

Contemporary forms of market: Pharmaceutical wholesaling in Ghana questioning current modes of regulation

Carine Baxter & Daniel K. Arhinful

Abstract:

Pharmaceuticals provide an ideal window into studying contemporary societies and understanding how and why they change. We present data from two years ethnographic study of the pharmaceutical wholesale market at Okaishie “drug lane” in Accra, which hosts a large number of companies involved in the pharmaceutical wholesaling in Ghana. We question the current links between state regulation and market regulation, while taking into account the influence of transnational actors.

We examine sales practices in this market against the background of current national regulation by highlighting informal practices on both pharmaceuticals and actors. Some of them will be analysed as inherent to the way the business is thought in Ghana by key players including authorities. The various dynamics generated by the opening of the market to numerous pharmaceutical firms (mainly from “emergent” countries of Asia, like India and China, and from Western countries), to numerous importers who are also involved in marketing and their competitive financial pitch and the quality of supplied pharmaceuticals, seem to generate logically informal practices. The consideration of global health program proposed by transnational actors will enrich the analysis. Finally, we will highlight the contradiction of focusing regulation on products and quality, whereas minimizing actors.

Le médicament pharmaceutique industriel est un objet privilégié pour analyser les sociétés contemporaines et comprendre les évolutions qu’elles connaissent. Son caractère à la fois scientifique, thérapeutique et marchand le place au centre d’enjeux économiques, politiques et sanitaires, qui se jouent à des échelles à la fois globales et locales. Il représente aujourd’hui un des secteurs économiques les plus dynamiques et les plus lucratifs de la planète (Desclaux 2003; Hauray 2006) et constitue de ce fait un, voire des, marché(s) particulièrement important(s) à étudier.

Depuis le début des années 1980, l’anthropologie du médicament s’intéresse à cet objet spécifique. Les premières études ont permis d’élaborer un modèle conceptuel, inspiré des travaux d’Arjun Appadurai (1986), en termes de « vie sociale des médicaments » et d’« étapes biographiques » que ceux-ci parcourent (Van Der Geest et al, 1996 ; Whyte et al, 2002)¹; modèle toujours efficace aujourd’hui (Egrot et Desclaux, 2015). Parmi ces étapes, celle de la distribution grossiste du médicament a été assez peu étudiée, les anthropologues s’étant logiquement plutôt centrés d’abord sur la distribution détaillante et les usages que les individus font des médicaments². Pourtant, considérer cette étape et les acteurs avant tout économiques, tenant au commerce, et politiques, tenant à la régulation, qu’elle met en jeu, permet de produire des connaissances pertinentes sur le fonctionnement actuel des marchés. Des travaux récents menés à partir d’études conduites en Afrique, qui considèrent à la fois la distribution grossiste

¹ D’autres auteurs utilisent les notions de « *cycle de vie* » du médicament et de « *chaîne du médicament* » (David Cohen et ses associées, Catherine Garnier et les siens, Joseph Lévy et les siens, in Thoër-Fabre et al, 2007 et Lévy et al, 2007), qu’ils découpent variablement en différents moments, étapes, maillons, composantes. Mais la logique conceptuelle est similaire.

² Les étapes en amont de la trajectoire des médicaments sont globalement les moins étudiées, c’est le cas notamment de la production et plus globalement de celles qui impliquent les firmes pharmaceutiques, même si des travaux relativement récents, plutôt regroupés sous la houlette des « sciences studies », y sont maintenant consacrés (Cassier et Correa, 2013 ; Pordié et Gaudillièvre, 2013 ; Greffion, 2014 ; Ravelli 2015).

formelle et informelle³ (Baxterres, 2013; Peterson, 2014), montrent d'ailleurs tout l'intérêt de considérer de manière privilégiée ce moment de la « vie sociale des médicaments ».

