



**CODESRIA**

**CODESRIA Documentation and Information Centre**

**Centre de documentation et d'information du CODESRIA**

**(CODICE)**



**Institute on Health, Politics and Society in Africa**

**Institut sur santé, politiques et société en Afrique**

**Session 2008**

**Africa and the Global Pharmaceutical Industry**

**L'Afrique et l'industrie pharmaceutique mondiale**

*Bibliography / Bibliographie*

**CODICE, October/Octobre 2008**

## Contents / Sommaire

<b>Introduction</b> .....	Page 02
<b>I- Hard Copy documents / Documents sur support papier</b> .....	Page 03
<b>II- Electronic documents / Documents électroniques</b> .....	Page 08
<b>III- Useful links / Liens utiles</b> .....	Page 25
<b>Annex / Annexes</b> .....	Page 27

## Introduction

From 06 to 31 October 2008, CODESRIA would be hosting the Institute on Health, Politics and Society in Africa on the theme: *Africa and the Global Pharmaceutical Industry*.

It is within this framework that CODICE has compiled this bibliography which lists a number of documents on the specific theme of the current session of the institute.

The bibliography is divided into three parts. The first part lists documents available at CODICE and the second part provides links to full text electronic documents available on the Internet. In the third part, some useful links are indicated.

Besides, searches can also be conducted upon request on your precise fields of interest, from CODICE resources as well as from other information sources.

The staff of CODICE is at your service and wishes you a successful session.

## Introduction

Le CODESRIA organise du 6 au 31 octobre 2008, l'Institut sur Santé, politiques et société en Afrique sur le thème: *L'Afrique et l'industrie pharmaceutique mondiale*.

C'est dans ce cadre que le CODICE a produit cette bibliographie qui signale un nombre important de documents sur le thème spécifique de la présente session de l'institut.

La bibliographie comprend trois parties. Dans la première partie, sont indiqués les documents disponibles au CODICE, et dans la deuxième sont signalés des liens aux documents électroniques en texte intégral disponibles sur l'Internet. En troisième partie quelques liens utiles d'institutions ont été signalés

En outre, des recherches pourront être faites à la demande sur vos domaines d'intérêt, à partir des ressources du CODICE et d'autres sources d'information.

Le personnel du CODICE est à votre disposition et vous souhaite plein succès à votre session.

**CODESRIA Documentation and Information Centre  
Centre de documentation et d'information du CODESRIA (CODICE)**

**Part I : Hard Copy Documents / Documents sur support papier**

**1. ABE, Ndoumy Noël**

La médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire : une approche stratégique de collaboration

Abidjan: Université Nationale de Côte d'Ivoire, 1991-1992.- 699p.

Thèse, Doctorat 3e Cycle, Sociologie et Anthropologie Médicales, Ministère de l'Education Nationale, Université Nationale de Côte d'Ivoire, Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines, Département d'Ethnosociologie

*/MEDECINE/ /SERVICES DE SANTE/ /MEDECINE TRADITIONNELLE/ /PLANTES MEDICINALES/ /PRODUITS PHARMACEUTIQUES/ /FETICHISME/ /MAGIE/ /AFRIQUE/ /COTE D'IVOIRE/ /MUTATIONS SOCIO-CULTURELLES/*

**Call No. \*\*\* 15.04.06/ABE/06417**

**2. AMAT-ROZE, Jeanne-Marie; BOURGEOIS, Elise; BULARD, Martine; CHIRAC, Pierre; DE BROUWERE, Vincent Et al.**

Bilan de santé : l'Afrique face à ses défis sanitaires

Bruxelles: Colophon Editions, 2001.- 141p. (Essais)

*/SANTE/ /SIDA/ /MEDICAMENTS/ /MEDICAMENTS ESSENTIELS/ /INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE/ /MONDIALISATION//AFRIQUE//DEFICIT SANITAIRE/*

**Call No. \*\*\* 15.04.01/AMA/14125**

**3. ANAND, Sudhir, PETER, Fabienne; SEN, Amartya (eds)**

Public Health, Ethics and Equity

Oxford: Oxford University Press, 2004.- xii-316 p.

ISBN 978-0-19-927637-0

**4. ANGELL, Marcia**

La vérité sur les compagnies pharmaceutiques: comment elles nous trompent et comment les contrecarrer

Montebello, Québec: Éditions Le mieux-être, 2004.- 317 p.

ISBN 2-922969-02-9

*Notes: Traduction de: The Truth about the Drug Companies*

**5. BAYER, Ronald; GOSTIN, Lawrence O.; JENINGS, Bruce; STEINBOCK, Bonnie (eds)**

Public Health Ethics: Theory, Policy, and Practice

Oxford: Oxford University Press, 2007. - xiv- 418 p.

ISBN 0-19-518085-2

**6. BOITEAU, Pierre; ALLORGE-BOITEAU, Lucile**

Plantes médicinales de Madagascar : cinquante-huit plantes médicinales utilisées sur le marché de Tananarive (Zoma) à Madagascar

Paris: ACCT, 1993.- 131p. (Economie et développement / COURADE, Georges)

*/PLANTES MEDICINALES/ /MEDECINE TRADITIONNELLE/ /MADAGASCAR/ /PHARMACOPEE/*

**Call No. \*\*\* 15.05.01/BOI/13294**

**7. BONNET, Doris; JAFFRE, Yannick, Ed.**

Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest.

Paris: Karthala, 2003.- 510p.

(Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie / BENOIST, Jean)

*/TRANSMISSION DE MALADIE/ /MEDECINE PREVENTIVE/ /MALADIES HEREDITAIRES/ /MALADIES INFECTIEUSES/ /MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES/ /MENINGITE/ /EPIDEMIES/ /MALADIES ANIMALES/ /HYGIENE/ /MEDICAMENTS/ /SANTE PUBLIQUE/ /AFRIQUE DE L'OUEST/ /SENEGAL/ /NIGER/ /MALI/ /GUINEE/ /COTE D'IVOIRE/ /BURKINA FASO/ /ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE/ /MALADIES DES FEMMES/ /EPILEPSIE/*

**Call No. \*\*\* 15.04.04/BON/12975**

**8. BOTBOL-BAUM, Mylène (sous la dir.)**

Bioéthique dans les pays du sud : récits de médecins africains

Paris : L'Harmattan, 2005.- 284 p.

ISBN 2-296-00419-9

**9. CAMARA, El Hadji Malick Sy**

La vente illicite des médicaments au marché parallèle de "Keur Serigne bi"

Dakar: Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2006-2007.- 113p.

Mémoire, Maîtrise, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Faculté des lettres et des sciences humaines, Département de sociologie

*/MEDICAMENTS/ /VENTES/ /POLITIQUE SANITAIRE/ /SECTEUR INFORMEL/ /SENEGAL/ /VENTE ILLICITE/ /DAKAR/*

**Call No. \*\*\* 15.05.01/CAM/14169**

**10. CHIFFOLEAU, Sylvia (sous la dir.)**

Politiques de santé sous influence internationale: Afrique, Moyen-Orient

Paris: Maisonneuve & Larose, 2005.- 300 p.

ISBN 2-86877-203-X

**11. CHIPPAUX, Jean-Philippe**

Pratique des essais cliniques en Afrique

Paris: IRD. Institut de recherche pour le développement, 2004.- 318 p.

(Didactiques)

ISBN 2-7099-1549-9

**12. COHENDET, Patrick; LEDOUX, Marc-Jacques**

The Chemical and Pharmaceutical Industries towards Globalisation

*Cahiers d'économie mondiale*, t. 6, No. 2, Juillet-Décembre 1992, p.37-54

*/CHEMICAL INDUSTRY/ /PHARMACEUTICAL INDUSTRY/ /INTERNATIONALIZATION/ /GLOBALIZATION/*

**13. DJOLOV, George G.**

The Economics of Competition: The Race to Monopoly

New York: Best Business Books, 2006. - xix-322 p.

ISBN 978-0-7890-2788-7

**14. EBEN-MOUSSI, Emmanuel**

L'Afrique doit se refaire une santé : témoignage et réflexion sur 4 décennies de développement sanitaire

Paris: L'Harmattan, 2006.- 177p. (Sociétés africaines et diaspora / SALL, Babacar)

*/SANTE/ /MEDECINE TRADITIONNELLE/ /MEDICAMENTS/ /SYSTEME DE SANTE/ /PERSONNEL DE SANTE/ /AFRIQUE/ /DEVELOPPEMENT SANITAIRE/*

**Call No. \*\*\* 15.04.01/EBE/14054**

**15. FELDSTEIN, Paul J.**

Health Care Economics.-6th Ed

New York: Thomson Delmar Learning, 2005.-xxxiii-541p.

(Thomson Delmar Learning Series in Health Services Administration/WILLIAMS, Stephen J)

*/HEALTH ECONOMICS/ /MEDICAL CARE/ /HEALTH INSURANCE/ /HEALTH SERVICES/ /HOSPITALS/ /PHARMACEUTICAL INDUSTRY/ /MEDICAL EDUCATION/*

**Call No. \*\*\* 02.03.02/FEL/13348**

**16. FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron**

The Economics of Health and Health Care.-4th Ed

New Jersey: Pearson Education Inc., 2004.-xxvii-618p.

*/HEALTH ECONOMICS/ /PRIMARY HEALTH CARE/ /SUPPLY AND DEMAND/ /HEALTH INSURANCE/ /SOCIAL SECURITY/ /HEALTH SYSTEM/ /HEALTH SERVICES/ /HOSPITALS/ /PHARMACEUTICAL INDUSTRY/ /TOBACCO/ /ALCOHOL/ /AIDS/ /EPIDEMIOLOGY/ /ECONOMIC EVALUATION/*

**Call No. \*\*\* 02.03.02/FOL/13052**

**17. FOURIE, Pieter**

The Political Management of HIV and AIDS in South Africa: One Burden Too Many?

Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2006. - xix-240 p.

ISBN 978-0-230-00667-6

**18. GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael A.; ANNAS, George J.; MARKS, Stephen p. (eds.)**

Perspectives on Health and Human Rights

New York: Routledge, 2005. - xx-649 p.

ISBN 0-415-94806-1

**19. HEIN, Wolfgang; BARTSCH, Sonja; KOHLMORGEN, Lars (eds)**

Global Health Governance and the Fight against HIV/AIDS

Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007. - xxiii-282 p.

ISBN 978-0-230-51727-1

**20. HIRT, Hans Martin; M'PIA, Bindanda**

Natural Medicine in the Tropics. Tropical Plants as a source of Health Care: Production of Medicines and Cosmetics [La médecine naturelle tropicale: comment se soigner avec les plantes tropicales? Comment fabriquer soi-même des médicaments et des produits cosmétiques? Livre de poche pratique pour les médecins, tradi-praticiens et infirmiers]

Winnenden: ANAMED, 2001.-159p.

*/MEDICINAL PLANTS/ /TROPICAL PLANTS/ /TRADITIONAL MEDICINE/ /NATURAL PRODUCTS/ /MEDICAL CARE/ /MEDICINAL DRUGS/ /COSMETICS/ /NATURAL MEDICINE/*

Call No. \*\*\* 15.05.01/HIR/13341

**21. HIRT, Hans Martin; M'PIA, Bindanda**

La médecine naturelle tropicale : comment se soigner avec les plantes tropicales ? Comment fabriquer soi-même des médicaments et des produits cosmétiques? Livre de poche pratique pour les médecins, tradi-praticiens et infirmiers [Natural Medicine in the Tropics. Tropical Plants as a source of Health Care: Production of Medicines and Cosmetics]. - 6e Ed. Winnenden: ANAMED, 2003.- 159p.

*/PLANTES MEDICINALES/ /PLANTES TROPICALES/ /MEDICINE TRADITIONNELLE/ /PRODUITS NATURELS/ /SOINS MEDICAUX/ /MEDICAMENTS/ /COSMETIQUES/ /MEDECINE NATURELLE/*

Call No. \*\*\*15.05.01/HIR/13343

**22. JILBERTO, Fernández Alex. E.; HOGENBOOM, Barbara (eds)**

Big Business and Economic Development: Conglomerates and Economic Groups in Developing Countries and Transition Economies under Globalisation  
London: Routledge, 2007. - xx-428 p.  
(Routledge Studies in International Business and the World Economy, 36)  
ISBN 978-0-415-41268-1

**23. KLIMEK, Cassandra Y.; PETERS, Georges**

Une politique du médicament pour l'Afrique : contraintes et choix  
Paris: Editions Khartala, 1995.- 198p. (Economie et développement / COURADE, Georges)

*/MEDICAMENTS/ /FOURNITURES MEDICALES/ /INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE/ /POLITIQUE DES MEDICAMENTS/ /COUTS DES MEDICAMENTS/*

Call No. \*\*\* 15.05.01/KLI/12742

**24. KOIVUSALO, Meri; OLLILA, Eeva**

Making a Healthy World: Agencies, Actors and Policies in International Health  
London: Zed Books, 1997.- xiii-258p.

