



HAL
open science

Produire des médicaments en Afrique subsaharienne à l'heure de la santé globale. Le cas des antipaludiques au Ghana

Jessica Pourraz

► To cite this version:

Jessica Pourraz. Produire des médicaments en Afrique subsaharienne à l'heure de la santé globale. Le cas des antipaludiques au Ghana. *Politique africaine*, 2019, *Global health : et la santé?*, 156, pp.41-60. 10.3917/polaf.156.0041 . halshs-02904752

HAL Id: halshs-02904752

<https://shs.hal.science/halshs-02904752>

Submitted on 3 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE DOSSIER

JESSICA POURRAZ

**PRODUIRE DES MÉDICAMENTS
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE
À L'HEURE DE LA SANTÉ GLOBALE.
LE CAS DES ANTIPALUDIQUES
AU GHANA**

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique au Ghana, qui dépend du soutien des programmes de santé globale pour la distribution des traitements. Ils conditionnent leurs financements à l'achat de médicaments à la qualité certifiée par l'Organisation mondiale de la santé, label dont les firmes ghanéennes ne bénéficient pas faute de moyens, les laissant en marge des marchés. Le Ghana, avec le soutien d'autres partenaires, tente néanmoins de mettre en œuvre une politique de soutien à la production locale de médicaments afin de favoriser l'accès à des produits de qualité. À travers l'analyse des dispositifs de distribution d'antipaludiques, cet article propose d'interroger les effets des politiques de santé globale sur la politique industrielle pharmaceutique au Ghana.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Afrique « supporte une part disproportionnée de la charge mondiale de paludisme. En 2017, 92 % des cas de paludisme et 93 % des décès dus à cette maladie sont survenus dans cette région¹ ». La réponse thérapeutique contre l'épidémie a été pendant longtemps fondée sur une molécule qui a généré des résistances et, de fait, rendu le traitement inefficace. En effet, jusqu'au début des années 2000, la chloroquine, peu chère et produite localement, est le médicament le plus couramment utilisé en Afrique contre le paludisme. La propagation des résistances conduit l'OMS à recommander les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine² (CTA) comme traitement de première intention. Leur coût, plus de vingt fois supérieur à celui de la chloroquine, plonge les pays dans l'incapacité d'en financer l'achat. Parmi les quatre CTA recommandées

1. OMS, « Paludisme : principaux faits » [en ligne], mise à jour le 27 mars 2019, <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>>, consulté le 7 novembre 2019.

2. L'artémisinine est issue d'une plante chinoise multimillénaire, l'*Artemisia annua*, dont l'utilisation récente dans le traitement contre le paludisme est la plus efficace jamais connue.

Global health: *et la santé ?*

par l'OMS³, le ministère ghanéen de la Santé adopte en 2004 une combinaison de deux molécules nommée « l'artésunate-amodiaquine » (Asaq). Elle est deux fois moins onéreuse que sa concurrente l'« artémether-luméfantine » (AL) et les industriels locaux ont la possibilité de la produire à moindre coût. À partir de 2004, une arène d'acteurs transnationaux⁴ – composée en premier lieu du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du programme de coopération américaine, la President's Malaria Initiative (PMI) – se déploie au Ghana pour approvisionner en CTA le secteur public et une partie du privé à partir de 2010 *via* l'Affordable Medicines Facility-malaria (AMFm).

L'investissement des acteurs transnationaux dans la distribution de CTA en Afrique s'inscrit dans le cadre d'une reconfiguration politique et économique des programmes de santé internationale et par l'omniprésence du concept de « santé globale ». Il se caractérise par une augmentation sans précédent des ressources financières⁵, et par l'émergence d'un nouveau type d'acteurs et d'interventions qui redéfinit les politiques de développement et le rôle des États⁶. Dans leurs travaux conduits au Ghana sur les interactions entre les donateurs et le ministère du Commerce et de l'industrie, Whitfield et Jones⁷ démontrent que la dépendance du Ghana à l'égard de l'aide ne concerne pas seulement le volume des flux financiers, mais également la manière de travailler du gouvernement et sa façon de négocier avec les donateurs. Les autrices mettent simultanément en évidence le peu d'incitation à poursuivre des politiques faiblement attractives en termes de subventions et la propension à accepter les propositions des donateurs ne répondant pourtant pas aux attentes des ministères. Ces autrices font l'hypothèse, nous y reviendrons, que le système d'aide entrave la capacité du gouvernement ghanéen à mettre en œuvre une stratégie de développement économique.

En s'appuyant sur l'étude de l'approvisionnement des CTA au Ghana et du mécanisme de l'AMFm, cet article vise à produire une analyse critique des politiques globales de distribution de médicaments et de leurs effets sur les politiques pharmaceutiques nationales. En d'autres termes, nous tenterons de

3. Qui sont artémether-luméfantine (AL), artésunate-amodiaquine (Asaq), artésunate-méfloquine (ASMQ) et artésunate-sulfadoxine-piriméthamine (ASSP). L'AL et l'Asaq sont les plus couramment adoptées.

4. F. Eboko, F. Bourdier et C. Broqua, « Introduction. Cap aux Suds : une orientation globale de la mobilisation contre le sida », in F. Eboko, F. Bourdier et C. Broqua (dir.), *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, Marseille, IRD éditions, 2011, p. 21-43.

5. G. Lachenal, « Le stade Dubaï de la santé publique. La santé globale en Afrique entre passé et futur », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013, p. 53-71.

6. D. Sridhar, « Post-Accra: Is there Space for Country Ownership in Global Health? », *Third World Quarterly*, vol. 30, n° 7, 2009, p. 1363-1377.

7. L. Whitfield et E. Jones, « Ghana: The Political Dimensions of Aid Dependence », *Global Economic Governance Program Working Paper 2007/32*, Oxford, The Global Economic Governance Program University College, 2007.

comprendre pourquoi les acteurs transnationaux privilégient le soutien aux multinationales et aux principaux producteurs de génériques pour importer des médicaments, plutôt qu'aux industries locales afin de garantir la qualité de leur production et l'autonomie des pays. Cet article s'intéresse à l'étude des conflits auxquels le gouvernement ghanéen est confronté alors même que les enjeux industriels se heurtent aux politiques des acteurs transnationaux qui le soutiennent. Il montre ainsi comment les défis économiques et sociaux que représente la production locale de médicaments, notamment en termes d'investissements en vue d'augmenter sa capacité de production et sa mise aux normes, sont inconciliables avec les politiques internationales de distribution de médicaments. Ceci permet en outre d'examiner les jeux d'acteurs et d'interroger l'utilisation des rapports de force et des asymétries de pouvoir comme outils de négociation dans la construction des politiques⁸. À l'heure du néolibéralisme de la «santé globale⁹», ses acteurs ne prennent pas en compte les effets sociaux à long terme et les conséquences pour les systèmes de santé et les politiques publiques¹⁰. L'approche historique et de sociologie de l'action publique adoptée s'attache à décrire les interactions entre acteurs à différentes échelles¹¹, à saisir leurs logiques, les valeurs qui les animent et les relations de pouvoir qui en découlent¹². Elle permet de souligner le rapport qu'entretient l'État ghanéen avec les industriels locaux et les acteurs transnationaux afin d'analyser les difficultés liées à la mise en œuvre d'une politique industrielle pharmaceutique nationale, dans le contexte globalisé actuel, au plus près des enjeux économiques et politiques qui la sous-tendent. Ce faisant, cet article propose d'enrichir l'analyse du rôle de l'État dans la fabrique des politiques publiques par la prise en compte de l'histoire des politiques nationales de développement et du rôle des acteurs privés¹³. La littérature en économie politique sur la production pharmaceutique au