Après une étude ethnographique menée au Bénin et principalement centrée sur le marché informel du médicament dans ce pays et sur les mécanismes de marché qu'il permet de mettre à jour (Baxterres, 2013), nous avons mené durant deux ans (2014-16) une étude également ethnographique concernant la distribution grossiste formelle du médicament au Ghana. Le système pharmaceutique de ce pays étant particulièrement libéral, tout au moins en comparaison de celui du Bénin où nous avions déjà travaillé (Baxterres et Le Hesran, 2011), il nous est paru particulièrement intéressant d'y étudier le marché du médicament à l'étape spécifique de sa distribution grossiste⁴. Cette étude a été réalisée auprès de sociétés pharmaceutiques privées, spécialisées dans la distribution « de gros », en exercice à Accra, capitale du Ghana. Des observations participantes ont été conduites au sein de deux sociétés installées dans le marché Okaishie d'Accra, qui concentre une grosse part de l'activité de distribution pharmaceutique grossiste au Ghana, il en sera question ci-après. L'une de ces sociétés est à la fois grossiste et détaillante, l'autre est grossiste et importatrice. A travers 8 séjours de recherche de 15 jours chacun (de août 2014 à juin 2016), 40 séances d'observation de 4h chacune ont été réalisées auprès de ces deux grossistes. Au-delà des nombreuses discussions libres menées dans ce cadre, des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de dix personnes travaillant dans la distribution détaillante au Ghana, pharmacies et *drugstores*, qui ont été ensuite suivies lors de leurs achats dans le marché. Trente-trois entretiens ont été menés avec des directeurs ou des représentants de commerce travaillant pour des grossistes de taille variable ainsi que pour des firmes pharmaceutiques installées à Okaishie ou dans d'autres quartiers d'Accra. Des entretiens semi-directifs ont également été conduits auprès de trois acteurs intermédiaires informels investis dans le marché Okaishie. Enfin, huit acteurs institutionnels investis dans les agences de régulation pharmaceutique ghanéennes ou auprès d'acteurs transnationaux impliqués au Ghana, ont été interrogés.

La question à laquelle nous proposons de répondre au cours de cette communication est la suivante : Qu'est-ce que la distribution pharmaceutique de gros au Ghana nous apprend sur le fonctionnement des marchés contemporains et sur les négociations et les frictions existant à ce sujet entre régulation étatique et régulation par le marché ? A travers cette étude, nous plaçons donc la réflexion au cœur de questionnements politiques et économiques auxquels s'ajoutent, dans le cas du médicament, des questionnements de santé publique.

1) La distribution grossiste du médicament au Ghana

Au Ghana, d'après les listes en date du 31 décembre 2013 fournies par la *Pharmacy Council* (agence nationale chargée de sécuriser, dans l'intérêt public, la pratique de la pharmacie sur l'ensemble du territoire), 640 grossistes privés sont en activité dans le pays. Certaines de ces sociétés constituent toutefois plusieurs agences de la même entreprise, implantée en différents endroits du territoire national. Presque trois cent d'entre elles sont situées dans la *Greater Accra Region*, constituée de la ville d'Accra et des villes avoisinantes. Ces sociétés sont de nature très

³ Le qualificatif « informel » désigne des activités de ventes et d'achats de médicaments qui se développent hors des cadres législatifs et administratifs imposés par l'Etat et par le système de santé institutionnel d'un pays. La définition de l'adjectif « formel » dans ce texte, se comprend à l'opposé de celle qui vient d'être énoncée.

⁴ Cette étude entre dans le cadre du programme Globalmed, *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique*, financé par l'European Research Council pour 5 ans (2014-2018). Ce programme, dont Carine Baxterres assure la coordination, associe des équipes de l'IRD (MERIT), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Université des Sciences de la Santé du Cambodge. Plusieurs chercheurs, étudiants et assistants de recherche y sont impliqués.

différente les unes des autres, certaines possèdent un capital important, distribuent une variété très large de produits, disposent de plusieurs agences et de plusieurs centaines d'agents parmi lesquels de nombreux « *sales and medical representatives* » (agents de commerce, représentants pharmaceutiques). D'autres, par contre, possèdent un seul magasin, distribuent uniquement quelques produits et sont composées de seulement 2 ou 3 agents. Toutes les déclinaisons entre ces deux extrêmes existent. Ces sociétés sont dans leur très grande majorité ghanéennes, quelques-unes d'entre elles fonctionnent néanmoins avec des capitaux étrangers (indiens très majoritairement, européens pour quelques-uns). Un nombre important de ces grossistes sont également importateurs mais certains d'entre eux n'importent par exemple qu'un seul type produit. Ils sont en relation avec des firmes asiatiques (indiennes très majoritairement), européennes et américaines. Des producteurs pharmaceutiques « locaux », comme il est convenu de les appeler, sont en activité au Ghana et plusieurs d'entre eux remplissent également les fonctions de grossistes⁵. On peut ainsi présenter schématiquement le marché du médicament ghanéen, reprenant des terminologies largement utilisées sur place, comme partagé entre des « *local products* », des « *indian products* » et des « *UK products* », ces derniers faisant référence globalement aux produits des multinationales pharmaceutiques européennes et américaines⁶.