*/HEALTH POLICY/ /WHO/ /WORLD BANK/ /UNICEF/ /UNDP/ /UNFPA/ /PRIMARY HEALTH CARE/ /PHARMACEUTICALS/ /MEDICINAL DRUGS/ /POPULATION POLICY/ /REPRODUCTIVE HEALTH/ /NON GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/ /INTERNATIONAL HEALTH POLICIES/ /HEALTH FOR ALL/ /HEALTH CARE REFORM/*

Call No. \*\*\* 02.05.02/KOI/12745

**25. LEE, Kelley, Ed.**

Health Impacts of Globalization: towards Global Governance  
New York: Palgrave Macmillan, 2003.- xxi-241p. (Global Issues Series/WHITMAN, Jim)

*/HEALTH/ /GLOBALIZATION/ /AIDS/ /TOBACCO/ /NUTRITION/ /CHOLERA/ /HEALTH POLICY/ /WTO/ /TRADE POLICY/ /MEDICINAL DRUGS/ /GATT//AFRICA SOUTH OF SAHARA/ /HEALTH ASPECTS/ /WORLD HEALTH/ /GLOBAL GOVERNANCE/ /ACCESS TO DRUGS/*

Call No. \*\*\* 15.04.01/LEE/13048

**26. LÉVY, Joseph Josy; GARNIER, Catherine (sous la dir.)**

La chaîne des médicaments: perspectives pluridisciplinaires  
Québec: Presses de l'Université du Québec, 2007.- xvii, 499 p.  
(Santé et Société)  
ISBN 978-2-7605-1510-9

**27. LISKA, Ken**

Drugs and the Human Body: With Implications for Society  
8<sup>th</sup> Edition  
Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall, 2000. - xv-464 p.  
ISBN 978-0-13-244713-3

**28. MARI, Christopher (ed.)**

Global Epidemics  
New York: H.W. Wilson Company, 2007. - viii-189 p.  
ISBN 978-0-8242-1068-7

**29. MARITOUX, Jeanne; BRUNETON, Carine; BOUSCHARAIN, Philippe**

Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains francophones  
*Afrique contemporaine*, No.195, juillet-septembre 2000, p.210-229

*/PHARMACOLOGIE/ /MEDICAMENTS/ /MARCHE/ /DEVALUATION//AFRIQUE  
FRANCOPHONE/*

**30. MONTEILLET, Nicolas**

Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires  
Paris: Karthala, 2005.- 262p.

*/THERAPIE/ /MEDECINE TRADITIONNELLE/ /PLANTES MEDICINALES/  
/BIOMEDECINE/ /CHRISTIANISME/ /DISPENSAIRES/ /HOPITAUX/ /EGLISE/  
/CAMEROUN/ /SORCELLERIE/ /PHARMACIE/ /PHARMACOPEE/ /GUERISON/  
/DIVINATION/*

Call No. \*\*\* 15.04.04/MON/13303

**31. MORRIS, Stephen, DEVLIN, N. J.; PARKIN, David**

Economic Analysis in Health Care  
Chichester: J. Wiley & Sons, 2007. - xiv-400 p.  
ISBN 978-0-470-01685-5

**32. NOGUES, Julio J.**

Social Costs and Benefits of Introducing Patent Protection for Pharmaceutical Drugs in  
Developing Countries  
*The Developing Economics*, Vol. 31, No. 1, March 1993, p.24-53

*/PATENTS/ /INTELLECTUAL PROPERTY/ /PHARMACEUTICALS/ /SOCIAL COSTS/  
/BENEFITS ANALYSIS/ /DEVELOPING COUNTRIES/ /PATENT LAW/ /PATENT  
PROTECTION/*



**33. PARES, Yvette**

La médecine africaine, une efficacité étonnante : témoignage d'une pionnière  
Paris: Editions Yves Michel, 2004.- 221p.

*/MEDECINE TRADITIONNELLE/ /PLANTES MEDICINALES/ /LEPRE/ /MALADIES  
INFECTIEUSES/ /TUBERCULOSE/ /AFRIQUE/ /SENEGAL/ /PHARMACOPEE  
TRADITIONNELLE/ /HOPITAL TRADITIONNEL/ /KEUR MASSAR/  
Call No. \*\*\* 15.04.06/PAR/13334*

**34. PETRYNA, Adriana, LAKOFF, Andrew; KLEINMAN, Arthur (eds)**

Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices  
Durham: Duke University Press, 2006.- 301 p.  
ISBN 978-08223-3741-6

**35. PIERONI, Andrea; PRICE, Lisa Leimar (eds)**

Eating and Healing: Traditional Food as Medicine  
New York: Food Products Press, 2006.- xviii, 406 p.  
ISBN 978-1-56022-983-4

**36. PIERONI, Andrea, VANDEBROEK, Ina (eds)**

Traveling Cultures and Plants: The Ethnobiology and Ethnopharmacy of Human Migrations  
Oxford: Berghahn, 2007. – ix-283 p.  
(Studies in Environmental Anthropology and Ethnobiology, No. 7)  
ISBN 978-1-84545-373-2

**37. POKU, Nana K.; WHITESIDE, Alan, Ed**

Global Health and Governance: HIV / AIDS  
New York: Palgrave Macmillan, 2004.- viii-203p. - (Third world Quarterly Series / QADIR,  
Shahid)

*/PUBLIC HEALTH/ /AIDS/ /HIV/ /GLOBALIZATION/ /MEDICINAL DRUGS/ /TRADE  
POLICY/ /POVERTY/ /AFRICA/ /ZAMBIA/ /CHINA/ /HEALTH GOVERNANCE/ /GLOBAL  
HEALTH/  
Call No. \*\*\* 15.04.01/POK/13050*

**38. POKU, Nana; WHITESIDE; Alan; SANDKJAER, Bjorg (eds)**

AIDS and Governance, Global Health  
Aldershot, England: Ashgate, 2007. – xviii-267 p.  
(Global Health)  
ISBN 978-0-7546-4581-8

**39. QUADROS, Ciro A. de (ed.)**

Vaccines: Preventing Disease & Protecting Health  
Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 2004. – xiii-398 p.  
(Scientific and Technical Publication, No. 596)  
Conference on Vaccines, Prevention, and Public Health: A Vision for the Future)  
ISBN 275115966

**40. RAINHORN, Jean-Daniel; BURNIER, Mary-Josée, ed.**

La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXIe siècle

Paris: PUF, 2001.- 332p. - (Nouveaux cahiers de l'IUED, N0.11)

*/SANTE/ /SYSTEME DE SANTE/ /SIDA/ /ASSURANCE MALADIE/ /MONDIALISATION/  
/GENETIQUES/ /REPRODUCTION/ /POLITIQUE SANITAIRE/ /COOPERATION  
INTERNATIONALE/ /MEDICAMENTS ESSENTIELS/ /ECONOMIE DE LA SANTE/  
Call No. \*\*\* 15.04.01/RAI/12515*

**41. ROFFE, Pedro; TANSEY, Geoff; VIVAS-EUGUI, David**

Negotiating Health: Intellectual Property and Access to Medicines  
London: Earthscan, 2006. – xviii, 302 p.  
ISBN 1-84407-295-9

**42. SANTORO, Michael A; GORRIE, Thomas M. (eds)**

Ethics and the Pharmaceutical Industry  
Cambridge: Cambridge University Press, 2007.- xxxiv, 492 p.  
IISBN 978-0-521-70888-3

**43. SERKKOLA, Ari**

Medicine, Pharmacy and Family: Triplicity of Self-Medication in Mogadishu, Somalia  
Helsinki: Institute of Development Studies, January 1990.- 23p.  
(Occasional paper / University of Helsinki Institute of Development Studies, No. 11)

*/MEDICINE/ /PHARMACEUTICALS/ /HEALTH SERVICES/ /MEDICINAL DRUGS/  
/FAMILY/SOMALIA/ /MOGADISHU/  
Call No. \*\*\* 08.06.12/SER/00024*

**44. SHAH, Sonia**

The Body Hunters: Testing New Drugs on the World's Poorest Patients  
New York: New Press, 2006. – xiii-242 p.  
ISBN 1-56584-912-4 / ISBN 978-1-56584-912-9

**45. SHAWKEY, Pat; HART, Carolyn; (eds)**

Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries: Programmes that Deliver  
Burlington, VT: Ashgate, 2003. – xix-171 p.  
(Transport and Society)  
ISBN 0-7546-3516-3

**46. SOCPA, Antoine**

Les pharmacies de rue dans l'espace médical urbain : émergence et déterminants des stratégies  
informelles d'accès aux médicaments à Douala (Cameroun)  
Yaoundé: Université de Yaoundé I, Novembre 1995.- xi-249p.  
Thèse, Doctorat 3e Cycle, Anthropologie, Université de Yaoundé I, Faculté des Arts, Lettres  
et Sciences Humaines, Département de Sociologie et Anthropologie

*/MEDICAMENTS/ /VENTES/ /SECTEUR INFORMEL/ /MILIEU URBAIN/  
/CONTREBANDE/ /PRODUITS PHARMACEUTIQUES/ /CAMEROUN/ /PHARMACIE DE  
RUE/ /VENTES DE MEDICAMENTS/ /DOUALA/  
Call No. \*\*\* 15.05.00/SOC/09728*

**47. SYLLA, Rokhaya**

Les dépigmentants cutanés dans les produits cosmétiques commercialisés au Sénégal  
Dakar: Université Cheikh Anta Diop, 1993.- 144p.

Thèse, Diplôme d'Etat, Docteur en Pharmacie, Pharmacie, Université Cheikh Anta Diop,  
Faculté de Médecine et de Pharmacie, No. 56

*/COSMETIQUES/ /PRODUITS DE TOILETTE/ /FEMMES/ /SENEGAL/  
/DEPIGMENTATION DE LA PEAU/ /XESSAL/ /PRODUITS COSMETIQUES/  
Call No. \*\*\* 08.12.08/SYL/07621*

**48. TURSHEN, Meredith**

Privating Health Services in Africa

New Brunswick: Rutgers University Press, 1999.- xiii-185p.

*/MEDICAL CARE/ /HEALTH SERVICES/ /PRIVATIZATION/ /PUBLIC HEALTH/  
/PHARMACEUTICALS/ /MEDICAL SUPPLIES//AFRICA/ /SOUTHERN AFRICA/  
Call No. \*\*\* 15.04.04/TUR/12983*

**49. VAN DUPPEN, Dirk**

La guerre des médicaments: pourquoi sont-ils si chers?

Bruxelles: Aden, 2005.- 286 p.

(Collection EPO)

ISBN 2-9304-021-0-5

**50. VERSCHAVE, François-Xavier (sous la dir.)**

La santé mondiale entre racket et bien public

Paris: Éditions Charles Léopold Mayer, 2004.- 345 p.

ISBN 2-84377-099-8

**51. VOLBERDING, Paul; SANDE, Merle A.; LANGE, Joep; GREENE, Warner C.  
(eds)**

Global HIV/AIDS Medicine

Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 2008. - xx, 830 p.

ISBN 978-1-4160-2882-6

**52. WEAR, Stephen (ed.)**

Ethical Issues in Health Care on the Frontiers of the Twenty-First Century

Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000. - xvi-326 p.

(Philosophy and Medicine, Vol. 65)

ISBN 0-7923-6277-2

## Part II : Electronic Documents / Documents électroniques

### 1. ABBOTT, Frederick M.

The WTO Medicines Decision: World Pharmaceutical Trade and the Protection of Public Health

*The American Journal of International Law*, Vol. 99, No. 2, Apr. 2005, p.317-358

**Abstract:** At the WTO developing countries have effectively used the negotiating strategies of pursuing shared interests, formulating common objectives, and exploiting divisions in developed countries' positions to facilitate access to medicines. These strategies might also assist developing countries in countering their increasing loss of WTO-recognized regulatory flexibility in bilateral and regional trade negotiations with the United States.