8. A. Koduah, I. A. Agyepong et H. van Dijk, «“The One with the Pursue Makes Policy”: Power, Problem Definition, Framing and Maternal Health Policies and Programmes Evolution in National Level Institutionalised Policy Making Processes in Ghana», *Social Science and Medicine*, vol. 167, 2016, p. 79-87.

9. J.-P. Gaudillière, «Un nouvel ordre sanitaire international? Performance, néolibéralisme et outils du gouvernement médico-économique», *Écologie & politique*, n° 52, 2016, p. 107-124.

10. L. Atlani-Duault et L. Vidal, «Le moment de la santé globale: formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale», *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013, p. 7-16.

11. P. Bonvalet, *De l'urgence politique à la gestion de l'action publique: construire et institutionnaliser l'accès aux traitements du VIH/sida au Bénin*, Thèse de doctorat en science politique, Bordeaux, Université de Bordeaux, 2014.

12. J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala, 1995.

13. L. Gautier et V. Ridde, «Health Financing Policies in Sub-Saharan Africa: Government Ownership or Donors' Influence? A Scoping Review of Policymaking Processes» [en ligne], *Global Health Research and Policy*, vol. 2, 2017, <<https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-017-0043-x>>, consulté le 15 janvier 2020.

Global health: et la santé ?

«Sud» et en sociologie des sciences¹⁴ permet d'interroger le rôle de l'État à travers le prisme des techniques et des savoirs appliqués aux politiques pharmaceutiques, contribuant ainsi à enrichir les analyses des politiques publiques que propose la sociologie de l'action publique.

L'analyse se fonde sur une recherche réalisée durant 14 mois (2014-2017)¹⁵ qui consiste en des entretiens semi-directifs (n = 63) conduits à Accra et à Genève auprès d'acteurs institutionnels en charge des politiques pharmaceutiques et de lutte contre le paludisme, d'industriels ghanéens, de l'OMS, du Fonds mondial et de la PMI. Des acteurs intervenant dans les programmes de soutien à l'industrie pharmaceutique au Ghana conduits par l'Organisation des Nations unies pour le développement industriel (Onudi) et les agences de coopération allemande et britannique ont également été interrogés. Des recherches aux archives nationales à Accra ont en outre permis de retracer l'histoire de l'industrie pharmaceutique depuis l'indépendance. Enfin, des observations ont été réalisées dans une firme à Accra afin d'étudier la fabrication de CTA, ainsi qu'à l'occasion de réunions programmatiques entre les institutions nationales et les donateurs.

Dans un premier temps, nous démontrerons que le développement industriel pharmaceutique du Ghana s'inscrit dans une histoire longue puisqu'elle prend son essor dès son indépendance en 1957. Puis nous nous attacherons à analyser comment la politique nationale de développement industriel se heurte aux politiques globales de distribution de médicaments. Pour ce faire, nous étudierons le rôle joué en 2004 par les firmes ghanéennes dans le choix de la combinaison thérapeutique et les tentatives pour la fabriquer localement ayant abouti à une crise sanitaire faute d'un soutien politique suffisant. Nous examinerons ensuite les raisons ayant motivé le Ghana à adopter l'AMFm pour la distribution de CTA subventionnées dans

14. M. Cassier et M. Corrêa, «Éloge de la copie: le reverse engineering des antirétroviraux contre le VIH/sida dans les laboratoires pharmaceutiques brésiliens», *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 3, 2009, p. 77-103; R. Simonetti, N. Clark et W. Wamae, «Pharmaceuticals in Kenya: The Evolution of Technological Capabilities», in M. Mackintosh, G. Banda, P. Tibandebage et W. Wamae (dir.), *Making Medicines in Africa: The Political Economy of Industrializing for Local Health*, New York, Palgrave Macmillan, 2015, p. 25-44; M. Quet, *Impostures pharmaceutiques. Médicaments illicites et luttes pour l'accès à la santé*, Paris, La Découverte, 2018.

15. Je remercie les personnes interrogées ainsi que Maurice Cassier et Carine Baxerres pour leur encadrement. Cet article est tiré de ma thèse de doctorat (J. Pourraz, *Réguler et produire les médicaments contre le paludisme au Bénin et au Ghana: une affaire d'État? Politiques pharmaceutiques, normes de qualité et marchés de médicaments*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, 2019) réalisée au sein du programme de recherche «GLOBALMED. Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine: une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique» dirigé par C. Baxerres et financé par l'ERC Grant Agreement n°337372 dans le cadre du 7^e programme-cadre de l'UE (FP7/2007-2013).

le secteur privé, ainsi que ses effets sur les firmes locales. Pour conclure, nous analyserons les mesures adoptées par le gouvernement pour soutenir la politique pharmaceutique industrielle.

LE DÉVELOPPEMENT DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE DÈS 1957

Le rôle de l'État et des multinationales occidentales

Si la trajectoire industrielle du Ghana ne constitue pas une exception au regard de l'itinéraire d'autres pays d'Afrique de l'Est, elle apparaît néanmoins singulière dans le paysage ouest-africain, à l'exception du Nigeria. Contrairement à l'idée reçue que l'Afrique subsaharienne ne produirait pas de médicaments, les travaux de Peterson au Nigeria¹⁶ et de Banda, Wangwe et Mackintosh au Kenya, en Tanzanie et en Éthiopie¹⁷ mettent en lumière les racines historiques de l'industrie pharmaceutique qui, dans le cas du Kenya, remontent aux années 1930. Ainsi, les capacités industrielles et les politiques de soutien à la production locale de médicaments ne constituent pas un phénomène nouveau en Afrique.

À son indépendance en 1957, le Ghana est faiblement industrialisé et la plupart des médicaments sont importés d'Europe et des États-Unis. Le Premier ministre Kwame Nkrumah engage le pays dans un vaste programme d'industrialisation en vue de substituer la production locale aux importations¹⁸. Or le secteur pharmaceutique, hautement spécialisé, requiert des ressources humaines qualifiées et d'importants capitaux et investissements dans les infrastructures¹⁹. La plupart des technologies étant localisées dans les anciennes métropoles, les pays récemment décolonisés, tels que le Kenya, le Nigeria et le Ghana, doivent développer des partenariats avec des entreprises étrangères²⁰. Les incitations financières et fiscales ainsi que les mesures de protection des marchés locaux mises en œuvre par la politique industrielle ghanéenne facilitent la création d'unités locales de production. C'est ainsi que le Ghana commence à fabriquer des médicaments

16. K. Peterson, *Speculative Markets: Drug Circuits and Derivating Life in Nigeria*, Durham, Duke University Press, 2014.