Au sein de la distribution pharmaceutique grossiste au Ghana, le marché Okaishie joue un rôle de centralité important. Il s'agit de « *the mother of drugs* », comme l'ont précisé plusieurs de nos informateurs. Ce marché est situé dans la partie la plus ancienne de la ville d'Accra (non loin de la côte), regroupe plusieurs secteurs d'activités commerciales (pagne, bijoux, prêt à porter, chaussures, etc.) parmi lesquels depuis les années 1950 le médicament⁷. Développé autour de la « *drug lane* », ce secteur pharmaceutique est constitué de 7 immeubles privés qui regroupe plus d'une centaine de sociétés investies dans le commerce du médicament. Quelques-unes d'entre elles sont exclusivement détaillantes (plusieurs pharmacies, un seul *drugstore*) mais la plupart sont grossistes et plusieurs concentrent les deux types de distribution (grossiste et détaillant). Cette activité pharmaceutique très dense se déroule à l'intérieur des immeubles, dont certaines parties sont relativement vétustes, dans des boutiques, situées souvent aux étages inférieurs, généralement surchargées de clients, de produits et de stocks. Les étages supérieurs des immeubles sont généralement dédiés aux entrepôts des sociétés qui y stockent leurs marchandises. A l'extérieur des immeubles, toutes sortes de produits sont commercialisés (plastiques, vaisselle, tissus, jouets, chaussures, bouteilles de gaz, etc.) à travers l'activité de nombreux vendeurs ambulants, sur des étals et parfois aussi dans des boutiques, ce qui donne à l'ensemble l'aspect d'un marché urbain. Les sociétés pharmaceutiques grossistes installées à Okaishie disposent dans leur grande majorité d'une licence d'exercice octroyée par la *Pharmacy Council*. On est donc bien ici dans le cadre d'un marché formel du médicament. Pourtant nous allons voir que plusieurs des activités qui y sont développées tiennent de l'informel.

⁵ Trente-six firmes pharmaceutiques sont installées sur le territoire ghanéen. Elles sont pour la plupart ghanéennes mais certaines disposent de capitaux étrangers, notamment indiens. Ces informations sont issues de la thèse de doctorat que Jessica Pourraz réalise actuellement sur les questions de régulation et de production pharmaceutique au Bénin et au Ghana dans le cadre du programme Globalmed.

⁶ Au-delà de cette présentation schématique des produits provenant d'autres pays d'Asie, d'Afrique, du Moyen-Orient et de sociétés européennes ne faisant pas partie des « big pharma » sont bien sûr importés au Ghana, mais la grosse majorité du marché est partagée entre les acteurs présentés ci-dessus.

⁷ Un historique précis du développement de l'activité de distribution pharmaceutique au Ghana est en cours de réalisation dans le cadre du programme Globalmed.

2) Confrontation de la législation pharmaceutique avec les pratiques effectivement en cours à Okaishie

Etre supervisé par un pharmacien

Toutes les sociétés grossistes en exercice au Ghana doivent disposer d'une licence émise par la *Pharmacy Council* concernant le local qu'elles occupent et le fait de distribuer des médicaments⁸. Celles qui importent des médicaments doivent en plus obtenir une licence d'importateur auprès de la *Food and Drugs Authority* (FDA) du Ghana, agence chargée de sécuriser, dans ce pays, l'importation et la production des médicaments. Ces licences impliquent, entre autres choses, qu'un pharmacien, disposant d'un diplôme de pharmacie reconnu au Ghana, soit présent dans la société au quotidien. Par contre celui-ci n'est pas tenu d'être propriétaire ou actionnaire de la société et dans bien des cas il compte parmi les employés de la structure. A Okaishie, peut-être encore plus que dans les sociétés installées dans d'autres quartiers d'Accra, les pharmaciens sont loin d'être quotidiennement présents dans tous les magasins. Bien souvent, le pharmacien a consenti, moyennant rémunération, à remettre sa licence pour l'obtention des autorisations auprès des agences de régulation, mais n'est pas présent dans les sociétés, exerce d'autres activités ailleurs (notamment institutionnelles) et au mieux passe de temps à autre dans les magasins. Toutefois, plus les sociétés sont importantes plus elles tentent de se conformer à cette disposition législative.