**Source:** JSTOR

### 2. ABBOTT, Frederick M.

WTO TRIPS Agreement and Its Implications for Access to Medicines in Developing Countries

London: Commission on Intellectual Property Rights, 2002. – 80 p. (Study Paper 2a)

[http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/study\\_papers/sp2a\\_abbott\\_study.pdf](http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/study_papers/sp2a_abbott_study.pdf)

### 3. ABDOULAYE, I. ; CHASTANIER, H. ; AZONDEKON, A. ; DANSOU, A. ; BRUNETON, C.

Enquête sur le marché illicite des médicaments à Cotonou (Bénin) en mars 2003

*Revue Médecine Tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.573-576

<http://www.remed.org/573-576 - pn - abdoulaye.pdf>

**Résumé** • La vente illicite de médicaments est un problème de santé publique en Afrique. Au Bénin, un programme de communication pour lutter contre ce fléau a été mis en œuvre. Cette étude sur la consommation des médicaments à Cotonou (Bénin), qui s'est déroulée pendant trois jours dans différents quartiers de la ville, avait pour objet d'évaluer les pratiques d'achat des consommateurs, de façon à tenir compte de leurs préoccupations et de leurs croyances dans l'élaboration de messages de communication pour les prochaines campagnes de lutte contre le marché illicite. Cette enquête est un outil pour la conception des messages et, répétée pendant et après ces campagnes, elle sera aussi un outil d'évaluation de leur impact. Un questionnaire explorant plusieurs thèmes liés à l'achat de médicaments, a été administré par les enquêteurs au domicile de 600 ménages sélectionnés aléatoirement. Les principaux résultats sont les suivants : les mesures de répression visant à réduire l'offre du marché illicite des médicaments sont nécessaires mais pas suffisantes. Le contenu des messages de sensibilisation devra être revu et réorienté vers des groupes cibles, car 86 % des personnes interrogées pensent que les médicaments de trottoir sont de bonne qualité. Il faudra surtout augmenter la disponibilité géographique au plus près des populations des médicaments financièrement accessibles (notamment des génériques) et mettre en place des procédures allégées de dispensation et de prescription suivies d'un conseil professionnel approprié.

\*\*\*/\*\*

**Abstract** • Illicit sale of medicines is a serious public health problem in Africa. In Benin, an informational program was undertaken to fight this threat. A three-day survey on consumption of medicines was conducted in various areas in Cotonou. The purpose was to evaluate purchasing practices so that related concerns and beliefs could be used to craft messages for the next campaign to curb illicit medicines. In addition to being a tool for message development, this survey will be used as an evaluation tool to measure message impact during and after the information campaign. A questionnaire designed to evaluate several aspects of drug purchasing behavior was administered by investigators in 600 randomly selected households. The main findings were as follows. Repressive measures to reduce the sale of counterfeit medicines on the illicit market are necessary but inadequate. New campaign messages for targeted groups are necessary since 86% of people interviewed thought that medicines acquired from street vendors were of good quality. More importantly it will be necessary to make legitimate medicines more accessible and affordable (generic drugs) and to simplify dispensation procedures allowing prescriptions to be filled followed by appropriate professional counsel.

**4. ABDOULAYE, I. ; CHASTANIER, H., AZONDEKON, A. ; DANSOU, A. ; BRUNETON, C.**

Evaluation des campagnes de sensibilisation sur les pratiques d'achat de médicaments dans la ville de Cotonou

*Revue médecine tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.615-618

[http://www.remed.org/615-618\\_-\\_ur\\_-\\_abdoulaye.pdf](http://www.remed.org/615-618_-_ur_-_abdoulaye.pdf)

**Résumé** • Une campagne de lutte contre le marché illicite des médicaments, essentiellement basée sur des spots de sensibilisation qui ont été diffusés à la radio et surtout à la télévision, a été conçue sur la base des résultats d'une enquête effectuée en 2003 ; elle avait permis d'évaluer les pratiques d'achat des consommateurs des médicaments à Cotonou, Bénin. Des recommandations avaient été formulées pour l'élaboration de nouveaux spots ciblés par rapport aux médicaments génériques et aux dangers du marché informel. A l'issue de l'évaluation d'une nouvelle campagne qui duré neuf mois, on a constaté ce qui suit : la grande majorité des enquêtés déclare avoir été sensible aux spots de sensibilisation; les messages concernant les risques encourus dans le marché informel ont été compris par neuf personnes sur dix ; une baisse nette du recours au marché informel pour ceux qui ont été sensibilisés ; la fréquence des visites à domicile des vendeurs illicites a diminué. Par ailleurs, le médicament générique est demandé spontanément par une majorité de la population qui cite les formations sanitaires publiques et les pharmacies comme lieux d'approvisionnement privilégiés desdits médicaments.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** A public awareness campaign mainly TV and radio announcements to promote public awareness of the dangers of counterfeit medicines was developed based on survey data collected in 2003. The survey was designed to evaluate the purchasing practices of consumers in Cotonou, Benin with regard to medicines. Based on findings, several recommendations were made for crafting new messages about generic drugs and the dangers of the illicit medicines market. Evaluation of the results of the new campaign that lasted 9 months showed that: most respondents stated that the campaign announcements were effective in increasing their awareness; nine out of 10 persons understood the messages on the dangers of the illicit market; a net decrease in buying on the illicit market was observed among respondents that increased their awareness; the frequency of house calls by illicit vendors decreased. Most respondents stated that they requested generic drugs spontaneously. The preferred sources for procurement of generic medicines were public health facilities and pharmacies

**5. ATTRIDGE, C. James; PREKER, Alexanser S.**

Improving Access to Medicines in Developing Countries: Application of New Institutional Economics to the Analysis of Manufacturing and Distribution Issues

Washington: The World Bank, March 2005. - 54 p.

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 32038)

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341\\_20050414104054/Rendered/PDF/320380AttridgeImprovingAccessFinal.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341_20050414104054/Rendered/PDF/320380AttridgeImprovingAccessFinal.pdf)

**Abstract:** This paper examines alternative frameworks for empirical analysis of supply side activities, namely, the manufacture and distribution of medicine, through the application of New Institutional Economics (NIE) concepts. Attention is focused particularly upon the potential utility of ideas from agency theory, transaction cost analysis and contemporary ideas from strategy theory. The major purpose of this paper is to use these theoretical frameworks to provide insight for policy makers, when faced with specific situations, whether in an international agency, or a private company, or in defining a national strategy. The analysis attempts to show the importance of distinctions between ideas of 'make' or 'buy', between 'national self sufficiency' and 'international purchasing' strategies, the limitations of contractual agreements under market governance and the crucial linkages between strategy formulation, strategy implementation and the necessary capabilities to achieve successful performance in practice. The current international situation on the investment, location and capacity of pharmaceutical manufacturing is reviewed and likely future scenarios suggested. Correspondingly current patterns of trade in medicines and their likely development within the context of the WTO and bilateral trade agreements are discussed. Against this background the promise and the pitfalls for new forms of public-private partnerships, which may offer attractive alternatives to conventional structures are evaluated. The implications of alternative future strategic options for national governments in setting the balance between health and industrial policies are examined and in particular the extent to which a national manufacturing capability should be developed or sustained. Similarly the scope for improving low cost distribution systems for medicines, based upon a mix of

public and private sector channels, is assessed. We conclude with suggestions for further development of a transaction-based framework.

**6. AUTIERA, Philippe; GOVINDARAJB, Ramesh; GRAYC, Robin;  
LAKSHMINARAYANAND, Rama; NASSERYE, Homira G.; SCHMETSF, Gerard**  
Drug Donations in Post-Emergency Situations

Washington: The World Bank, June 2002. - 52 p. ISBN 1-932126-18-X

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 28858)

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/05/13/000160016\\_20040513164737/Rendered/PDF/288580Nassery1Drug0Donation1whole0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/05/13/000160016_20040513164737/Rendered/PDF/288580Nassery1Drug0Donation1whole0.pdf)

**Abstract:** The objectives of this project were to conduct situation analyses on drug donations in East Timor (post-conflict country), El Salvador and Gujarat State in India (both affected by earthquakes), and Mozambique (floods), applying criteria derived from the Interagency Guidelines for Drug Donations; to determine how and whether the implementation of the Guidelines has affected the processes and outcomes of drug donations; and to build evidence to facilitate wider acceptance of the Guidelines. The study teams undertook to identify the organizations responsible for inappropriate donations, a step not often taken in earlier investigations. This information can now be used to facilitate educational initiatives aimed at preventing similar problems in the future. Awareness of the Guidelines was high and appropriate drug donations were made in El Salvador, Gujarat State in India and East Timor. In Mozambique, it was found that even with strong recipient awareness of the Guidelines and country ownership of the drug donation process, dumping and inappropriate donations occurred. International donors did not follow requests made by the Mozambique Government, and disruption of administrative systems by the floods affected capacity to ensure proper management of drug supplies. In the four countries, drug needs in the first few days following the emergency were often met through buffer stocks. A common feature noted in Gujarat, East Timor and El Salvador was that, in most instances, adequate drug supplies were provided during the acute phase of the disaster through the use of local buffer stocks, as well as by major donor agencies with expertise in providing immediate disaster aid of good quality. In the case of Gujarat, the presence of a large domestic pharmaceutical production capacity in India significantly aided the swift response following the occurrence of the earthquake. In Mozambique, warehouses that contained buffer stocks were flooded. The effectiveness of logistics software systems was closely dependent on local capacity and sustainability of the systems. The decision to use them for emergencies needs to be re-examined since the effectiveness of these tools is disputed. In India and Mozambique, elaborate manual record-keeping systems that the local staff were familiar with and experienced in maintaining, served as a better source of information than computer based systems that were not updated, lacked functioning equipment and required staff knowledgeable in the use of the program. In all four countries, no evidence was found to suggest that improvements are needed to the Guidelines. However, there is a continuing need for improved dissemination, mainly among specific donor groups such as bilateral organizations, Diasporas and smaller organizations. Such targeting of information on drug donation practices would improve future outcomes.

**7. BARBEREAU, S**

La contrefaçon des médicaments : un phénomène en pleine expansion

*Revue médecine tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.529-532

<http://www.remed.org/529-532 - sm - barbereau.pdf>

**Résumé :** Le marché du médicament a considérablement changé ces dernières années. Comme n'importe quelle marchandise, il est entré dans la mondialisation. La libre circulation a apporté un certain nombre de dangers, dont la perte de contrôle sur la qualité de certains produits aussi bien pour les matières premières que pour les produits finis. C'est dans ce nouvel environnement qu'apparaît la notion de médicaments contrefaits. En fonction des pays, la définition est restée différente et comprend des notions de qualité, de légalité et d'intention frauduleuse. Cela a amené l'OMS à donner la définition suivante : un médicament contrefait est un médicament qui a été délibérément et frauduleusement étiqueté de façon erronée quant à son identité et/ou sa source. Le terme «contrefaçon» peut s'appliquer à des médicaments de marque comme à des génériques. Des médicaments contrefaits peuvent être composés de produits contenant le bon principe actif, un mauvais principe actif, des produits ne contenant aucun principe actif ou des produits dans un conditionnement contrefait. Dans les pays en voie de développement, l'insuffisance du réglementaire pharmaceutique et souvent aussi la corruption ont ouverts les portes à ce marché préjudiciable et coûteux pour la santé publique. L'absence de pharmacovigilance ne permet pas de noter les accidents liés à la consommation de ces médicaments contrefaits. L'analyse de l'incidence économique ne peut ainsi se faire.