17. G. Banda, S. Wangwe et M. Mackintosh, «Making Medicines in Africa: An Historical Political Economy Overview», in M. Mackintosh et al. (dir.), *Making Medicines in Africa...*, op. cit., p. 7-24.

18. W. A. Lewis, *Report on Industrialization and the Gold Coast*, Accra, Government Printing Department, 1953.

19. R. Simonetti et al., «Pharmaceuticals in Kenya...», art. cité, p. 3.

20. N. Swainson, «Indigenous Capitalism in Postcolonial Kenya», in P. M. Lubeck, *The African Bourgeoisie: Capitalist Development in Nigeria, Kenya and the Ivory Coast*, Boulder, Lynne Rienner Publishers, 1987, p. 137-163; K. Peterson, *Speculative Markets...*, op. cit., p. 3.

Global health: *et la santé?*

dès 1957 avec principalement le soutien de multinationales étasuniennes et européennes. De par l'action de l'État développementaliste ghanéen²¹, la production pharmaceutique locale permet de satisfaire des besoins sanitaires croissants et de répondre dans le même temps à des intérêts de santé publique et à des impératifs de développement.

Crise mondiale, fuite des multinationales et reprise des investissements locaux

Dans les années 1970, la crise économique mondiale entraîne une baisse significative des nouveaux investissements industriels en Afrique²². Au Ghana, le gouvernement de Rawlings est contraint d'adopter, dans les années 1980, des programmes d'ajustements structurels imposés par les institutions financières de Bretton Woods²³, exigeant la libéralisation du marché et la fin des mesures protectionnistes mises en œuvre par Kwame Nkrumah. Ceci conduit les multinationales à stopper les activités de leurs filiales au Ghana dès la fin de cette décennie²⁴. Seules deux industries indiennes s'y implantent durant cette période, fait significatif de l'évolution des circulations et de la structure des marchés pharmaceutiques mondiaux²⁵. La décennie 1990 est marquée par des problèmes de disponibilité des médicaments auxquels le gouvernement répond par l'adoption en 1992 de la politique de *cash and carry* qui exige des patients de payer pour les soins et les médicaments²⁶. Dès le milieu des années 1990, l'investissement redémarre au Ghana, en grande partie réalisé par des entrepreneurs privés ghanéens, pour la plupart pharmaciens, qui rachètent les unités de production abandonnées par les multinationales, contribuant à une forme de «ghanéanisation²⁷» du secteur pharmaceutique. De nouvelles unités de production sont également créées avec l'assistance technologique indienne et chinoise, telle que la firme sino-ghanéenne Danadams en 2004. Les capitaux mobilisés par cette nouvelle

21. M. Quet, *Impostures pharmaceutiques...*, *op. cit.*, p. 3.

22. M. Mackintosh *et al.* (dir.), *Making Medicines in Africa...*, *op. cit.*

23. L. Whitfield *et* E. Jones, «Ghana...», art. cité, p. 2.

24. K. P. Boateng, *A Study to Determine the Factors Affecting the Compliance of Local Pharmaceutical Manufacturers to International Best Practices in the Pharmaceutical Industry: A Case Study of Danadams Pharmaceutical Industry Limited*, Paris, Graduate School of Management, 2009.

25. S. Chaudhuri, *The WTO and India's Pharmaceutical Industry: Patent Protection, TRIPs and Developing Countries*, New Delhi, Oxford University Press, 2005.

26. D. K. Arhinful, *The Solidarity of Self-Interest: Social and Cultural Feasibility of Rural Health Insurance in Ghana*, Leiden, African Studies Centre, 2003.

27. La «ghanéanisation» caractérise l'origine du capital et signifie qu'il est issu d'individus privés ghanéens, et non de l'État comme en cas de nationalisation.

génération d'industriels sont issus de leurs activités commerciales de distribution de médicaments qu'ils importent depuis les pays asiatiques, avec lesquels le Ghana a tissé des relations commerciales depuis les années 1970²⁸, afin de les vendre en gros ou au détail, tout en fabriquant localement.

Le tournant des années 2000

Le Ghana compte actuellement 36 firmes, dont la majorité est détenue par des capitaux privés locaux²⁹. C'est le deuxième secteur pharmaceutique de la région après le Nigeria qui dénombre 130 industries. Parmi ses voisins, le Bénin compte une firme, le Togo deux et la Côte d'Ivoire six. L'État ghanéen continue de jouer un rôle déterminant dans le soutien à l'industrie locale *via* une politique garantissant un marché réservé et des mesures fiscales pour la rendre plus compétitive face aux importations³⁰. Malgré les défis technologiques et l'augmentation des financements des donateurs pour importer des médicaments, les industries locales se concentrent sur la fabrication de médicaments de base, tels que la chloroquine et l'amodiaquine pour le traitement du paludisme. C'est ainsi qu'à l'adoption des CTA en 2004, elles sont sollicitées par le ministère de la Santé pour produire les médicaments destinés au marché privé. Le pays opte pour la combinaison d'«artésunate-amodiaquine», en raison de l'existence d'une production locale des deux molécules en monothérapie, sans pour autant leur apporter le soutien financier et technologique nécessaire à la combinaison des molécules, aboutissant à une crise sanitaire.

L'ÉCHEC DES TENTATIVES DE PRODUCTION LOCALE

Le difficile alignement des politiques de santé publique et industrielle

L'économie des CTA est caractérisée par l'absence de droit de propriété intellectuelle sur les molécules et par la mise en place, pour leur développement, de partenariats public-privé entre ONG, universités et firmes pharmaceutiques. Les molécules en libre accès peuvent être associées dans le même comprimé

28. C. Baxerres, *Du médicament informel au médicament libéralisé: une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2013.

29. Leur poids reste faible (moins de 5 % du PNB d'après une estimation de l'Onudi-Ghana) en comparaison du cacao et des minerais.

30. Ces mesures comprennent une liste de quatorze médicaments réservés à la production locale, une exonération de taxes à l'importation de matières premières et d'équipements pour la formulation de produits finis, et des facilités pour l'enregistrement des médicaments produits localement.