Ne vendre qu'à des détaillants autorisés

Les grossistes doivent distribuer leurs médicaments à des détaillants (pharmacies, *drugstores*, centres de santé publics et privés à buts lucratifs ou non) ou à d'autres grossistes disposant chacun d'une autorisation de la *Pharmacy Council*. Dans les faits c'est loin d'être exclusivement le cas. En effet, aux côtés des détaillants formels mentionnés ci-dessus, d'autres acteurs, alors informels, s'approvisionnent auprès des grossistes d'Okaishie. En effet, on y observe aussi des personnes venues acheter des médicaments « en gros », souvent plusieurs boîtes d'un même médicament, pour les revendre de manière ambulante dans les différents secteurs du marché Okaishie, dans ses environnements immédiats, dans l'hyper centre d'Accra ou encore dans les transports en commun (gare routière, minibus). Ce sont des vendeurs informels ghanéens détaillants qui, même s'ils sont loin d'être aussi nombreux que leurs homologues des pays francophones d'Afrique de l'Ouest (Baxterres, 2013), existent néanmoins.

Une autre catégorie de clients relativement facilement observable à Okaishie est constituée par des vendeurs grossistes informels francophones, en provenance des pays francophones de la sous-région Ouest-africaine (Togo, Côte d'Ivoire, Bénin, Burkina Faso, etc.). Cette catégorie représente une clientèle importante, tant quantitativement (leur nombre) que qualitativement (ils achètent beaucoup et paient cash), pour les sociétés grossistes du marché Okaishie. C'est d'ailleurs une des spécificités d'Okaishie que de pouvoir accueillir ce type de clientèle et cela constitue une source importante d'approvisionnement du dynamique marché informel des pays francophones (Baxterres, 2013).

Enfin dernière catégorie de clients informels observés à Okaishie, les intermédiaires ou « *independent sales reps* », comme les a qualifiés un employé d'un grossiste d'Okaishie (entretien avec William, juin 2016). Ce sont des personnes qui n'ont pas d'autorisation formelle mais qui s'investissent dans le commerce en achetant des produits à des grossistes et en les revendant à des détaillants ou éventuellement à des individus qui en ont besoin. Ils proposent des services extrêmement souples à leurs clients (se déplacer à des heures très tardives, proposer très rapidement les produits souhaités, trouver des médicaments en rupture ou difficile d'accès, etc.), ce qui leur permet de se constituer une clientèle qui préfère passer par eux plutôt que de

⁸ Si ces sociétés disposent de plusieurs agences installées au Ghana, elles doivent avoir une licence pour chacune de leurs agences.

se déplacer à Okaishie alors même que le coût d'achat en est forcément augmenté. Ils rendent également service aux grossistes qui peuvent, par leur intermédiaire, augmenter leur clientèle et par la même leur chiffre d'affaire. Ils peuvent également participer à la promotion des produits des importateurs, généralement de petite taille, qui ne disposent pas d'agents de commerce⁹. Il semble que ces intermédiaires profitent parfois des ruptures de stock de médicaments, présentées comme inévitables dans le marché, pour mettre en vente ces produits qu'ils auront achetés précédemment et réaliser ainsi des bénéfices supérieurs en les vendant à ces périodes de rupture.

Ainsi, tout le monde peut acheter des médicaments à Okaishie. Observer la manière dont sont réalisées les factures dans les sociétés grossistes ainsi que celle dont sont constitués les fichiers clients des logiciels utilisés, le montrent aisément. Cette réalité est facilitée, de notre point de vue, par une disposition législative qui permet au Ghana d'ouvrir des sociétés qui sont à la fois grossistes et détaillantes, ce qui simplifie encore le fait d'y acheter des médicaments lorsqu'on est un individu qui ne dispose pas d'autorisation en tant que détaillant pharmaceutique. Cette disposition est, d'après le directeur de la *Pharmacy Council*, depuis quelques années obsolète mais cette péréemption n'étant pas rétroactive, beaucoup de sociétés (151 dans la *Greater Accra Region*) sont encore dans ce cas aujourd'hui.