Si ce problème est devenu majeur dans les pays en voie de développement, nous ne sommes pas totalement à l'abri. Les intentions frauduleuses existent partout dans le monde.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** The medical drug market has undergone considerable transformation in recent years. Like other products, medicines have been affected by globalization. Free trade policies have had a number of negative effects including a reduction in quality control not only for some products but also for raw materials and finished products. The global environment has also created conditions conducive to counterfeit medicines. The term counterfeit medicine is defined differently from one country to another in terms of quality, legality and fraudulent intent. This situation prompted the WHO to propose the following definition: "A counterfeit medicine is one which is deliberately and fraudulently mislabeled with respect to identity and/or source. Counterfeiting can apply to both branded and generic products and counterfeit products may include products with the correct ingredients or with the wrong ingredients, without active ingredients, with insufficient active ingredients or with fake packaging." Weak pharmaceutical regulation often compounded by widespread corruption in developing countries has greatly facilitated the Development of this illicit market with harmful and costly effects on public health. Due to the lack of pharmacovigilance accidents involving use of counterfeit drugs go unreported. For this reason it is not possible to measure the economic impact. While counterfeiting has become a major threat in developing countries, it also affects industrialized countries. Fraudulent behavior occurs all over the world.

## **8. BATE, Roger**

Local Pharmaceutical Production in Developing Countries: How economic protectionism undermines access to quality medicines

London: International Policy Network, January 2008. 16p.

[http://www.fightingdiseases.org/pdf/local\\_drug\\_production.pdf](http://www.fightingdiseases.org/pdf/local_drug_production.pdf)

**Abstract:** Donors are urging African governments to support local pharmaceutical production, in order to reduce costs and boost local scientific capacity. This new paper asks if this is a sensible use of public funds. In many cases it may save money to follow the basic laws of economics and import drugs from countries that specialise in drug production. Using public monies to prop up local pharma companies, moreover, can encourage corruption and undermine the supply of safe, effective drugs.

## **9. BOISSEAU, C. ; DEGUI, H. ; BRUNETON, C. ; REY, J.-L.**

Difficultés d'accès aux antirétroviraux dans les pays d'Afrique francophone : état des lieux en 2004

*Revue médecine tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.589-592

[http://www.remed.org/589-592\\_-\\_pn\\_-\\_boisseau.pdf](http://www.remed.org/589-592_-_pn_-_boisseau.pdf)

**Résumé :** Une enquête par questionnaire et entretiens avec les responsables de centrale d'achat et de programme de lutte contre le sida a été réalisée de juin à octobre 2004 dans 18 pays africains francophones. Durant cette période les réponses à cette enquête ont montré que 33 000 patients étaient sous traitement ARV, ce qui correspondait à un taux de traités par rapport aux patients nécessitant un traitement ARV de 0,1 à 9,6%. Tous les pays ont connu des ruptures d'approvisionnement en ARV dont les raisons sont multiples, pour l'essentiel des raisons budgétaires et de complexité des procédures des bailleurs de fonds. Les prix demandés aux patients sont très variables et dépendent de la politique des états. Les prix de cession aux structures de santé varient aussi et dépendent des prix d'achat donc des capacités de négociation des centrales d'achat. Pour améliorer l'accès généralisé aux traitements tout en limitant toutes ruptures d'approvisionnement il est nécessaire de multiplier les formations sur la gestion et la distribution des médicaments et il serait souhaitable de mettre en place une meilleure circulation des informations entre responsables nationaux d'achat.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** A survey by questionnaire and interview was carried out with persons in charge of purchasing central structures and AIDS control programs in 18 French-speaking African countries between June and October 2004. Survey data showed that a total of 3 300 patients received antiretroviral (ARV) treatment during the study period. This corresponds to a treatment rate of 0.1 to 9.6% of the number of patients requiring ARV treatment. All countries reported interruptions of the ARV supply for a variety of reasons. The main causes were budgetary issues and procedural complexity involving financial aid. The prices charged to the patients varied greatly in function of national policies. Cost price also varied in function of the negotiating leverage of the purchasing central. Improve general access to ARV treatment and reducing the number of supply shortages will require more training in management and distribution of medicines. It would also be useful to improve communications between the persons in charge of national purchasing structures.



**10. BRUNETON, Carine; NABOULET, Jean-Philippe ; VAN DER HEIDE, Bas**

Les échanges de médicaments entre pays européens et pays en développement : efficacité des systèmes de régulation, problèmes et perspectives/ réalisé par les associations Remed, Réseau Médicaments et développement, PIMED, Pour une information médicale éthique et le développement et WEMOS

Paris: REMED, 1996. - 63 p.

[http://www.remed.org/echanges\\_texte.pdf](http://www.remed.org/echanges_texte.pdf)

**Résumé :** Les échanges de médicaments entre les pays européens et les pays en développement" résume l'état actuel et l'efficacité de la régulation de l'exportation de médicaments dans 17 pays européens et met en évidence les principaux problèmes. Le document couvre également les aspects réglementaires du marché pharmaceutique de 17 pays en développement. L'objet de ce document est d'aider les autorités de réglementation, les centres d'information sur les médicaments, les centrales d'achat et les associations de consommateurs dans les PED, à être plus critique vis-à-vis des médicaments qu'ils importent. C'est également un outil de pression sur les politiques pharmaceutiques des PED, mais également des pays développés, destiné aux professionnels de la santé, aux consommateurs et aux groupes de pression. Des mesures réglementant l'exportation des médicaments non enregistrés dans le pays d'origine sont appliquées dans environ 20% des exportations depuis l'Union Européenne ; dans pratiquement la moitié des cas, les autorités sont informées si des médicaments sans AMM sont exportés ; des restrictions efficaces sont appliquées concernant le relativement petit nombre de médicaments rejetés et retirés du marché, dans environ 60% des exportations. Le document montre la situation confuse des règles sur l'exportation et l'information des médicaments fabriqués par les laboratoires européens. En mettant en évidence ces lacunes, les auteurs espèrent faciliter le développement d'une prise de conscience de la nécessité de prendre de nouvelles mesures pour améliorer la qualité de l'information sur les producteurs européens. Les auteurs invitent l'ensemble des pays européens à suivre les innovations mises en place par certains pays membres de l'U.E. ; ceci dans l'intérêt des populations mais également des fabricants européens. Dans les pays en développement étudiés la situation sur le plan de la réglementation pharmaceutique tend à s'améliorer. C'est ainsi, qu'à l'exception d'un seul, tous les pays ont mis en place des outils législatifs et des structures répondant à la volonté de maîtriser leur marché pharmaceutique. Tous les médicaments, produits localement ou importés, doivent être enregistrés par les autorités compétentes, à l'exception notable, dans plusieurs pays, des médicaments provenant de l'aide internationale. Cependant si la volonté d'assurer un contrôle de la qualité des médicaments mis sur leur marché, y compris les produits pharmaceutiques importés, se manifeste à travers les textes de loi adoptés, la création de laboratoires de contrôle et parfois d'un corps d'inspection, les réalités quotidiennes, les difficultés financières, en particulier pour les pays africains, rendent ces initiatives encore partiellement inefficaces.

**11. CORREA, Carlos María**

Implementation of the WTO General Council Decision on Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health

Geneva: Essential Drugs and Medicines Policy, 2004.-vi-49p.

(Health economics and drugs, No.16)

<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s6159e/s6159e.pdf>

**12. CORREA, Carlos María**

Implications de la déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée à Doha Genève : Département des Médicaments Essentiels et Politiques Pharmaceutiques, Juin 2002.- 73 p.

(Série Economie de la santé et médicaments, No.12)

<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s4903f/s4903f.pdf>

**13. CORREA, Carlos María**

Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries

Geneva: South Centre, 2000.-143 p.-(South perspectives)

ISBN 9789291620128 / ISBN 9291620122



<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/h2963e/h2963e.pdf>

**14. CORREA, Carlos María**

Intégration de considérations de santé publique dans la législation en matière de brevets des pays en développement

Geneva: South Centre, 2001.-162 p.-(South perspectives)

ISBN 92916201610

<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/h2961f/h2961f.pdf>

**15. CORREA, Carlos María**

Protection and Promotion of Traditional Medicine: Implications for Public Health in Developing Countries

Geneva, Switzerland: South Centre, 2002.-xv, 117p.-(South perspectives)

[http://www.southcentre.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=74](http://www.southcentre.org/index.php?option=com_content&task=view&id=74)

**16. DANZON, Patricia M.; CHAO, Li-Wei**

Does Regulation Drive out Competition in Pharmaceutical Markets?

*Journal of Law and Economics*, Vol. 43, No. 2, Oct. 2000, p.311-357

**Abstract:** Most countries regulate pharmaceutical prices, either directly or indirectly, on the assumption that competition is at best weak in this industry. This paper tests the hypothesis that regulation of manufacturer prices and retail pharmacy margins undermines price competition. We use data from seven countries for 1992 to examine price competition between generic competitors (different manufacturers of the same compound) and therapeutic substitutes (similar compounds) under different regulatory regimes. We find that price competition between generic competitors is significant in unregulated or less regulated markets (United States, United Kingdom, Canada, and Germany) but that regulation undermines generic competition in strict regulatory systems (France, Italy, and Japan). Regulation of retail pharmacy further constrains competition in France, Germany, and Italy. Regulation thus undermines the potential for significant savings on off-patent drugs, which account for a large and growing share of drug expenditures. Evidence of competition between therapeutic substitutes is less conclusive owing to data limitations.

**17. DANZON, Patricia M.; PAULY, Mark V.**

Health Insurance and the Growth in Pharmaceutical Expenditures

*Journal of Law and Economics*, Vol. 45, No. 2, Part 2: The Regulation of Medical Innovation and Pharmaceutical Markets, Oct. 2002, p.587-613

**Abstract:** This paper examines the contribution of insurance coverage to the recent unprecedented growth in spending on Pharmaceuticals. Trends in drug spending over time closely paralleled the growth in drug coverage. Most of the coverage growth reflects an increase in the number of people with coverage, 65 percent from 1987 to 1996, rather than increased depth of coverage. The direct moral hazard effect of this insurance growth accounts for between one-fourth and one-half of the increase in drug spending. Technological change contributed to these changes, because both the flow of new drugs increased the demand for insurance and information technologies enabled the development of pharmacy benefit management, which reduced the real price of drug coverage. It is plausible that insurance growth also stimulated drug promotion. The only obvious source of inefficiency is the tax subsidy, which may lead to excessive insurance and promotion. This applies to all health care, not just pharmaceuticals.

**18. DESCHAMPS, Julien**

Qualification des sources d'approvisionnement en médicament essentiel générique.

Application aux pays en développement,

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, Faculté de pharmacie de Lyon, présentée et soutenue publiquement le 11 mai 2005

[http://www.remed.org/THESEJulienDESCHAMPS\\_.pdf](http://www.remed.org/THESEJulienDESCHAMPS_.pdf)

**19. DIALLO, Moustapha**

Contribution à l'évaluation du marché illicite du Médicament au Niger à partir des statistiques douanières d'importation des médicaments, réactifs de laboratoires et consommables médicaux de 1999 à 2003

[http://www.remed.org/marche\\_illicite\\_niger.pdf](http://www.remed.org/marche_illicite_niger.pdf)

**20. DUMMETT, Henry**

An overview of the supply and demand in South Africa's pharmaceutical industry-opportunity or risk

World Markets Research Centre, 2002.-5p

[http://www.touchbriefings.com/pdf/17/pt031\\_r\\_14\\_dummett.pdf](http://www.touchbriefings.com/pdf/17/pt031_r_14_dummett.pdf)

**21. ENEMARK, Ulrika; ALBAN, Anita; VAZQUEZ, Enrique C.S**

Purchasing Pharmaceuticals

Washington: The World Bank, September 2004. -58p

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 31500)

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/02/07/000090341\\_20050207143123/Rendered/PDF/315000HNP0Purchasing0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/02/07/000090341_20050207143123/Rendered/PDF/315000HNP0Purchasing0.pdf)

**Abstract:** The overall aim of this paper is to contribute to the understanding of Resource Allocation and Purchasing (RAP) arrangements as regards pharmaceuticals in developing countries. The specific objective of this paper is to examine the strategic questions that arise, when pursuing an active purchasing and resource allocation strategy for drugs, as well as the actual practice and experience from applying different RAP strategies to promote access of the poor to essential drugs, i.e. availability of affordable essential drugs of good quality and appropriate and efficient use of drugs.

**22. EUROPE ECONOMICS. London**

Medicines Access and Innovation in Developing Countries: A Review by Europe Economics

London: Europe Economics, September 2001, 96 p.