Global health : *et la santé ?*

pour produire des combinaisons à dose fixe, qui favorisent leur efficacité par une meilleure observance³¹. L'OMS incite les industriels à développer ce type de formulation qui permet de réduire les résistances au traitement. Entre 2001 et 2008, la firme suisse Novartis est la seule à commercialiser une combinaison à dose fixe d'« artémether-luméfantrine », le Coartem[®]. Afin d'en assurer l'accessibilité, l'OMS passe en 2001 un accord exclusif de dix ans avec l'entreprise pour l'approvisionnement des marchés publics africains au prix coûtant de 2,40 dollars par traitement adulte³². Entre décembre 2008 et décembre 2009, le marché s'étoffe de combinaisons à dose fixe d'« artémether-luméfantrine » produites par les firmes indiennes Ajanta, Cipla et Ipca. Au vu des difficultés techniques pour développer ce type de formulation avec l'artésunate et l'amodiaquine, il faut attendre 2012 pour qu'Ipca développe une combinaison à dose fixe d'« artésunate-amodiaquine », suivie la même année par la firme chinoise Guilin, puis par Ajanta en 2013 et Cipla en 2014³³. Malgré les défis technologiques que représente la formulation de l'« artésunate-amodiaquine » en combinaison à dose fixe, le ministère de la Santé ghanéen choisit toutefois cette option pour des motivations financières, des impératifs d'accessibilité et des enjeux industriels. En effet, cette combinaison est la moins chère³⁴ et peut être fabriquée localement pour le marché privé :

« Le paludisme est un business important pour l'industrie pharmaceutique au Ghana. Avant, nous produisions beaucoup de chloroquine et avec le changement de politique de prise en charge du paludisme, nous pensions que les entreprises locales pourraient produire de l'amodiaquine et de l'artésunate, alors nous avons choisi la combinaison "artésunate-amodiaquine", car il existe une importante capacité de production locale pour approvisionner le secteur privé, car vous savez qu'au Ghana, les soins de santé sont généralement à la charge des patients³⁵. »

Trois firmes ghanéennes commencent à partir de début 2005 à distribuer leur combinaison à dose fixe d'« artésunate-amodiaquine ». Rapidement, des

31. Il existe également une présentation où les deux molécules sont dans deux comprimés séparés contenus dans un même emballage. Cette présentation, moins difficile à produire techniquement, est également moins coûteuse que les combinaisons à dose fixe qui exigent de solides compétences technologiques et la conduite d'études cliniques ayant des coûts élevés.

32. F. Orsi et J.-B. Zimmermann, « Le marché des antipaludéens, entre régulation et défaillance », *Mondes en développement*, n° 170, 2015, p. 21-40.

33. F. Orsi, S. Singh et L. Sagaon-Teyssier, « The Creation and Evolution of the Donor Funded Market for Antimalarials and the Growing Role of Southern Firms », *Science, Technology and Society*, vol. 23, n° 3, 2018, p. 349-370.

34. En 2004, l'Asaq en co-blistre de Sanofi et Ipca est au prix de 1,3 dollar par traitement adulte, soit près de deux fois moins chère que le Coartem[®].

35. Entretien avec un pharmacien du Comité de révision de la politique antipaludique, Accra, 22 juillet 2016.

premiers effets secondaires sont rapportés au centre de pharmacovigilance³⁶. Les industriels ghanéens sont désignés comme responsables, en raison de limitations techniques ayant conduit à la fabrication de comprimés surdosés et incorrectement formulés³⁷. La campagne médiatique qui s'ensuit, dénonçant les dangers du médicament, provoque une crise de confiance avec des conséquences désastreuses sur son introduction³⁸:

«L'industrie locale avait pris les devants pour fabriquer son artésunate-amodiaquine dans une formulation qui n'avait même pas encore été approuvée au niveau international. Il s'agissait d'une dose trop élevée et ils l'avaient déjà mise sur le marché. Certaines personnes en ont pris et une personne est morte. Il y a donc eu une mauvaise publicité dans la presse, c'était dans les journaux: "L'artésunate-amodiaquine est un médicament tueur." Ainsi, avant même que le programme de lutte contre le paludisme ne puisse lancer la nouvelle politique, beaucoup de dommages avaient été faits par nos fabricants locaux et nous avons dû réparer les dégâts! Cela a pris beaucoup de temps et, au moment où je vous parle, il y a encore des gens qui ne veulent pas prendre de l'artésunate-amodiaquine³⁹.»

En réponse à la crise sanitaire, le ministère de la Santé exige l'arrêt de la production locale et le rappel des lots. Cet épisode le conduit également à réviser en 2007 sa politique et à recommander, comme alternative à l'«artésunate-amodiaquine», l'utilisation de deux nouvelles combinaisons, dont l'«artémether-luméfantrine» qui, bien que plus chère, est beaucoup mieux tolérée. Les industries ghanéennes se tournent alors vers la fabrication de cette dernière. Techniquement moins difficile à produire, le marché peut être rentable: les CTA sont des *fast moving product* se vendant très bien, ce qui peut compenser leurs pertes financières.

Limitations techniques, financières et réglementaires

Les contraintes financières et technologiques auxquelles sont confrontées les industries au Ghana expliquent en partie l'échec de la tentative de production locale de l'«artésunate-amodiaquine». En effet, en 2004, il n'existe encore aucune combinaison à dose fixe du fait de la complexité technologique

36. Les réactions rapportées sont des mouvements anormaux, des rougeurs, des maux intestinaux, des insomnies et de la fatigue: <https://www.dndi.org/wp-content/uploads/2008/12/1_bompart_s-a_astmh2008_final.pdf>, consulté le 24 mai 2018.

37. Une enquête menée pour le compte de l'OMS a démontré que les comprimés étaient surdosés et toxiques. Voir R. Kobbe *et al.*, «A Randomized Trial on Effectiveness of Artemether-lumefantrine versus Artesunate plus Amodiaquine for Unsupervised Treatment of Uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria in Ghanaian Children», *Malaria Journal*, vol. 7, 2008, p. 565-576.

38. Ghana Health Services, *Antimalaria Drug Policy for Ghana*, Accra, Ministry of Health, 2004.

39. Entretien avec la coordinatrice du National Malaria Control Program (NMCP), Accra, 3 août 2016.

Global health: *et la santé?*

à associer dans un même comprimé deux molécules aux propriétés incompatibles. Or, très vite, les trois industries ghanéennes mettent au point une combinaison à dose fixe qu'elles enregistrent auprès du Food and Drugs Board (FDB) qui se contente d'une évaluation *a minima*. Se posent alors trois problèmes majeurs. En premier lieu, les industries au Ghana se livrent principalement à des activités qui exigent des capacités technologiques de base, telles que la formulation de produits finis. Elles ne se consacrent pas à des activités de recherche et développement (R&D) pour découvrir des molécules ou développer des produits⁴⁰. Par ailleurs, les entretiens réalisés soulignent le manque de pharmaciens spécialisés en industrie du fait de la faible offre de formation au Ghana, fortement orientée vers la pharmacie clinique. Les industriels ghanéens ne disposent donc pas de capacités internes pour développer une formulation aussi complexe. Par ailleurs, il n'existe pas de laboratoires publics de recherche avec qui collaborer sur le modèle des pratiques de l'industrie pharmaceutique au Nord, qui reposent sur des investissements élevés en R&D et des alliances avec des universités⁴¹. Deuxièmement, les industries ghanéennes ne disposent pas des équipements nécessaires à la fabrication de combinaisons à dose fixe. Enfin, elles ne sont pas en mesure de conduire les études cliniques sans une aide financière que l'État leur refuse :