Ne vendre que des produits autorisés

Les grossistes en exercice au Ghana ne doivent vendre que des produits qui ont obtenu au préalable une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès de la FDA. Dans les faits, les choses apparaissent plus complexes. En effet, au cours de nos investigations, est apparue une catégorie spécifique d'acteurs : des personnes décrites par nos informateurs comme étant majoritairement originaires du Nigeria (mais certains seraient également ghanéens), qui ne disposent pas de boutique mais sont présents dans le marché, dans les rues, aux coins des principales artères, et vendent des produits qui souvent n'ont pas reçu d'AMM au Ghana (bien qu'ils peuvent en avoir au Nigeria). Cette catégorie d'acteurs est logiquement très difficile à étudier au-delà des discours, bien que nous ayons pu observer dans le marché des personnes paraissant en faire partie. Néanmoins, à travers les entretiens ou discussions libres, des propos y faisant référence ont été régulièrement tenus.

Il semble aussi que certains médicaments qui ne sont pas encore enregistrés mais dont le dossier est en cours d'instruction auprès de la FDA puissent être vendus dans le marché. Certains produits de fabrication simple, comme de l'alcool, de la teinture d'iode, du kaolin, fabriqués au Ghana par des producteurs néanmoins autorisés semblent aussi être vendus sans disposer d'AMM. Enfin, des médicaments dont l'AMM a été retirée seraient encore, selon certaines modalités, vendus dans le marché. Ces données sont encore préliminaires et il convient, pour les confirmer, de poursuivre les analyses.

Enfin, pratiques de vente qui semblent pouvoir privilégier l'écoulement de ces produits n'ayant pas d'AMM au Ghana, aux côtés d'ailleurs de celles des intermédiaires ou « *independent sales reps* », nous avons observé à Okaishie que les employés des sociétés grossistes vendent à l'insu de leur employeur des médicaments qui généralement ne sont pas proposés par celui-ci. D'après plusieurs informateurs, cette pratique semble largement répandue parmi les nombreux employés des sociétés pharmaceutiques présentes à Okaishie.

⁹ Parmi ces intermédiaires, nous en avons rencontré qui sont spécialisés dans le commerce avec les grossistes informels des pays francophones et qui mettent ainsi à profit la différence de monnaies et de langues utilisées au Ghana et dans les pays francophones. Certains d'entre eux disposent même d'une boutique au sein du marché (aux étages supérieurs des immeubles), preuve d'une certaine stabilité de leurs activités.

3) Un modèle de fonctionnement par le marché largement assumé

Les trois types d'informalité qui viennent d'être décrites (absence de pharmaciens, vente à des clients non autorisés, vente de produits non autorisés) ne sont pas toutes à mettre au même niveau. Ils sont variablement condamnés par les acteurs institutionnels en charge de la régulation pharmaceutique. Le fait que les grossistes vendent à des clients non autorisés notamment, ne semble pas faire l'objet d'une critique importante. La vente de médicaments « en gros » aux vendeurs informels des pays francophones par exemple, flagrante lorsque l'on est au comptoir des boutiques, est bien connue de tous les acteurs investis dans le commerce, y compris les quelques pharmaciens qui travaillent pour les sociétés grossistes, les dirigeants de ces sociétés et les acteurs institutionnels en charge du médicament. Il est ainsi amusant d'entendre certains acteurs ghanéens critiquer l'ampleur du marché informel de leurs voisins francophones, tout en sachant pertinemment que celui-ci rapporte à leur économie des revenus non négligeables. C'est comme si, de la part des autorités pharmaceutiques ghanéennes et sur ce point spécifique qui concerne la taille de l'éventail des clients, il ne fallait pas entraver le libre jeu du marché.