<http://www.eer.co.uk/download/eemedacc.pdf>

**Abstract:** Disease has terrible effects in developing countries, causing widespread human suffering and premature death. It also inhibits economic development, which could in turn allow better healthcare and quality of life. Some diseases can be cured with known techniques and medicines already available; others require new treatments. Effective intellectual property protection (IPP) through patents and trademarks is fundamental to the incentives for investment by private sector companies in developing new medicines. However, effective IPP allows higher revenues to be earned from existing products than would otherwise be possible, so that the IPP regime finances and provides incentives for innovation. A number of organisations have proposed that patented products should be made available more cheaply in developing countries, including through an amendment or reinterpretation of the WHO TRIPS agreement. This report reviews some of the issues involved

**23. FORCADES, Teresa I Vila**

Crimes and Abuses of the Pharmaceutical Industry

Barcelona: Cristianisme i Justícia, 2006. – 36p. (CJ booklets, 124)

ISBN 8497301528 9788497301527

<http://www.fespinal.com/espinal/lilib/en124.pdf>

**24. FOREMAN, Martin**

Patents, pills and public health: can TRIPS deliver?

London: PANOS Institute, 2002. - 52 p. (PANOS Report; No. 46)

<http://www.panos.org.uk/?lid=288>

**Abstract:** Poverty and lack of access to healthcare are closely linked. Today, a third of the world's population has no means of obtaining essential medicines; a figure that rises to half in the poorest countries of Africa and Asia. Under the World Trade Organization, legislation on drug patenting is being implemented by its 144 member countries as part of the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) agreement. This report examines the pros and cons of the TRIPS agreement for the developing world, outlining different ways of ensuring access to essential drugs for all, including the poorest.

## **25. FOSTER, S. D.**

Improving the Supply and Use of Essential Drugs in Sub-Saharan Africa

Washington: World Bank, 1990.- 38p.

(Policy, research, and external affairs working papers, WPS 456)

<http://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/456.html>

**Abstract:** Few people in sub - Saharan Africa have access to essential drugs. And where drugs are available, they are inequitably distributed and improperly used. Shortages of drugs in Africa are caused not only by lack of funds, although in many countries this is the major reason. Poor utilization and wastage of drugs in public and private sectors are also responsible and can be improved; and the wastage of available foreign exchange can be reduced. While the private sector has a role to play, it is important to be realistic about its ability to serve the whole population and about the quality of the service it provides. Producing local drugs would need to be evaluated in a realistic manner taking account of individual country circumstances. Specific measures to improve selection, quantification, procurement, storage and distribution, and prescription and use of drugs have been implemented in a number of African countries, resulting in significant improvements in the availability of drugs.

## **26. GOVINDARAJ, Ramesh, REICH, Michael R. and COHEN, Jillian C**

World Bank Pharmaceuticals

Washington: The World Bank, September 2000. - 42 p.

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 32040)

ISBN 1-932126-30-9

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/03/000265513\\_20040603124203/Rendered/PDF/288760Govindar1Pharmacuetical1whole.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/03/000265513_20040603124203/Rendered/PDF/288760Govindar1Pharmacuetical1whole.pdf)

**Abstract:** Pharmaceuticals have a major impact on health, on government and household spending, and on health systems. Despite the fundamental role of pharmaceuticals, there remains a profound gap between the benefit which pharmaceuticals have to offer and the reality that for millions of people -- particularly poor and disadvantaged people -- medicines are unavailable, unaffordable, unsafe or improperly used. This World Bank Pharmaceuticals Discussion Paper provides a pragmatic analysis of some of the causes for this gap and strategic directions to help close this gap. The strategic directions outlined in this Pharmaceuticals Discussion Paper complement and reinforce the objectives outlined in the WHO Medicines Strategy: 2000-2003 (World Health Organization, Geneva, 2000, WHO/EDM/2000.1). The WHO strategy describes specific objectives, expected outcomes, and progress indicators in the areas of drug policy, access to essential drugs, quality and safety, and rational use of medicines. Both the World Bank and the WHO initiatives rest on a fundamental commitment to work with governments, on governmental organizations, the private sector, professional bodies, and other key actors to help strengthen the pharmaceutical sector and its ability to contribute to improved health outcomes.. The current burden of disease falling on the two billion people living on less than one dollar per day undermines both individual well-being and collective economic development. Much of this burden of disease can be reduced by securing the availability, affordability, and rational use of essential drugs of assured quality. Yet this aim can not be achieved by governments alone, by individual multilateral organizations working alone, or by any other individual organization. It can only be achieved when committed governments and local organizations are supported by clear, consistency, and mutually compatible approaches by agencies such as the World Bank, WHO, UNICEF, others in the UN family, bilateral donors, and the broader development community. This discussion paper provides an important contribution to this process.

**27. GRACE, Cheri**

Leveraging the Private Sector for Public Health Objectives: a Briefing Paper for DFID on Technology Transfer in the Pharmaceuticals Sector

September 2004, 42p

<http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/dfidtechtransfer.pdf>

**Abstract:** This briefing paper documents a variety of technology transfer experiences in the pharmaceutical sector and analyses the motivations behind the agreements.

**28. GUIMIER, Jean-Marc ; LEE, Evan ; GRUPPER, Michel**

Processes and Issues for Improving Access to Medicines: The Evidence Base for Domestic Production and Greater Access to Medicines

London: DFID Health Systems Resource Centre, September 2004.-100 p

<http://www.dfidhealthsrc.org/publications/atm/Guimier.pdf>

**Abstract:** This study extrapolates empirical cost data from African firms to consider the conditions under which a hypothetical local production facility in Africa would be feasible and profitable, while at the same time, able to promote better access to affordable, quality medicines for consumers.

**29. HAMANI ABDOU, Idrissa**

Les médicaments de la rue à Niamey

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie soutenue le 25 juin 2005 à Bamako

[http://www.remed.org/these\\_idrissa.pdf](http://www.remed.org/these_idrissa.pdf)

**30. HAMEL, Vincent**

La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé"

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2006 à Clermont-Ferrand (Faculté de pharmacie de Lyon)

[http://www.remed.org/THESE\\_V\\_Hamel.pdf](http://www.remed.org/THESE_V_Hamel.pdf)

**31. HANEFELD, Johanna**

Patent Rights vs Patient Rights: Intellectual Property, Pharmaceutical Companies and Access to Treatment for People Living with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa

*Feminist Review*, No. 72, Drugs, 2002, p.84-92

**32. HARDON Anita; DAVEY, Sheila; GERRITS, Trudie; HODGKIN, Catherine; IRUNDE, Henry; KGATLWANE, Joyce; KINSMAN, John; NAKIYEMBA, Alice; LAING, Richard**

From access to adherence: the challenges of antiretroviral treatment Studies from Botswana, Tanzania and Uganda

Geneva: World Health Organization, 2006.- 320p.

ISBN 92 4 156328 1 / ISBN 978 92 4 156328 4

<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s13400e/s13400e.pdf>

**33. HARDON Anita; HODGKIN, Catherine; FRESLE, Daphne**

How to Investigate the Use of Medicines by Consumers

Geneva: World Health Organization, 2004.- 88 p.

[http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/Manual1\\_HowtoInvestigate.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/Manual1_HowtoInvestigate.pdf)

### 34. HELALI, A.

Le bon usage des médicaments,

*Revue Médecine Tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.619-622

[http://www.remed.org/619-622\\_-\\_ur\\_-\\_helali.pdf](http://www.remed.org/619-622_-_ur_-_helali.pdf)

**Résumé** • Tout le monde parle du mauvais usage des médicaments, mais chacun des protagonistes lui donne sa propre explication. Le politique en parle pour dire qu'il y a du gaspillage de médicaments et du budget de l'Etat. Le citoyen pour dire que le médecin prescrit plus qu'il n'en faut pour soigner ses malades et les rend par conséquent, responsables d'une partie des pertes financières qui pèsent sur leur budget familial. Le médecin donne une autre explication et pense que l'on veut réduire sa liberté de prescription et de jugement devant son malade. Le pharmacien qui reçoit son client à l'officine n'a pas d'opinion à porter sur un sujet qui regarde plutôt le médecin. Il est donc difficile de mettre d'accord tout ce monde à travers une telle cacophonie, si bien que chacun préfère garder pour lui ses explications sur les causes et les solutions à donner au problème et du coup, rien ne se fait. Néanmoins, les gouvernements au premier degré et les organisations professionnelles et internationales au second degré, doivent remplir leurs obligations envers les populations pour que les médicaments soient administrés en conformité avec les besoins des malades, pour qu'ils soient efficaces, avec une bonne innocuité, un bon coût et prescrits de surcroît en adéquation avec les états physiques des patients puis les dispenser de manière sécurisée. Voilà tout un programme qui vaut la peine d'être entrepris, mais il ne trouve pas malheureusement beaucoup de preneurs pour l'instant.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** Every body speaks about inappropriate use of medicines and each one gives his own explanation. Politicians are telling about the waste of medicines and the money of their national budget. Citizens are saying that the physicians prescribe more than necessary for treatment and blame them as one part of the financial burden weighting on their family budget. Physicians give different explanation and think that the rational use of medicines is a sort of pressure to limit their freedom to prescribe what it seems to them necessary and better for their patients. Pharmacists dispensing medicines consider the prescription as a physician's prerogative and prefer to stay neutral in this debate. Within this large range of opinions, it is difficult to find general consensus, so that every body take care to not declare his proper opinion about the subject, the causes and the adequate solutions. Finally no changes take place in this issue. However, neither the government as responsible for the citizen's health, nor the health professionals and international organisations, are facing their complete obligations toward the populations by ensuring to them that the medicines are administered according to the health need of the patients, efficacious and safe, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lower cost, and be secured against misuse by the pharmacist before the delivery to the patients. This is a worthwhile programme, but unfortunately without designate takers or promoters until now.

### 35. KAPLAN, Warren; LAING, Richard

Local Production of Pharmaceuticals: Industrial Policy and Access to Medicines.

An Overview of Key Concepts, Issues and Opportunities for Future Research

Washington: The World Bank, January 2005. - 54 p.

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 32036)

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341\\_20050414083224/Rendered/PDF/320360KaplanLocalProductionFinal.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341_20050414083224/Rendered/PDF/320360KaplanLocalProductionFinal.pdf)

**Abstract:** Local production of pharmaceuticals in developing countries may be seen as helping to stimulate industrial policy and/or as stimulating pharmaceutical access to needed medicines. However, if a developing country with manufacturing facilities is able to finish off bulk active ingredients sourced from developed or other countries at high costs, such manufacture may have no impact whatever on patient access to needed medicines. There has been some critical thinking in the past regarding whether or not small developing countries should make their own pharmaceuticals, but no recent comprehensive summary of the issues and policy options. This paper summarizes the issues surrounding local production from a policy and public health viewpoint. It provides four brief country-level case studies, and reviews the evidence supporting the industrial policy assumptions underlying the goal of local production. In brief, in many parts of the world, producing medicines domestically makes little economic sense. If many countries begin local production, the result may be less access to medicines, since economies of scale may be lost if there are production facilities in many countries. The document concludes by providing a research agenda specifically designed to test assumptions about local production of pharmaceuticals.



**36. KOKU, Agbkoje Tokepomawu**

Les médicaments essentiels génériques au Togo : évaluation de l'accessibilité dans les structures de soins publics, thèse pour l'obtention du grade de docteur en pharmacie, Lomé, 2005.

[http://www.remed.org/these\\_togo\\_05.pdf](http://www.remed.org/these_togo_05.pdf)

**37. LANOSZKA, Anna**

The Global Politics of Intellectual Property Rights and Pharmaceutical Drug Policies in Developing Countries

*International Political Science Review / Revue internationale de science politique*, Vol. 24, No. 2, The Politics of Health Policies / La politique des politiques de santé, Apr. 2003, p.181-197

**Abstract:** One of the major characteristics of the emerging international economic order is the treatment of intellectual property rights (IPRs). Developing country Members are very concerned about the impact that the World Trade Organization (WTO) Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) will have on their economies. Of particular concern are those aspects of the Agreement that relate to the issue of access to new pharmaceutical inventions. TRIPS emphasizes a property rights approach whereby private "owners" of the inventions can restrict access on the basis of commercial considerations. As a consequence, higher prices for pharmaceuticals and other healthcare inventions can prevent low-income consumers in developing countries from obtaining life-saving medications and equipment. It is true, of course, that exploitative business practices are possible only to the extent that monopoly positions are tolerated. Many developing countries, however, lack the necessary financial resources and have not yet developed appropriate competition rules to deal effectively with the challenges presented by the TRIPS Agreement.