« J'apporte une combinaison, qu'il s'agisse d'une dose fixe ou pas, c'est une combinaison, donc c'est un changement majeur de politique, et si vous êtes responsable du changement de politique, vous devez investir dans le changement de politique, n'est-ce pas ? Le ministère de la Santé aurait donc dû payer pour les essais cliniques⁴². »

Cet échec souligne les compétences et les équipements que doivent détenir les firmes, mais aussi l'environnement scientifique et technique nécessaire aux industriels et aux régulateurs pour le développement d'une telle innovation. L'absence de soutien de l'État, la faiblesse de l'autorité de régulation et le manque de coopération avec les universités n'ont pas permis aux firmes ghanéennes de créer une technologie jusqu'alors non maîtrisée. Ces éléments empiriques corroborent les études en sociologie de l'innovation démontrant que les capacités industrielles dépendent non seulement des firmes, mais aussi de l'efficacité avec laquelle les diverses composantes du système industriel interagissent en lien également avec les pouvoirs publics, pour favoriser les flux et l'accumulation de connaissances⁴³. Le cas du Ghana nous éclaire également sur les dissonances entre les politiques publiques visant à créer

40. R. Simonetti *et al.*, « Pharmaceuticals in Kenya... », art. cité, p. 3.

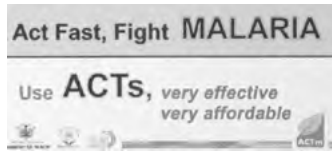
41. M. Quet, *Impostures pharmaceutiques...*, *op. cit.*, p. 3.

42. Entretien avec un pharmacien du FDB, Accra, 17 août 2016.

43. R. Simonetti *et al.*, « Pharmaceuticals in Kenya... », art. cité, p. 3.

des capacités industrielles et réglementaires et les politiques de « santé globale » dont le souci est de rendre les médicaments disponibles partout et rapidement. Suite à la crise sanitaire générée par les tentatives de production locale d'« artésunate-amodiaquine », le Ghana va expérimenter, à partir de 2010, la phase pilote de l'AMFm⁴⁴ pour la distribution de CTA importée et subventionnée dans le secteur privé jusqu'alors réservé pour partie aux producteurs locaux. Ce mécanisme consiste en un système de co-paiement par des subventions publiques de CTA produites par des multinationales pour les distribuer à des prix abordables, essentiellement dans le secteur privé. Il permet au gouvernement de répondre à la crise de confiance et s'accompagne d'une campagne de communication pour promouvoir l'efficacité et l'accessibilité des nouveaux traitements (figure 1).

Figure 1. Promotion des CTA dans le cadre de l'AMFm



Dans la partie suivante, nous verrons de quelle manière l'AMFm va produire des effets désastreux pour les industries locales. Nous proposons de conduire une analyse critique des fondements de l'AMFm, des raisons de son adoption par le Ghana et de ses effets.

UNE SUBVENTION PUBLIQUE AU PROFIT DES DISTRIBUTEURS PRIVÉS

La supériorité des intérêts de santé publique

L'AMFm est mise en œuvre par le Fonds mondial sur les recommandations de Kenneth Arrow⁴⁵, Prix Nobel d'économie en 1973. Son objectif est de favoriser l'utilisation des CTA dans le secteur privé, où beaucoup de malades se soignent, en diminuant leur prix pour les rendre aussi accessibles que

44. Le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Niger, le Nigeria, l'Ouganda, la Tanzanie et le Cambodge ont bénéficié de la phase pilote de l'AMFm.

45. L'AMFm est issu de l'ouvrage de K. J. Arrow, C. B. Panosian et H. Gelband, *Saving Lives, Buying Time: Economics of Malaria Drugs in an Age of Resistance*, Washington D. C., National Academies Press, 2004, résultant d'une étude sur le rôle du secteur privé dans l'accès aux CTA diligentée par l'USAID. Voir également E. B. Kapstein et J. W. Busby, *Aids Drugs for All: Social Movements and Market Transformations*, Cambridge, Cambridge University Press, 2013.

Global health : *et la santé ?*

les monothérapies qui favorisent les résistances. Par un mécanisme de cofinancement, l'AMFm paie 95 % du prix des CTA fournies par six firmes avec lesquelles le Fonds mondial a négocié une baisse des prix de 80 %⁴⁶. Les firmes sont des multinationales (Novartis et Sanofi), des producteurs indiens de génériques (Ajanta Pharma, Cipla, Ipca) et la firme chinoise Guilin, dont les CTA sont préqualifiées par l'OMS⁴⁷, certification conditionnant l'achat des médicaments par les donateurs. Les CTA ghanéennes produites localement ne bénéficiant pas de la certification sont de fait exclues de l'AMFm. Le ministère ghanéen de la Santé privilégie ainsi une logique de santé publique favorisant l'accès et la mise à disposition au plus vite des médicaments :

« L'AMFm était l'un des programmes d'accès aux médicaments que nous voulions réaliser pour voir comment la disponibilité et l'accessibilité pouvaient jouer d'une manière qui puisse être utile pour le patient et aussi pour le gouvernement. C'était une situation très difficile dans laquelle nous nous trouvions, en particulier avec les fabricants locaux, car ils avaient travaillé avec nous pour changer de politique en 2004⁴⁸. »

Le Fonds mondial fixe le prix auquel les fabricants doivent vendre les CTA à 31 distributeurs privés au Ghana, les *First Line Buyers* (FLB). Ces grossistes importateurs payent 5 % du prix et le Fonds mondial 95 %. Les CTA de l'AMFm sont vendues à 1,5 cedi ghanéen, équivalent à 1 dollar, alors que celles produites localement sont deux à trois fois plus chères. Durant l'AMFm, il devient beaucoup plus rentable de distribuer que de fabriquer ses CTA puisque les FLB peuvent réaliser des marges supérieures à celles des producteurs locaux⁴⁹. L'AMFm constitue en ce sens une subvention publique pour le secteur de la distribution privée. Le gouvernement ghanéen s'appuie sur cet argument pour convaincre les industriels ghanéens, pour la plupart importateurs et distributeurs, de participer à l'AMFm au titre de FLB :

« Au Ghana, les acteurs pharmaceutiques du secteur privé ont déclaré : l'AMFm va venir détruire le marché avec les médicaments de marque, car seules les industries préqualifiées par l'OMS pouvaient participer et il n'y en a pas ici. Ils se sont donc opposés, mais quand

46. B. Davis, J. Ladner, K. Sams, E. Tekinturhan, D. de Korte et J. Saba, « Artemisinin-based Combination Therapy Availability and Use in the Private Sector of Five AMFm Phase 1 Countries » [en ligne], *Malaria Journal*, vol. 12, 2013, <<https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2875-12-135>>, consulté le 16 janvier 2020.