Le fait qu'il y ait dans le marché des intermédiaires informels ne semble pas non plus être vivement critiqué. Il est d'ailleurs aisément d'obtenir des informations à ce sujet. Il semble même que cela fasse partie d'un modèle de croissance propre au marché et plutôt largement valorisé, sur le mode des « *self made men* ». Un individu qui ne dispose pas d'un capital monétaire suffisant se lance dans le commerce du médicament comme intermédiaire. Il est présent dans le marché, rencontre les bonnes personnes, rend des services, se montre indispensable, gagne de l'argent et peu à peu arrive à ouvrir une boutique et obtenir une licence soit directement auprès de la *Pharmacy Council*, soit en rachetant une licence à une société en déclin (ce qui n'est pas autorisé). Certaines sociétés, avant d'être en mesure d'obtenir une licence de la *Pharmacy Council* pour vendre des médicaments, commencent par vendre des « *herbals medicines* » (produits de phytothérapie) dont la licence est plus facile à obtenir (auprès d'une agence de régulation ghanéenne moins puissante). L'étape suivante est ensuite de parvenir à importer des produits (plus on en importe et plus ils sont « *fast moving* », meilleur c'est), puis à importer ses propres produits (des produits dont les sociétés ont le monopole et parfois même qui sont commercialisés uniquement pour elles, dans le cas des « *contract manufacturing* ») ; l'étape ultime étant de parvenir à se lancer dans la production pharmaceutique. Parmi les plus importantes sociétés pharmaceutiques ghanéennes « de gros » en exercice actuellement, plusieurs ont démarré grâce au travail informel d'un seul homme et sont aujourd'hui investies dans la production pharmaceutique. Le fait que le marché soit composé d'acteurs de taille très variable, des intermédiaires informels jusqu'aux plus grosses sociétés, est présenté comme permettant une efficacité optimale : aller jusqu'au plus éloigné des clients, toucher les coins les plus reculés du pays. Il est ainsi sans cesse question de la part des acteurs investis dans des sociétés grossistes, de « construire le marché » ; « *we have marketed this product* », disent régulièrement nos informateurs. Les importateurs peuvent tous légalement s'investir dans la promotion des produits qu'ils distribuent, par l'intermédiaire d'efficaces « *sales and medical reps* » qui combinent tout un tas d'activités sociales auprès de leurs clients (venir plusieurs fois par semaine, vérifier l'écoulement des stocks, vérifier s'il y a besoin de passer de nouvelles commandes, maintenir le lien à tout prix avec leurs clients par le biais du téléphone, des réseaux sociaux, des affinités religieuses, partager les moments heureux et douloureux, etc.) dans le but de construire le marché. Il est bien question de construction sociale du marché et de dimension relationnelle de la concurrence, comme le soulignent la sociologie et l'anthropologie économique (Steiner, 2005), mais nous semble-t-il dans le but ultime de produire et de reproduire le marché.

Ce fonctionnement de la distribution pharmaceutique, par le marché, grâce au marché, n'est pas remis en question par les autorités nationales. Le dirigeant de la *Pharmacy Council* regrette par contre le fait que les pharmaciens ne soient pas plus présents dans les sociétés grossistes et d'ailleurs depuis l'année passée, cette institution mène des contrôles et fait fermer des sociétés dont le pharmacien est absent. Selon lui, la présence effective de pharmaciens dans ces sociétés permettrait de limiter les pratiques de vente regrettables et notamment le fait que tous types de clients puissent s'y approvisionner, ce que nous n'avons pas observé sur le terrain dans les sociétés qui comptent réellement un pharmacien présent parmi leurs employés. D'ailleurs le fait que ce pharmacien ne soit souvent qu'un employé permet également de douter de la réalité de cette évolution positive. D'autant plus que le dirigeant de la *Pharmacy Council* nous expliquait également qu'il ne peut pas brusquer les choses et qu'il risque d'être confronté à une puissante levée de bouclier s'il s'engageait trop loin dans la fermeture de sociétés, s'il allait trop loin *contre le marché*.