\*\*\*/\*\*

**Résumé :** Une des principales caractéristiques du nouvel ordre économique mondial a trait au statut réservé aux droits de la propriété intellectuelle. Les membres des pays en voie de développement sont très concernés par les effets que l'accord conclu dans le cadre de l'OMC sur la propriété intellectuelle (le TRIPS: Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) peut avoir sur leur économie. Ils sont particulièrement concernés par les dispositions de l'accord relatives à l'accès aux nouvelles inventions pharmaceutiques. Cet accord privilégie une conception des droits de propriété permettant aux "propriétaires" privés des inventions d'en limiter l'accès en fonction de considérations commerciales. En conséquence, dans les pays en voie de développement, les prix élevés des nouveautés pharmaceutiques et médicales peuvent en interdire l'accès à des consommateurs à bas revenus, alors qu'il s'agit de médicaments ou d'équipements vitaux. Il est vrai que ces pratiques commerciales, tendant à l'exploitation, ne sont possibles que dans la mesure où des positions de monopole sont tolérées. Cependant, beaucoup de pays en voie de développement ne jouissent pas des ressources financières et n'ont pas encore développé les règles de concurrence qui leur permettraient de relever le défi lancé par l'accord sur la propriété intellectuelle.

**38. LEGRIS, Candice**

La détection des médicaments contrefaits par investigation de leur authenticité - Etude pilote sur le marché pharmaceutique illicite de Côte d'Ivoire

Mémoire du diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée et thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, soutenu à la faculté de Nancy le 16 décembre 2005

[http://www.remed.org/these\\_legris](http://www.remed.org/these_legris)

**39. MACHURON, Lucie**

Les partenariats public-privé dans le domaine de la santé - Exemple de l'évaluation de deux programmes de donation de médicaments par les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de la prise en charge thérapeutique du sida : cas de la Névirapine et du Fluconazole en Afrique subsaharienne", étude de Master 2, Cerdi, Clermont-Ferrand, mars 2008

[http://www.remed.org/parteneriatpublicprive\\_sida.pdf](http://www.remed.org/parteneriatpublicprive_sida.pdf)

#### 40. MATRAVES, Catherine

Market Structure, R&D and Advertising in the Pharmaceutical Industry  
*The Journal of Industrial Economics*, Vol. 47, No. 2, Jun.1999, p.169-194

**Abstract:** Recent developments in the literature on market structure have allowed the generation of a few key testable predictions from the theory of strategic behaviour. The seminal model considers one simple but general relationship, that between market structure and market size, focusing on the competitive roles of endogenous sunk costs in the form of advertising and/or research and development (RD). Evidence presented in this case study, building on earlier econometric work, shows that such endogenous sunk costs do play a crucial role in the formation of market structure in the global pharmaceutical industry.

Source: JSTOR

#### 41. MILLOT, G.

Le médicament essentiel en Afrique : pour une vision globale,  
*Revue médecine tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.558-564  
[http://www.remed.org/558-564\\_-\\_pn\\_-\\_millet.pdf](http://www.remed.org/558-564_-_pn_-_millet.pdf)

**Résumé :** L'apparition des programmes d'appui à l'approvisionnement des ARV, des antipaludiques (ACT) et des antituberculeux a amplifié le phénomène d'évaluation des Centrales d'achats nationales de médicaments essentiels. Certaines centrales ont été ensuite tenues à l'écart, l'approvisionnement ayant été confié à des agences de l'ONU, décision qui soulève le problème du renforcement des capacités locales et de la pérennisation des systèmes nationaux d'approvisionnement. L'ACAME (Association des centrales d'achats africaines de médicaments essentiels), soutenue par le Ministère français des Affaires étrangères, vise à améliorer la performance des centrales d'achats nationales. Son programme s'articule autour de la formation pluridisciplinaire de ses membres, de la favorisation des échanges d'expériences, de la mise en commun du travail, notamment pour sa politique progressive d'achats, qui passe par l'étape indispensable de la sélection commune des fournisseurs. La création de la FIAM / UNITAID représente une lueur d'espoir pour un financement pérenne et une facilitation des approvisionnements délicats (ARV de deuxième ligne et formes pédiatriques, ACT), à laquelle les centrales souhaitent être associées. La focalisation des partenaires sur l'approvisionnement tend à reléguer au second plan les autres aspects conditionnant l'usage rationnel du médicament. On constate en effet des dérives au niveau de l'application effective du système de recouvrement des coûts et du mécanisme de tarification des médicaments en périphérie. La prescription de médicaments génériques et leur disponibilité dans les hôpitaux posent toujours problème, notamment auprès des malades en consultation externe ou des malades chroniques. Les infrastructures de stockage périphériques nécessiteraient une réhabilitation pour maintenir une stabilité des produits pharmaceutiques acquis désormais dans des conditions d'assurance de qualité rigoureuses. La présence d'un marché illicite développé et dangereux demanderait un engagement ferme des autorités et une coordination intersectorielle renforcée.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** Establishment of programs to assist procurement of antiretroviral (ARV), antimalarials (ACT) and antituberculosis drugs led to careful evaluation of the performance of national central medical stores purchasing essential medicines. Substandard central medical stores were excluded from support programs and procurement was carried out under the responsibility of UN agencies. This situation underscores the need to develop local competencies and to consolidate national procurement infrastructures. The Association of Central Medical Stores for Essential Drugs (French acronym, CAME) with the support of the French Cooperation Agency is working to improve the performance of national central medical stores. The main components of CAME's program are multidisciplinary training for members, exchange of experience and consolidation of work tasks, notably for its progressive purchase policy, that must be based on consensus selection of suppliers. The creation of FIAM/UNITAID offers a glimmer of hope for sustained financing and for ensuring delicate supplies (second line and pediatric ARV, ACT) with which Central Medical Stores wish to be associated. Focus on supply tends to overshadow other issues affecting rational use of medications. Indeed deviations can be found in effective application of cost recovery and in the pricing mechanism for peripheral medications. Prescription of generic drugs and their availability in hospitals is still a problem notably for outpatients and patients with chronic illnesses. Outlying storage facilities need to be upgraded to ensure that pharmaceutical products acquired according strict quality assurance requirements remain stable. The presence of a thriving and dangerous illicit market will require stronger action from national authorities and better coordination between sectors.

**42. MILSTIEN, Julie B., BATSON, Amie, WERTHEIMER, Albert I.**

Vaccines and Drugs: Characteristics of Their Use to Meet Public Health Goals

Washington: The World Bank, March 2005. - 40p.

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 32040)

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341\\_20050414151834/Rendered/PDF/320400MilstienVaccinesDrugsFinal.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341_20050414151834/Rendered/PDF/320400MilstienVaccinesDrugsFinal.pdf)

**Abstract:** The major characteristics of vaccines and drugs are reviewed and contrasted in seven key areas: research and development, the market, supply sources, regulation, procurement, financing, and access. The comparison helps to identify areas where access could be enhanced. These conclusions are drawn: (1) while public investment in R&D has been more frequent for vaccines than for drugs, it has normally covered only a fraction of R&D costs. Concerted action is needed to stimulate development of innovative public health products, with public-private partnerships being a way to stimulate work towards a specific goal. (2) Drugs and vaccines face different market conditions that affect the ability to forecast demand. While for drugs, use depends on individual willingness to pay; the vaccine market depends on government willingness to pay, based on epidemiological justification for use of a product. (3) The supply landscape differs for drugs and vaccines, with fewer vaccine manufacturers. This limits competition, compared to the case of generic drug products. Strict control of the supply chain for vaccines minimizes leakage, and makes differential pricing easier to implement. (4) A joint approach to the regulatory process for drugs and vaccines will have benefits, especially as their regulation is normally controlled by a single agency within a country. Risk-benefit assessments by the US FDA do not consider global implications, creating a need for capacity to do risk-benefit assessments in developing countries. (5) Similar procurement principles could be applied to the prequalification process for drugs and vaccines. (6) Societies often undervalue prevention in health care, which impacts vaccine prices and financing. (7) Activities that enhance access to drugs will also enhance vaccine access, although the relative importance of different factors inhibiting access may differ. Both differentials pricing as well as compulsory licensing may be considered.

**43. MORRIS, Julian; STEVENS, Philip**

Counterfeit medicines in less developed countries

London: The International Policy Network, 2006.-9p.

[http://www.fightingdiseases.org/pdf/ipn\\_counterfeit.pdf](http://www.fightingdiseases.org/pdf/ipn_counterfeit.pdf)

**Abstract:** Much of the debate surrounding counterfeit medicines to date has focused on how to prevent them seeping into the supply chains of developed-country markets. The majority of counterfeit medicines originate in Less Developed Countries (LDCs), including most of those that end up in the US and EU. Steps should be taken to change the incentives faced by counterfeiters in LDCs to participate in the production and trade of counterfeit pharmaceuticals.

**44. OLSON, Mary K.**

Pharmaceutical Policy Change and the Safety of New Drugs

*Journal of Law and Economics*, Vol. 45, No. 2, Part 2: The Regulation of Medical Innovation and Pharmaceutical Markets, Oct. 2002, p.615-642

**Abstract:** Policy reforms in the Food and Drug Administration (FDA) have led to substantial increases in the speed of new-drug review. While data show that FDA review times for new drugs have fallen as much as 50 percent, other data show that several new drugs have been withdrawn from the market for safety reasons. This flurry of new-drug withdrawals raises a question. Have increases in the speed of new-drug review had an adverse effect on new-drug safety? This analysis uses adverse drug reaction (ADR) data from the FDA's Spontaneous Reporting System to examine this question. Specifically, ADR counts for newly approved drugs are estimated as a function of drug characteristics, patient characteristics, and regulatory factors (such as the speed of new-drug review) using negative binomial regression analysis. The primary result is that reductions in new-drug review times are associated with increases in both ADRs requiring hospitalization and ADRs resulting in death.



**45. OMS, Genève, Suisse**

**Réseau pharmaceutique œcuménique, Nairobi, Kenya**

L'approvisionnement et la distribution de médicaments par les organisations confessionnelles en Afrique subsaharienne : étude multipays

2006, 116p.

<http://www.who.int/medicines/publications/multicountrystudyfre.pdf>

**46. OMS. Programme d'Action pour les médicaments essentiels, Genève, Suisse**

Le secteur pharmaceutique privé commercial au Sénégal. Dynamique de développement et effets sur l'accès aux médicaments essentiels.

Genève: OMS, 1997.-56 p. -(WHO/DAP/97.3)

<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s2234f/s2234f.pdf>

**47. PAVCNIK, Nina**

Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-Pocket Expenses?

*The RAND Journal of Economics*, Vol. 33, No. 3, autumn 2002, p.469-487

**Abstract:** Despite the importance of patient insurance in the market for prescription pharmaceuticals, little is known about the impact of patient reimbursement on the pricing behavior of pharmaceutical firms. I examine the link between potential patient out-of-pocket expenses and pharmaceutical pricing using a unique policy experiment from Germany. Starting in 1989, a maximum reimbursement for a given medicine replaced a flat prescription fee. This change in reimbursement exposes the patient to the price of a prescribed product. Using a product-level panel dataset covering several therapeutic categories before and after the policy change, I find that producers significantly decrease prices after the change in potential patient out-of-pocket expenses. Price declines are most pronounced for brand-name products. Moreover, branded products that face more generic competitors reduce prices more.

**Source:** JSTOR

**48. PHILIPSON, Tomas J**

The Regulation of Medical Innovation and Pharmaceutical Markets

*Journal of Law and Economics*, Vol. 45, No. 2, Part 2: The Regulation of Medical Innovation and Pharmaceutical Markets, Oct.2002, p.583-586

**49. REMED. Paris**

Les problématiques du médicament dans les pays en développement

*Médecine tropicale*, Vol.66, No.6, déc.2006

<http://www.remed.org/html/articles.html>

**50. REMED. Paris**

Dossier : Le marché pharmaceutique parallèle : quelles réalités? Quelles luttes?

In : *Revue Remed (réseau médicaments et développement)*, No.34, avril 2007

[http://www.remed.org/Composition1\\_J34\\_20p\\_2.pdf](http://www.remed.org/Composition1_J34_20p_2.pdf)

**Résumé :** Dans le contexte du huitième forum pharmaceutique de Lomé et de la prochaine campagne d'affichage organisée par ReMeD et ses partenaires, nous avons choisi de consacrer ce dossier au marché illicite des médicaments en Afrique. De l'analyse des comportements des vendeurs et des populations aux règles d'importation et d'exportation des médicaments en passant par la qualité et les contrefaçons, il offre aux lecteurs un panel très varié d'études et d'analyses.