47. C. Lantenois et B. Coriat, « La "préqualification" OMS : origines, déploiement et impacts sur la disponibilité des antirétroviraux dans les pays du Sud », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 1, 2014, p. 71-99.

48. Entretien avec la direction des services pharmaceutiques du ministère de la Santé, Accra, 14 mai 2015.

49. Il est estimé que la marge varie de 0,63 à 0,92 dollar par traitement vendu.

ils ont appris qu'ils pouvaient aussi en bénéficier en tant que *First Line Buyers*, alors ils ont décidé de l'accepter⁵⁰. »

Entre juin 2010 et décembre 2011, près de 20 millions de CTA sont distribuées au Ghana dans les pharmacies privées et les *OTC medicines sellers* (OTCMS)⁵¹, représentant 56 % du total des commandes passées par le programme⁵². Ceci s'explique par l'efficacité des réseaux privés de distribution pharmaceutique, grossiste comme détaillante, au Ghana. L'analyse de la structuration des marchés des médicaments au Ghana présentée ci-dessous permet de comprendre les raisons pour lesquelles l'AMFm s'est si bien adaptée au système pharmaceutique ghanéen en ayant permis une large distribution de CTA de qualité, abordables financièrement et répondu de ce point de vue à ses objectifs de santé publique.

L'articulation du mécanisme dans le marché local et l'exclusion des industries ghanéennes

Le marché pharmaceutique ghanéen est caractérisé par la présence d'un grossiste public, le Central Medical Store, et de très nombreuses sociétés privées, réunissant importateurs, grossistes, semi-grossistes et détaillants⁵³. On dénombre ainsi 120 importateurs et 576 grossistes privés aux fonctions multiples. La plupart des industriels cumulent des activités commerciales d'importation et de distribution à forte valeur ajoutée, se constituant ainsi le capital nécessaire à la production⁵⁴. Au Ghana, le secteur privé représente plus de 60 % de l'offre de médicaments⁵⁵. Deux tiers des achats sont à la charge des patients, le reste est financé par les programmes nationaux, les

50. Entretien avec le responsable logistique du NMCP, Accra, 2 avril 2015.

51. Au Ghana, il existe deux licences pour les pharmaciens en officines et pour les *OTC medicines Sellers* qui ne sont pas pharmaciens et qui vendent des médicaments sans prescription, les *Over the Counter*, dont font parties les CTA.

52. AMFm Independent Evaluation Team, *Independent Evaluation of Phase 1 of the Affordable Medicines Facility-malaria (AMFm), Multi-Country Independent Evaluation Report: Final Report*, Calverton/Londres, ICF International/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2012.

53. C. Baxerres, M. Egrot, R. Hounghinin et J.-Y. Le Hesran, « Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest: les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance », in A. Desclaux et M. Badji (dir.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*, Dakar, L'Harmattan Sénégal, 2015, p. 141-158.

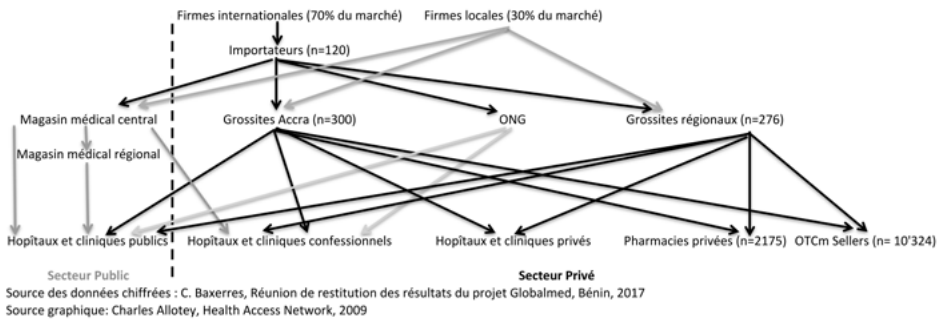
54. C. Baxerres, « D'intermédiaire informel, devenir détaillant, grossiste puis producteur pharmaceutique: les trajectoires "vertueuses" des hommes d'affaires du médicament au Ghana », in C. Baxerres et C. Marquis (coord.), *Actes du colloque « Régulations, marchés, santé: interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique »*, Ouidah (Bénin), 26-29 mars 2018, hal-01988227.

55. P. Jacquemot, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012, p. 95-97.

Global health: *et la santé?*

ONG et l'assurance maladie⁵⁶. Les prix des médicaments sont déterminés par le marché, favorisant la concurrence entre distributeurs. La forte densité d'OTCMS jusque dans les zones rurales permet une très large distribution de médicaments qui favorise leur accessibilité⁵⁷. Cette caractéristique est d'autant plus importante qu'elle permet à l'AMFm de se déployer rapidement au Ghana en utilisant les réseaux de distribution privée existants. En effet, les grossistes peuvent s'approvisionner auprès des FLB et vendre des CTA de l'AMFm.

Figure 2. Structuration du marché pharmaceutique au Ghana



Face à la concurrence étrangère, les industries locales approvisionnent à hauteur de 30 % le marché domestique privé avec en majorité des médicaments en vente libre-OTC⁵⁸. Loin de satisfaire les besoins nationaux, couverts à 70 % par les firmes étrangères, certaines industries locales exportent néanmoins leurs médicaments dans la région. Le marché privé ghanéen est en effet déjà saturé par des génériques peu chers importés d'Asie. Les firmes locales, qui dépendent des importations pour leurs matières premières et leurs équipements, supportent difficilement la concurrence. En ce qui concerne les CTA, le secteur public est approvisionné par le Fonds mondial et la PMI qui, pour bénéficier de prix les plus bas, recourent à des plateformes d'achats groupés basées à l'étranger. Celles-ci s'approvisionnent auprès de fabricants dont les CTA sont préqualifiées par l'OMS et qui sont stockées au Central Medical Store avant d'être distribuées à travers les structures publiques. Le marché

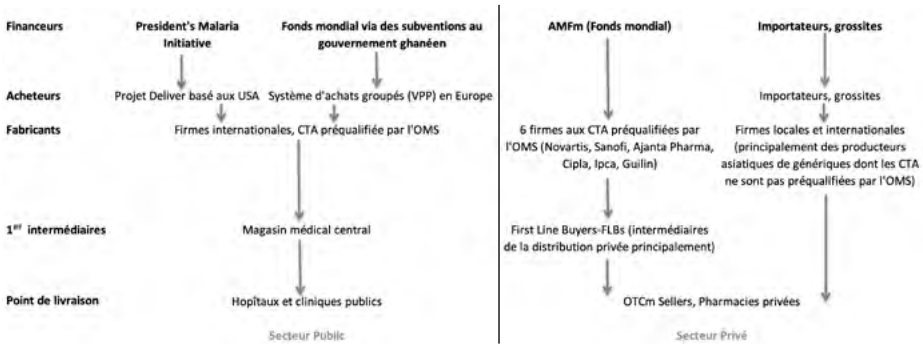
56. S. Chaudhuri, « Can Foreign Firms Promote Local Production of Pharmaceuticals in Africa? », in M. Mackintosh *et al.* (dir.), *Making Medicines in Africa...*, *op. cit.*, p. 103-121.