En définitive, il apparaît que le fait que la distribution pharmaceutique grossiste au Ghana fonctionne très fortement sur le modèle d'un marché libre, soit tout à fait assumer par les autorités publiques de ce pays. On est, semble-t-il, complètement dans un contexte néolibéral, tel que Michel Foucault l'analyse (voir les deux années de son cours au Collège de France sur la question du gouvernement et des relations entre libéralisme économique et politique : Foucault, 2004a, 2004b), ainsi qu'à sa suite les sociologues qui ont interprété ses travaux, et plus récemment Loïc Wacquant (2012). Selon Michel Foucault, le libéralisme qui émerge au 20^{ème} siècle se distingue de celui théorisé par les économistes classiques des 18^{ème} et 19^{ème} siècles qui opposaient l'Etat au marché (non régulation, libre jeu de l'offre et de la demande). Il suscite, au contraire, la croissance du rôle de régulation par les autorités publiques. C'est l'Etat qui produit les règles de la concurrence économique. Il est le garant des bonnes conditions d'exercice du marché. Il produit, multiplie et garantit les libertés nécessaires au libéralisme économique (Donzelot, 2005). Laurent JeanPierre, interprétant également la pensée de Michel Foucault, précise que le néolibéralisme fait « *de l'activité économique la justification ultime de l'action publique, la source première de sa légitimation* » (Jeanpierre, 2006, p. 95). Loïc Wacquant (2012), qui conçoit le néolibéralisme non comme un régime économique mais comme un projet politique, précise qu'il interprète le néolibéralisme comme une articulation de l'Etat, du marché et de la citoyenneté qui constraint le premier à faire respecter la marque du second sur le 3^{ème}¹⁰. Au Ghana, en matière de distribution du médicament, c'est le marché qui prime et la régulation pharmaceutique mise en place par les autorités fait en sorte de ne pas trop contraindre ce marché, tout au moins en ce qui concerne les acteurs qui s'y investissent ainsi que le large éventail de leurs clients. Le troisième type d'informalités décrit ci-dessus (vente de produits non autorisés) est plus fortement condamné par les différents acteurs interrogés¹¹. La régulation, mise en place par la puissante FDA qui n'a cessé d'être renforcée depuis une dizaine d'années, est plus contraignante semble-t-il concernant les produits distribués, contrôle de leur autorisation et qualité. Mais on peut légitimement se demander si des problèmes tenant à la formalité des produits distribués ne découlent pas logiquement des deux autres types d'informalités décrits et notamment de la possibilité pour des acteurs informels de s'impliquer sans difficultés dans le marché.

¹⁰ Selon lui, le néolibéralisme promeut « *the remaking and redeployment of the state as the core agency that actively fabricates the subjectivities, social relations and collective representations suited to making the fiction of markets real and consequential* » (Wacquant, 2012, p. 68).

¹¹ Certains acteurs soulignent tout de même que si certains des médicaments distribués n'ont pas d'AMM au Ghana, ils en ont par contre parfois dans d'autres pays, notamment au Nigeria, ce qui minime à leurs yeux les problèmes que ces médicaments posent.

Conclusion : Une évolution en cours en santé globale

Ce système économique et politique qui, ici dans le cas de la distribution pharmaceutique grossiste, fait primer l'échange économique, la production de capitaux, à travers des marchandises (les médicaments), au-delà d'un soutien par les autorités nationales, semble également complètement porté par les acteurs transnationaux qui s'investissent aujourd'hui au Ghana dans le champ de ce qu'il est convenu d'appeler la santé globale. Il s'agit de fondations, de partenariats public-privé, d'institutions multilatérales portées par plusieurs pays ou encore d'agences de développement émanant d'un pays mais faisant largement recours à des acteurs privés. Dans le champ du paludisme au Ghana que nous investiguons plus particulièrement, les deux acteurs principaux sont le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'USAID, l'agence américaine pour le développement international. A travers des projets développés ces dernières années, tels que l'AMFm (Affordable Medicine Facility – malaria), prolongé ensuite par le Private Sector Co-payment Mechanism (PSCPM) (Baxterres et al., 2015), et SHOPS (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector, <http://www.shopsproject.org/>), on constate cette même tendance. Il s'agit de mettre au cœur de son action des marchandises, un type de médicaments (les CTA contre le paludisme, la chlorhexidine pour nettoyer le cordon ombilical des bébés, le zinc contre la diarrhée, etc.), des tests de diagnostic rapides (TDR pour détecter une infection palustre), et d'utiliser le secteur privé, ses multiples acteurs très hétérogènes et les dynamiques qu'ils génèrent (en termes également d'informalité), pour, à travers le fonctionnement du marché, atteindre des objectifs affichés de santé publique (baisser la morbidité et la mortalité de populations vulnérables). On retrouve cette tendance dans d'autres champs de la santé publique et auprès d'autres acteurs transnationaux ; la santé maternelle et reproductive par exemple, promue par des ONG internationales, à travers des produits tels que des pilules contraceptives, des abortifs, des préservatifs.

