1) ; et enfin, concernant l'activité des représentants pharmaceutiques, la diversité de l'offre de médicaments et de soins biomédicaux et leurs influences sur la prise en charge de leur santé par les personnes ainsi que sur leurs imaginaires de consommation pharmaceutique (voir partie 3).

10. Nous n'avons en revanche pas étudié l'économie des essais cliniques qui constitue un enjeu important et croissant dans les Suds (SUNDER RAJAN, 2012).

Ce livre traite de l'institution et de la régulation des marchés pharmaceutiques dans plusieurs pays du Sud. Ces marchés ne tiennent pas tout seuls, par la vertu de la rencontre spontanée des offres et des demandes, mais par un ensemble d'institutions, de règles, de politiques, de calculs, de valeurs : d'où l'intérêt d'étudier « les lois des marchés » ou « les agencements marchands » qui les supportent, comme nous y invite Michel Callon dans ses ouvrages (CALLON, 1998, 2017). Nous portons une grande attention aux acteurs qui établissent, font tenir et développent ces marchés, des grossistes privés aux pharmaciens, des centrales d'achat publiques aux centres de santé publics ou privés, lucratifs ou confessionnels, des industriels aux représentants pharmaceutiques, des experts des agences du médicament ou des départements du médicament aux ministres de la Santé ou de l'Industrie, jusqu'aux pratiques d'automédication des consommateurs et patients, inégaux dans le recours aux soins quand il faut s'acquitter du prix des médicaments essentiels, quand bien même ceux-ci sont subventionnés, selon le principe du recouvrement des coûts adopté à Bamako en 1987 (RIDDE, 2005). Au-delà de la pluralité des régulations et des lois du marché, nous veillons à considérer les asymétries de ressources et de pouvoirs entre les acteurs, quand la Banque mondiale influence à la fin des années 1980 la création de la Centrale d'achat des médicaments essentiels (Came) du Bénin, ainsi que les déséquilibres et les frictions qui traversent ces marchés, quand les producteurs locaux du Ghana sont exclus du marché des CTA, ne pouvant soutenir la concurrence des prix des médicaments subventionnés distribués dans le pays par le Fonds mondial au début des années 2010. De la même manière, nous analysons les stratégies de souveraineté économique en Côte d'Ivoire avec la constitution d'une holding détenue par un regroupement de pharmaciens.

L'analyse située et historicisée de ces marchés, de leurs régulations multiples, des interactions et des circulations d'humains et de capitaux entre la distribution et la production, des flux financiers multiples qui supportent les achats de médicaments, des financeurs internationaux aux consommateurs finaux, des frictions et déséquilibres qui les traversent, nous conduisent à les appréhender comme des systèmes dynamiques, ouverts et conflictuels. Il importe d'en saisir le fonctionnement pour éventuellement proposer des pistes de réflexion pour les réformer et les « changer » comme nous y invite Michel Callon. Nous nous y essayons dans la conclusion du livre.

Sous la direction de
Carine Baxerres, Maurice Cassier

Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds

Entre régulations locales et globales



Éditions

Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds

Entre régulations
locales et globales

Sous la direction de :
Carine BAXERRES et Maurice CASSIER

IRD Éditions

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Collection Synthèses

Marseille, 2022

Ce texte a fait l'objet d'une première édition en anglais :

BAXERRES C., CASSIER M. (eds), 2022 – Understanding drug Markets: An Analysis of Medicines, Regulations and Pharmaceutical Systems in the Global South. Londres, Routledge, 320 pages.

<https://www.taylorfrancis.com/books/oa-edit/10.4324/9780429329517/understanding-drugs-markets-carine-baxerres-maurice-cassier>

Photo 1^{re} de couverture

IRD/C. Baxerres – Secteur *drug lane* du marché Okaishie d'Accra au Ghana.

Photo 4^e de couverture

© IRD/C. Baxerres – La pharmacie domestique d'une famille en milieu rural au Ghana.

Coordination éditoriale

IRD/Catherine Guedj

Préparation éditoriale

Stéphanie Quillon (34)

Mise en page

Desk (53)

Correction

Marie-Laure Portal (11)

Maquette de couverture

IRD/Michelle Saint-Léger

Maquette intérieure

IRD/Pierre Lopez

Ce travail est mis à la disposition du public selon les termes de la licence Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. – Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Pas de modification.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Toute personne intéressée a le droit de partager l'œuvre, sans avoir à demander son accord ni à l'éditeur ni à l'auteur, dans les conditions suivantes :

- obligation de nommer l'auteur et l'éditeur, d'intégrer un lien vers la licence CC-by-NC-ND et d'indiquer si l'œuvre a été modifiée ;
- interdiction de mettre à disposition l'œuvre si elle a été modifiée ;
- interdiction de faire une exploitation commerciale de tout ou partie de l'ouvrage.

Cette licence concerne, sauf mention contraire au niveau des illustrations, tout le contenu de l'ouvrage.

© IRD, 2022



ISBN papier : 978-2-7099-2950-9
ISSN : 2431-7128

ISBN PDF : 978-2-7099-2951-6
ISBN epub : 978-2-7099-2952-3