57. E. A. Agblevor, M. Missodey, C. Baxerres et D. Arhinful, « Drugstores, Self-Medication and Public Health Delivery: Assessing the Role of a Major Health Actor in Ghana » [en ligne], in Actes électroniques du colloque « L'automédication en question: un bricolage socialement et territorialement situé », Nantes, 11-13 mai 2016, p. 202-209, <https://automed.hypotheses.org/files/2016/06/Actes_Colloque-AeQ2016_Nantes-1.pdf>, consulté le 16 janvier 2020.

58. S. Chaudhuri, « Can Foreign Firms... », art. cité, p. 10.

privé est approvisionné avec des CTA en majorité d'origine asiatique et produites localement, ainsi qu'à partir de 2010 par des CTA subventionnées par l'AMFm. Il en résulte une coexistence, sur le marché privé, de CTA locales et d'autres importées qui, pour certaines, sont préqualifiées par l'OMS.

Figure 3. Système d'approvisionnement des CTA au Ghana



Source graphique: Projet Deliver, Réunion de révision du Malaria Operational Plan, 2015, Accra

L'AMFm s'aligne sur la tendance de la « santé globale » à favoriser une large distribution de médicaments pour répondre aux problèmes de santé publique⁵⁹, mais conduit les firmes locales à suspendre leur production de CTA⁶⁰. S'il ne s'agit pas ici de remettre en cause les progrès réalisés par l'AMFm en termes d'accessibilité⁶¹, force est de constater que, bien qu'envisagée comme une intervention au plus près des patients sur les marchés locaux, l'AMFm s'inscrit dans un modèle de politiques publiques définies au niveau global. Celles-ci s'appuient sur des subventions à l'importation sans intégrer les capacités locales de production des pays⁶². L'aide financière est conditionnée à l'achat de CTA préqualifiées par l'OMS qui instaure, avec son ensemble de normes et de mesures⁶³, des asymétries en faveur des firmes ayant d'importants moyens financiers et techniques – soit les multinationales et les producteurs asiatiques de génériques – au détriment des firmes locales. Pour les producteurs ghanéens, elle agit comme une barrière à l'entrée sur les

59. C. Baxerres *et al.*, « Dualité de l'accès au médicament... », art. cité, p. 9.

60. Entretiens réalisés avec les industriels et les agents du ministère de la Santé en 2015 et durant l'été 2016.

61. B. Davis *et al.*, « Artemisinin-based Combination... », p. 8.

62. F. Orsi et J.-B. Zimmermann, « Le marché des antipaludéens... », art. cité, p. 6.

63. La préqualification garantit la qualité et la similarité du générique par rapport au médicament de référence. Elle exige des usines d'être conformes aux normes des Bonnes pratiques de fabrication et du générique d'être bioéquivalent à sa référence.

Global health : *et la santé ?*

marchés subventionnés. L'AMFm reproduit cet effet d'éviction sur un marché initialement et en partie réservé aux locaux, puisque les CTA subventionnées étaient jusqu'alors distribuées dans le public. Les politiques globales de distribution des CTA n'ont de cesse de renforcer la forte concurrence à laquelle sont déjà soumis les industriels ghanéens face à l'industrie occidentale et asiatique, rendant ainsi toute tentative de production locale vaine.

Malgré les résultats positifs soulignés par les évaluations⁶⁴, l'AMFm n'est pas renouvelée au terme de sa phase pilote en 2012 sous la pression, notamment, du gouvernement américain, opposé à toute forme de subventions pour le secteur privé. Des discussions ont lieu en 2013 entre les pays, dont le Ghana, et les donateurs afin d'envisager une transition. Inquiète des conséquences que le retrait des CTA subventionnées dans le privé pourrait générer en termes de santé publique, la coordinatrice du National Malaria Control Program (NMCP) du Ghana plaide en faveur de la reconduite du programme. À l'issue des débats, l'AMFm est intégrée au mécanisme de financement du Fonds mondial, permettant à l'ensemble des pays d'allouer une partie de leur dotation à l'achat de CTA subventionnées pour le secteur privé. Le nouveau dispositif est limité à une période de trois ans. Les financements accordés au Ghana sont largement inférieurs à ceux attribués durant l'AMFm⁶⁵ et il n'est pas envisagé de s'appuyer sur les capacités locales de production pour garantir la distribution des CTA à long terme. À la même période, la reclassification du Ghana comme pays à revenu intermédiaire inférieur conduit à des baisses de financements internationaux. Le NMCP plaide en faveur d'une plus grande implication du gouvernement et des acteurs privés dans le financement des CTA. Or les industries locales, faute de voir leurs produits préqualifiés par l'OMS, ont été écartées du marché privé, et leurs capacités de production invisibilisées au profit des multinationales et des agents de la distribution privée.

LES TENTATIVES DE RENFORCEMENT DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE INDUSTRIELLE

L'enquête conduite au Ghana montre qu'aucun des sites de fabrication n'est conforme aux normes des Bonnes pratiques de fabrication (BPF). Ceci n'est pas étonnant au regard des investissements qu'elles nécessitent en termes d'infrastructures, d'équipements et de formation du personnel, qui peuvent

64. AMFm Independent Evaluation Team, *Independent Evaluation...*, op. cit., p. 9.

65. De 28 millions en 2011, ils chutent à 20 millions de dollars en 2014 et à 10 millions en 2015 et en 2016.

s'élever à dix millions de dollars par usine⁶⁶. À l'annonce de l'AMFm, le syndicat des industriels ghanéens, la Pharmaceutical Manufacturers Association of Ghana (PMAG), plaide auprès du Fonds mondial pour un soutien financier sous forme de prêts à taux réduits afin de mettre aux normes les usines :

« Le Fonds mondial a proposé l'AMFm qui allait bénéficier au gouvernement parce que les médicaments allaient être financés par l'AMFm pour qu'ils soient vendus moins cher. Nous avons donc suggéré que, dans le cadre de cette politique, une certaine somme d'argent soit mise à disposition sous forme de prêt à un taux d'intérêt réduit pour permettre aux entreprises ghanéennes de se moderniser, de sorte que lorsque l'AMFm s'arrêterait après deux ans, nos entreprises puissent produire les mêmes médicaments au même niveau de qualité, mais nous n'avons pas réussi. Ceux qui produisaient des CTA ont dû arrêter de produire parce qu'ils ne pouvaient pas être compétitifs⁶⁷. »