### 51. REMED. Paris

Dossier : La qualité des médicaments : un fragile équilibre entre coût, risques et assurance  
Revue Remed (réseau médicaments et développement), No.36, Novembre 2007

[http://www.remed.org/Revue\\_ReMeD\\_no36.pdf](http://www.remed.org/Revue_ReMeD_no36.pdf)

**Résumé :** De la fabrication à la distribution, l'assurance-qualité du médicament est un processus difficilement appliqué et contrôlé dans les pays en développement (revue ReMeD n° 22, octobre 1999). Garantir la qualité des produits pharmaceutiques présente un coût réel et fabriquer un médicament de qualité à bas prix relève du défi.

A ce titre, les productions pharmaceutiques de Chine et d'Inde constituent des exemples édifiants. L'expérience de l'Organisation non gouvernementale Médecins sans frontières (MSF) d'audits réalisés dans des sites de production de ces deux pays émergents nous donne des clefs pour comprendre les difficultés de garantir la qualité des médicaments et des conseils empiriques pour y faire face.

Au niveau de l'assurance-qualité dans la distribution des médicaments, la Centrale humanitaire médico-pharmaceutique (CHMP) nous propose une approche pratique et méthodique de gestion des risques liés au fournisseur, au personnel et à l'organisation du travail.

### 52. RIDDE, Valéry

L'initiative de Bamako 15 ans après - un agenda inachevé

Washington: The World Bank, October 2004. - 54 p.

(Health, nutrition and population (HNP) discussion paper series, No. 30378)

[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/12/28/000012009\\_20041228141039/Rendered/PDF/303780HNP0BamakoInitiativeReview.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/12/28/000012009_20041228141039/Rendered/PDF/303780HNP0BamakoInitiativeReview.pdf)

**Abstract:** The Bamako Initiative (BI) was launched following a conference in 1987, on the subject of strategic policies on primary health care, and it is, in and by itself, an innovation supporting the work of the various actors within health systems. Notwithstanding, the changes announced then have not been accomplished by the states, as initially agreed. Furthermore, implementation of such public health policies neither produced the expected results - efficacy vs. equity. The analysis proposed herewith, based on an empirical study regarding health issues in West Africa (including some cases beyond Africa), shows that BI equity has been negligible, and initial interventions were focused only on the efficacy objective. Seemingly, this may hamper public health policies and sanitation reforms. This potential drawback is prevalent, given the many different interpretations on equity issues among current societies. In effect, in order to resume primary health care equity principles, and those of the BI, it is necessary that African countries institutionalize their own policy measures that nongovernmental organizations envisage and plan appropriate social changes based on equity principles, and, that measures to exempt the most vulnerable from health care payments, be accomplished.

### 53. SCHERER, F. M

Pricing, Profits, and Technological Progress in the Pharmaceutical Industry

*The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 7, No. 3, Summer 1993, p.97-115

### 54. SCOTT MORTON, Fiona M.

Entry Decisions in the Generic Pharmaceutical Industry

*The RAND Journal of Economics*, Vol. 30, No. 3, Autumn 1999, p. 421-440

**Abstract:** Data on all generic drug entries in the period 1984-1994 are used to estimate which markets heterogeneous potential entrants will decide to enter. I find that organizational experience predicts entry. Firms tend to enter markets with supply and demand characteristics similar to the firm's existing drugs. Larger revenue markets, markets with more hospital sales, and products that treat chronic conditions attract more entry. The simultaneous nature of entry leads to an additional interpretation: specialization is profitable because of the severe risk to profits when a market is "overentered." However, I am unable to make any conclusions about the efficiency of entry decisions.

### 55. SY, M.D.; SAGNA, C.B. ; MADET, I. ; ROUFF, Y D.

Recouvrement des coûts et renforcement du système de soins primaires de santé dans une communauté rurale de Casamance (Sénégal),

*Revue médecine tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.585-588

<http://www.remed.org/585-588 - pn - sy.pdf>

**Résumé :** L'étude réalisée par deux pharmaciens de Caen et les responsables médicaux de la région de Ziguinchor et Bignona en Casamance montre qu'avec une bonne implication des communautés et une bonne supervision il est possible de faire fonctionner des cases de santé avec un minimum de recouvrement des coûts permettant l'achat des médicaments et une partie des frais de fonctionnement. Des apports supplémentaires sont nécessaires pour les travaux de réhabilitation des locaux et un vrai salaire des divers agents de santé.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** This study was conducted by two pharmacists from Caen, France and two healthcare officials from the region of Ziguinchor and Bignona in Casamance, Senegal. Data showed that with good community awareness and proper supervision a minimum cost recovery policy could be implemented at health posts (cases de santé). This approach enables purchasing of more medicines and lowers.

## 56. THOMAS, Gareth; HORTON, Richard

The bigger access to medicine picture: Life beyond TRIPS. The Lancet  
London: DFID, 2007. 36p.

<http://www.dfidhealthrc.org/publications/atm/06Spi01.pdf>

**Abstract:** This seminar was the first of two seminar days jointly hosted by Gareth Thomas (Parliamentary under Secretary of State, DFID) and Richard Horton (Editor of The Lancet). The objective of the seminars was to generate debate about the policy work actions and support that DFID and others should pursue in relation to Access to Medicines (ATM) over the next ten years. The two-day forum explored, with industry, civil society, and academic and donor expertise, the question "are we doing everything possible to promote access to medicines?"

## 57. TIEFER, Leonore

Sexology and the Pharmaceutical Industry: The Threat of Co-Optation

*The Journal of Sex Research*, Vol. 37, No. 3, Medical Advances and Human Sexuality, Aug. 2000, p.273-283

**Abstract:** In recent years, the pharmaceutical industry has become very interested in sex as a focus for drug development and marketing. Many sexologists have embraced this new trend, particularly because of greatly welcomed research funding and increased professional opportunities. However, this new relationship may be a Faustian bargain, and certainly raises serious ethical, political, theoretical, and research problems which must be openly discussed. This paper examines background elements which have led to this new science-industry rapprochement, discusses research and publication problems which have arisen, analyzes conflicts between the models of sexuality favored by industry and sexology, and offers advice for preventing further erosion of sexology's liberatory mission despite the threats of commercialization.

**Source:** JSTOR

## 58. TURSHEN, Meredith

Reprivatizing Pharmaceutical Supplies in Africa

*Journal of Public Health Policy*, Vol. 22, No. 2, 2001, p. 198-225

**Abstract:** Perhaps no part of the health system is as imperiled by neoliberal economic reforms as the public drug sector. The national bill for pharmaceuticals can claim one-third of a developing country's annual health budget. This article describes the essential drugs program created by WHO in the 1980s to protect financially reduced ministries of health from the high prices charged by multinational pharmaceutical companies. It describes the backlash from the World Bank and UNICEF, which launched the Bamako Initiative and other community financing schemes and revolving drug plans in which individuals, families or community groups buy drugs above the wholesale purchase price; clinics use the proceeds to maintain drug supplies and subsidize other health services. When this plan failed, the Bank proposed outright privatization of drug purchase and supply, returning power to the multinational suppliers. The article ends with a consideration of patents and the new intellectual property rights as they pertain to pharmaceutical production in Africa.

**Source:** JSTOR

### 59. VELASQUEZ, G.

Droits de propriété intellectuelle et droits d'accès aux médicaments,

*Revue Médecine Tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.526-528

<http://www.remed.org/526-528 - sm - velasquez.pdf>

**Résumé :** En 1994, au moment de la création de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), un nouveau traité sur les droits de propriété intellectuelle a été élaboré, l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). En vertu de l'accord, tous les Etats membres de l'OMC sont tenus d'accorder une protection d'au moins 20 ans pour chaque invention portant sur un produit ou un procédé pharmaceutique. Des centaines de brevets sont accordés chaque année pour des produits pharmaceutiques, mais seuls quelques uns concernent des entités moléculaires nouvelles. Il est urgent d'accroître la transparence et l'efficacité du système des brevets applicable aux produits pharmaceutiques, notamment pour les pays en développement qui devraient s'intéresser de plus près à la façon dont les brevets sont examinés et accordés pour éviter que les brevets n'apportant aucune innovation n'aient des effets négatifs en matière d'accès aux médicaments.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** The agreement on trade-related aspects of intellectual property rights (trips) was established in 1994 simultaneously with the founding of the world trade organization (WTO). The TRIPS agreement requires all WTO member states to grant patent protection for pharmaceutical products or processes for a period of at least 20 years. However only a few of the hundreds of pharmaceutical products patented every year involve new molecules. It is increasingly urgent to enhance the transparency and efficiency of the patenting process for pharmaceutical products. It is especially important for developing countries to increase scrutiny of how patents are processed and granted. This is necessary to prevent the detrimental effects of patenting of non-innovative products on access to medicines.

### 60. VIDEAU, J.-Y

La qualité des médicaments dans les pays les plus défavorisés

*Revue médecine tropicale*, vol. 66, n°6, déc. 2006, p.533-537

<http://www.remed.org/533-537 - sm - videau.pdf>

**Résumé :** Les pays du tiers-monde compte tenu de la détérioration de leur situation économique et de leur difficulté à faire respecter les réglementations pharmaceutiques et douanières existantes, se trouvent de plus en plus confrontés aux problèmes de contrefaçons et de malfaçons. Dans les zones urbaines, la multiplication des marchés illicites de médicaments facilite la circulation de produits de qualité douteuse et d'origine incertaine à destination des populations les plus désavantagées qui n'ont pas les moyens financiers d'accéder aux médicaments de qualité des circuits pharmaceutiques privés. Des politiques pharmaceutiques nationales rendant les médicaments essentiels génériques accessibles financièrement et géographiquement à la majorité de la population devraient permettre d'améliorer cette situation. Toutefois, seul un système d'approvisionnement et de distribution rationnel et rigoureux basé sur le respect des procédures d'assurance qualité tout au long de la chaîne pharmaceutique peut permettre d'offrir aux patients des produits de santé présentant toutes les garanties de qualité, d'efficacité et de sécurité.

\*\*\*/\*\*

**Abstract:** Due to worsening economic conditions and poor enforcement of existing pharmaceutical and customs regulations, third world countries are faced with a growing threat from counterfeit and substandard medicines. With the expansion of illicit markets in urban areas, the sales of medicines of uncertain quality and origin are increasing. Most victims of this illicit trade are among the world's poorest populations that cannot afford to buy quality drugs through private-sector distribution channels. National pharmaceutical programs promoting universal access to essential generic medicines at reasonable cost are the key to curbing this problem. A system based on strict, rational pharmaceutical purchasing and distribution policies with quality assurance at every level of the supply chain is needed to guarantee that patients receive safe effective high quality healthcare products.