Il convient de prolonger les réflexions sur ce sujet. Certaines premières analyses (Baxterres et al., 2015) ainsi que les données préliminaires de notre étude semblent mettre en avant que, tout comme par les biais des autorités sanitaires ghanéennes, ces projets en santé globale tendent à introduire de la régulation en termes de qualité des produits distribués et éventuellement de fixation des prix, mais pas en ce qui concerne l'éventail des acteurs de la distribution investis et les mécanismes d'informalité qu'ils peuvent éventuellement susciter. Ces aspects (acteurs et produits) sont pourtant indéniablement liés et le fait de sembler occulter ces liens pourrait pousser le chercheur à entrevoir derrière les objectifs de santé publique affichés, des objectifs implicites peut-être socialement/publiquement moins facilement valorisables. Il convient de poursuivre les analyses et les recherches sur cette évolution importante de la prise en charge des questions de santé au niveau global par le marché et des conséquences en termes sanitaires mais aussi sociétales qu'elle ne manquera pas de générer.

Références bibliographiques :

- Appadurai A. (Ed), 1986, *The social life of things : Commodities in cultural perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Baxterres C., 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- Baxterres C., Egrot M., Houngnihin R., Le Hesran J.-Y., 2015, Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest : Les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance. In : Desclaux A., Badji M. (eds). *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*, Dakar, L'Harmattan Sénégal, p. 141-158.

- Baxterres C., Le Hesran J.-Y., 2011, Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin), *Social Science and Medicine*, 73 (8), p. 1249-1256.
- Cassier M., Correa M., 2013, Nationaliser l'efavirenz : Licence obligatoire, invention collective et néo-développementisme au Brésil (2001-2012), *Autrepart*, 2013, 63, p. 107-122.
- Desclaux A., 2003, Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n°2, p. 41-58.
- Egrot M., Desclaux A. (eds.), 2015, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan - Editions de l'IRD, Collections Anthropologies et Médecines.
- Donzelot J., 2005, Michel Foucault et l'intelligence du libéralisme, *Esprit*, n°319, p. 60-81.
- Foucault M., 2004 (a), *Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard.
- Foucault M., 2004 (b), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Seuil/Gallimard.
- Greffion, J., 2014, *Faire passer la pilule. Visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins : une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014)*, Thèse de doctorat de l'EHESS.
- Hauray B., 2006, *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*, Paris, Presse Sciences Po.
- Jeanpierre L., 2006, Une sociologie foucaldienne du néolibéralisme est-elle possible ?, *Sociologie et sociétés*, 38, p. 87-111.
- Lévy J., Laplante J., Blanc M.E., 2007, La chaîne du médicament : aspects socioculturels. In : Levy J.J., Garnier C. (Eds), *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 85-121.
- Peterson K., 2014, *Speculative markets: drug circuits and derivative life in Nigeria*, Durham-London, Duke University Press.
- Pordié L., Gaudillière J.-P., 2013, Industrialiser les médicaments ayurvédiques : les voies indiennes de l'innovation pharmaceutique, *Autrepart*, 2013, 63, p. 123-143.
- Ravelli Q., 2015, *La stratégie de la bactérie. Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Le Seuil.
- Steiner P., 2005, Le marché selon la sociologie économique, *Revue européenne des sciences sociales*, p. 31-64.
- Thoër-Fabre C., Garnier C., Tremblay P., 2007, Le médicament dans les sciences sociales : une analyse documentaire d'un champ en construction, In : Levy J.J., Garnier C. (Eds), *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 19-84.
- Van Der Geest S., Whyte R.S., Hardon A., 1996, The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach, *Annual Review of Anthropology*, n°25, p. 153-178.
- Wacquant L., 2012, Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism, *Social Anthropology*, 20, p. 66-79.
- Whyte R.S., Van Der Geest S., Hardon A., 2002, *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, 193 p.