PMAG essuie un refus, mettant ainsi en évidence la déconnexion entre les politiques globales et nationales qui supposent des temporalités différentes. En effet, le processus de développement – ou d'échec – industriel, en synergie avec le système de santé publique et l'alignement des différentes logiques, est un procédé à long terme nécessitant beaucoup d'investissements, comme l'illustre la trajectoire du Brésil ou de la Thaïlande dans le contexte du sida⁶⁸. En 2013, la Food and Drugs Authority (FDA)⁶⁹ adopte une feuille de route afin de soutenir les industries locales dans leur mise aux normes des BPF d'ici à 2020. L'objectif de la FDA est double : garantir la qualité des médicaments distribués dans le privé et soutenir les firmes pour accéder aux marchés subventionnés. Les industriels tentent d'investir dans la construction de nouvelles usines, mais l'accès au capital demeure le principal obstacle en l'absence de financements internationaux. En effet, l'Onudi et les agences de coopération britannique et allemande apportent seulement une assistance technique par le biais de formations et d'audits. Dans leur démarche de renforcement des capacités locales, elles se heurtent aux règles de gestion du Fonds mondial et de la PMI qui laissent peu d'espace aux États pour l'achat de médicaments produits localement. En 2005, les pays, les institutions financières et les organisations internationales adoptaient la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide qui prônait des principes d'harmonisation et d'alignement des politiques d'assistance sur celles des pays. Or, dans le cas du Ghana aujourd'hui, on

66. WHO, *Investing in WHO Prequalification of Finished Pharmaceutical Products*, Genève, WHO, 2013.

67. Entretien avec le secrétaire de PMAG, Accra, 4 mai 2015.

68. S. Guennif et C. Mfuka, « La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 1, 2003. p. 75-98 ; M. Cassier et M. Corrèa, « Éloge de la copie... », art. cité, p. 3.

69. Depuis sa création en 1997 et sa transformation en agence en 2012, l'autorité de régulation pharmaceutique ghanéenne a largement renforcé ses moyens financiers, humains et techniques.

Global health : *et la santé ?*

constate que ces engagements peinent à se concrétiser dans le domaine de la santé⁷⁰. Ceci s'explique notamment par la gouvernance de la « santé globale » qui, caractérisée par des moyens financiers bien supérieurs à ceux des États et par une logique d'optimisation des investissements publics et d'évaluation de la performance, ne laisse pas l'espace et le temps nécessaires aux États pour déployer leurs politiques publiques.

L'étude que nous avons présentée sur les tentatives de production locale des antipaludiques au Ghana nous éclaire sur les difficultés que peuvent rencontrer des États africains « sous régime d'aide⁷¹ » pour la mise en synergie des politiques industrielle et de santé publique. Alors que nous assistons, dans le cadre des politiques de coopération internationale, à un retour des États en Afrique, leur faculté à orienter les modalités de l'action publique dépend largement de leur capacité à défendre leurs priorités, ainsi que des partenariats et des réseaux transnationaux dans lesquels ils s'inscrivent⁷².

La multiplicité des parties prenantes – État, donateurs, agences de coopération, organisations internationales, industries locales – génère autant de conceptions particulières des problèmes à traiter et des dispositifs d'action à déployer pour les régler. Ainsi, le Fonds mondial et la PMI mobilisent une logique de santé publique et d'urgence visant une mise à disposition très large et immédiate de médicaments de qualité. Pour leurs parts, l'Onudi et les agences de coopération britannique et allemande privilégient des réformes structurelles⁷³ à long terme dont l'objectif est une plus grande autonomie des pays. Mais les politiques industrielles pharmaceutiques sont faiblement attractives en termes de subventions et les moyens financiers bien supérieurs de la PMI et du Fonds mondial, ainsi que la portée transnationale de leurs interventions créent un rapport de force largement à leur avantage pour la définition des politiques et leur mise en action.

70. J. Pourraz, C. Baxerres et M. Cassier, « La construction des politiques pharmaceutiques nationales à l'épreuve des programmes de santé globale. L'approvisionnement des médicaments contre le paludisme au Bénin et au Ghana », *Anthropologie & développement*, n° 48-49, 2018, p. 169-192.

71. Dans le sens où l'aide internationale occupe une place prépondérante dans les budgets nationaux. Voir P. Lavigne Delville, « La réforme foncière rurale au Bénin. Émergence et mise en question d'une politique instituant dans un pays sous régime d'aide », *Revue française de science politique*, vol. 60, n° 3, 2010, p. 467-491.

72. F. Eboko, « Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine », *Questions de recherche*, n° 45, 2015, p. 1-40.

73. T. K. Storeng, « The GAVI Alliance and the "Gates Approach" to Health System Strengthening », *Global Public Health*, vol. 9, n° 8, 2014, p. 865-879.

Le peu de ressources économiques existant en marge du système d'aide laisse une faible autonomie aux États pour développer leurs politiques publiques en dehors des programmes initiés par les donateurs. Le gouvernement ghanéen dépense moins de 5 % de son PIB pour le budget de la santé et est totalement dépendant de l'aide extérieure pour l'achat des CTA. Dans ces conditions de dépendance, sa politique pharmaceutique nationale découle plus « d'un rapport avec l'extérieur (les acteurs internationaux), et donc en extraversion, qu'en lien avec les acteurs nationaux⁷⁴ ». Sous l'influence de circulations transnationales humaines et technologiques, elle devient une action pluri-acteurs qui s'internationalise⁷⁵.

Face à des politiques de « santé globale » qui ne permettent pas l'achat de médicaments fabriqués localement, la capacité du gouvernement ghanéen à faire face aux défis que représente la production locale de médicaments est restreinte. Là où le gouvernement ne parvient pas à mobiliser les investissements nécessaires au renforcement de capacités locales, des alternatives pourraient exister auprès de l'Organisation ouest africaine de la santé qui déploie une politique pharmaceutique régionale visant à soutenir la production locale, l'harmonisation réglementaire et la création d'un marché commun dont pourraient bénéficier les industries ghanéennes ■

Jessica Pourraz

Université de Bordeaux,

Centre Émile Durkheim

Merit (Mère et enfant en milieu tropical),

Institut de recherche pour le développement (IRD),

Université de Paris

Abstract

Producing Medicines in Sub-Saharan Africa in the Era of Global Health. The Case of Antimalarial Drugs in Ghana

Malaria is a major public health problem in Ghana that depends on support from Global Health programs for treatment distribution. They make their financing conditional on the purchase of quality assured medicines by the World Health Organization, a certification from which Ghanaian firms do not benefit due to a lack

74. P. Bonvalet, *De l'urgence politique...*, op. cit., p. 2.

75. P. Lavigne Delville, « Pour une socio-anthropologie de l'action publique dans les pays "sous régime d'aide" », *Anthropologie & développement*, n° 45, 2017, p. 33-64.

Global health: *et la santé?*

of resources, leaving them on the margins of the markets. Ghana, with the support of other partners, is nevertheless trying to implement a policy of supporting local drug production in order to promote access to quality products. Through the analysis of antimalarial drug distribution systems, this paper proposes to examine the effects of global health policies on pharmaceutical industrial policy in Ghana.