### 61. WHO, Geneva, Switzerland

Pharmaceuticals and the Internet: Drug Regulatory Authorities' Perspective

24–25 September 2001, Copenhagen, Denmark

World Health Organization, 2001.- 78 p. (NLN Publication Number 56)

<http://www.who.int/medicinedocs/pdf/h2960e/h2960e.pdf>

**62. ZIO, Sandrine**

Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les PED  
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie soutenue le 7 octobre 2005 à Lyon  
[http://www.remed.org/these\\_zio.pdf](http://www.remed.org/these_zio.pdf)

**63. ZITO, Julie Magno**

Efforts to Better Understand Pharmaceutical Use, Costs, and Outcome  
*Medical Care*, Vol. 40, No. 8, Aug. 2002, p.627-629

**Part III: Useful links / liens utiles**

**1. CAMPAIGN FOR FIGHTING DISEASES**

<http://www.fightingdiseases.org/main/index.php>

**2. CJ : Centre d'estudis Cristianisme i Justícia. Fundacio Lluís Espinal**

<http://www.fespinal.com/>

**3. DFID Health Resource Centre**

<http://www.dfidhealthrc.org/publications/>

**4. INTERNATIONAL POLICY NETWORK**

<http://www.policynetwork.net/main/index.php>

**5. PANOS INSTITUTE**

<http://www.panos.org.uk>

**6. REMED (Réseau Médicaments et développement)**

<http://www.remed.org>

**7. WORLD BANK**

<http://www-wds.worldbank.org/>

**8. WORLD HEALTH ORGANIZATION**

<http://www.who.int/medicinedocs/>  
<http://www.who.int/medicinedocs/en/cl/CL2.1/clmd,20.gz.html>

**9. WTO TRIPS**

The WTO website's gateway to TRIPS:

[http://www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/trips\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm)

TRIPS, pharmaceuticals and public health:

[http://www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/pharmpatent\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/pharmpatent_e.htm)

**Annexes: Announcement / Annonce**

CODESRIA

Institute on Health, Politics and Society in Africa

Theme: **Africa and the Global Pharmaceutical Industry**

Date: 06 – 31 October, 2008

Venue: Dakar, Senegal

**Call for Applications for the 2008 Session**

The Council for the Development of Social Science Research in Africa (CODESRIA) was established in 1973 as an initiative of African scholars for the promotion of multidisciplinary research that extends the frontiers of knowledge production in and about Africa, and also responds to the challenges of African development. Within the broad framework of the mandate defined for the Council in its Charter, various research and training programmes have been developed over the years for the purpose both of mobilising the African scholarly community and responding to its needs. The Council also has a robust publications programme which has earned it a reputation as one of the leading academic publishers in Africa. Its training programmes are particularly targeted at younger, mid-career scholars whose need for support in advancing their reflections on conceptual and methodological questions was at the origin of the initiation by the Council of a number of annual thematic institutes. At present, CODESRIA runs annual Governance, Gender, Humanities, and Child and Youth Studies institutes; similar programmatic initiatives are under consideration for other fields of research in which the Council is engaged.

As part of on-going programme innovation and expansion, the Council in 2004 launched an institute on Health, Politics and Society in Africa in a bid to promote an enhanced interest in multidisciplinary health research among African scholars. The initiative flowed from the CODESRIA Strategic Plan 2002 - 2006 which has placed a considerable emphasis on the promotion of social science approaches to health studies in Africa and a structured dialogue between the Social Sciences and the Health/Biomedical Sciences. The initiative has also become imperative at a time when the African continent is faced with one of the most severe health crises in its history. Most symbolic of this crisis is the HIV/AIDS pandemic which has been ravaging the continent for sometime now even as such diseases as malaria continue to take a heavy toll while tuberculosis and polio, once under control, are enjoying a resurgence. The HIV/AIDS pandemic itself came to the fore in the context of a generalised weakening of the health structures and processes of African countries, as well as the decline in the average health and nutritional status of Africans, the latter speaking directly to the increased levels of personal and household impoverishment on the continent. At the root of the decline in the health status of Africans are such factors as the prolonged economic crises which African countries have faced in the period since the early 1980s, the inappropriate adjustment measures prescribed by the International Financial Institutions (IFIs) for containing the crises but which exacerbated the problems that were already being experienced in the health sector, and the massive brain drain from the sector.

**Objectives:**

The main objectives of the Institute on Health, Politics and Society are to:

1. Encourage the emergence and sustenance of a networked community of younger African scholars in the field of health research;
2. Promote methodological and conceptual innovations in research on African health questions through the application of enhanced social science and humanistic approaches;

3. Encourage a structured dialogue between the Social Sciences/Humanities and the Health/Biomedical Sciences as part of the quest for a holistic approach to understanding health, politics and society in Africa; and
4. Promote the sharing of experiences among researchers, activists and policy makers drawn from different disciplines, methodological/conceptual orientations, and geographical experiences on a common theme over an extended period of time.

**Organisation:**

The activities of all CODESRIA institutes centre on presentations made by resident researchers, visiting resource persons, and the participants whose applications for admission as laureates are successful. The sessions are led by a scientific director who, with the help of invited resource persons, ensures that the laureates are exposed to the range of research and policy issues generated by or arising from the theme of the Institute for which they are responsible. Open discussions drawing on books and articles relevant to the theme of a particular institute or a specific topic within the theme are also encouraged. Each of the participants selected to participate in any of the Council’s institutes as a laureate is required to prepare a research paper to be presented during the course of the particular institute they attend. Laureates are expected to draw on the insights which they gain from the Institute in which they participate to produce a revised version of their research papers for consideration for publication by CODESRIA. For each institute, the CODESRIA Documentation and Information Centre (CODICE) prepare a comprehensive bibliography on the theme of the year. Access is also facilitated to a number of documentation centres in and around Dakar.

**The 2008 Session: Africa and the Global Pharmaceutical Industry**

African countries attained independence in the 1960s on the basis of a broad social contract between the nationalists who inherited state power from the colonial authorities and the general populace whose support was instrumental to the success of the independence struggle. At the centre of the contract was a commitment by the nationalists to an across-the-board improvement in the lives and well-being of the populace in ways which also overcame the discriminatory restrictions that underpinned colonial social policy and opened new opportunities for social advancement. The health and educational sectors occupied a pride of place in the early investments which post-colonial governments made in the social sectors; overall, those sectors witnessed an all-round expansion in the period up to the end of the 1970s. As it pertains specifically to the health sector, the primary accent was placed on developing the infrastructure for the provision of “modern” medicine to the bulk of the populace. From the primary health centres that were created to the bigger, mostly urban-based general hospitals and specialist medical centres, the expansion of the “modern” health sector was treated as a tangible goal of independence to which public investments were poured. At the same time, attention was given to the training of health personnel – nurses, midwives and doctors – both locally and abroad to staff the medical establishments which governments set up. Efforts were also made to promote local medical research – mainly through university-based medical schools – and support the development of a domestic industry – initially of an import-substituting nature - in the medical sector.

For the period up to the middle of the 1980s, most of the public medical centres that were established functioned relatively well: They were well-provisioned in most senses, including the drugs and personnel they needed to render services to the citizenry. Governmental financial subventions to meet their operational expenses were also regular even if not always sufficient. In turn, public medical establishments generally enjoyed the confidence of the public and were often the first choice of most patients on account of the quality of their



services and the equipment at the disposal of their staff members. In several countries, investments were also made in the local production of basic provisions and equipment. This picture was, however, to begin to change rapidly from the mid-1980s onwards when, in the wake of the economic crises which African countries one after the other began to undergo, the health sector suffered severe setbacks from which it still has not fully recovered. Apart from the severe cut-backs in the budgetary allocations by governments under severe pressure to balance their budget, the sector was to witness a mass exodus of qualified personnel on account of a variety of factors. The brain drain from the public health sector was fuelled by the sharp deterioration of the physical infrastructure and equipment base of most health institutions; the severe shortages of drugs and other supplies that became a way of life; the deterioration in the remuneration of public health staff; and overall environment of work that discouraged professional excellence. As if the exodus of staff was not enough, governments were also to carry out retrenchment exercises as part of their public sector reform programmes crafted within the framework of IMF/World Bank structural adjustment. The adjustment framework also became the platform through which so-called cost-sharing/cost recovery policies were introduced from the 1980s onwards, policies which, taken with the deterioration in the public health system, acted as a disincentive for continued popular access to and use of the services of the public health institutions. Furthermore, the adjustment context contributed to the demise of local medical laboratories and factories as part of a generalised experience of de-industrialisation witnessed on the continent.

The full depth of the crises of public health provisioning experienced in Africa has been brought out in sharp relief by the activities and interventions of the global pharmaceutical companies that seat atop the international production and supply chain for medicines and related health services. Indeed, through the global and local strategies of the companies, it is possible to develop a political economy of the crises of the African health system in all its dimensions and inter-connectedness. During the course of the last two and half decades, both as a result of new possibilities opened by contemporary processes of globalisation and as a defensive mechanism that has, itself, become part and parcel of the globalisation of corporate activities, the international industry in the production, distribution and consumption of medicines underwent a structural recomposition that is evidenced, in part, by major acquisitions and mergers. This process of recomposition has resulted in the emergence of a group of major international pharmaceutical companies such as GlaxoSmithKline, Bristol-Meyers-Squib, Pfizer, Hoffmann-LaRoche, Johnson & Johnson, Merck & Co., AstraZaneca, Abbott Laboratory, Novartis, and Sanofi-Aventis, among others, exercising an undisputed global dominance. Their dominance spans the area of pharmaceutical research and experimentation, product development and innovation, production systems, product packaging, distribution and marketing, and the shaping of patterns of consumption. They mobilise local and external support to protect their advantages through the intellectual property rights and patents that they obtain and guard jealously. Their enhanced global and sectoral reach is reckoned to be as significant as their connections to local and international policy and political institutions, including inter-governmental agencies and organisations like the World Health Organisation, the World Bank and the World Trade Organisation. Indeed, radical critics suggest that the firms collectively constitute a cartel that drives global and local health policies. In the face of the power projected by the pharmaceutical majors and the influence which they are able to mobilise, most African health systems are, perhaps unsurprisingly given their crises, easily vulnerable to the pressures which they exert in order to secure their interests.

Participants in the 2008 session of the CODESRIA Institute on Health, Politics and Society will be encouraged to explore the various dimensions of contemporary global pharmaceutical industry and the way in which it impacts on the African health system in general and its capacity to respond to the health needs of the peoples of the continent in particular. Experience registered in different African countries and anecdotal evidence available points to various dimensions of the impact of the activities and practices of the pharmaceutical majors on African health systems. At one level, there are legitimate questions which have arisen about the making of public health policy in contemporary Africa and the power/influence exerted over the relevant policy processes and structures by the global pharmaceutical industry. At issue is the question of who the dominant forces are behind the public health policy choices made in Africa and what the interests they represent are. At another level, the dumping of pharmaceutical products on African markets, sometimes packaged as aid or humanitarian assistance, has had detrimental effects on the local pharmaceutical industry in some countries. Furthermore, the major pharmaceutical players have engaged in pricing policies which have contributed in no small measure to straining the health budgets of African countries and diminished the affordability of drugs by patients and other consumers of medical products. This has, in turn, pushed many African's into a search for alternative methods for meeting their health needs, including faith healing and the revival of indigenous medicine. It has also opened a window for a flourishing market in fake medical products that take a daily toll in lives lost.

The strain placed on the health budgets of African countries by the pricing policies of the leading pharmaceutical conglomerates has not been mitigated by the transfer-pricing techniques employed by the companies through the intra-firm trade that goes on between them and their subsidiaries established in key African countries. Additionally, various ethical questions have emerged from the pilot experiments undertaken by some of the firms, with the basic approaches which they employ when they try out drugs for the treatment of diseases such as tuberculosis, HIV/AIDS, and malaria being questionable. Also, under the guise of the huge outlays they make on research and the protections that are offered to them by internationally-agreed rules on intellectual property rights and patents, they spare no effort to discourage the production of local generic drugs. The experience of South Africa in its quest to procure generic drugs for treating HIV/AIDS is salutary in this regard. As part of the effort they have deployed to discourage generics in Africa, the pharmaceutical majors have supported campaigns aimed at discrediting the drugs – which are much cheaper in price terms – as fakes that are both ineffective and damaging. Amidst orchestrated publicity and fanfare, the big firms have also occasionally offered price reductions on essential drugs in order to reduce the pressure mounted on them over the huge costs involved in procuring their products. South Africa has also been a leading example of African countries where the global pharmaceutical majors have attempted to build and project corporate social responsibility and participants in the Institute will be encouraged to weigh the significance of the corporate responsibility measures they have pursued on the continent.

The drug regulatory agencies in many African countries are largely under-staffed, inadequately financed and poorly equipped. In consequence, they are mostly not very well-placed to perform their duties of establishing and enforcing standards of behaviour among the firms operating in their jurisdiction. Indeed, in some cases, the pharmaceutical majors offer them equipment, funding and other forms of support to carry out their statutory functions, calling their independence into question. Links are also forged by the pharmaceutical majors with African health professionals as much for the purpose of securing a competitive edge over their rivals as for anything else. Such is the power of the firms and the extent of their reach

that they have also joined not only in the pillage of Africa’s indigenous medicines but also taken out patents on local herbal remedies used in the treatment of common diseases. Furthermore, they have established a strong foothold in the growing global industry in wellness and well-being. Indeed, it has been suggested that the big pharmaceutical firms have taken a frontline role in the “invention” of diseases and of treatments for them, doing so by feeding into a momentum that characterises as illness, conditions which may not in fact require elaborate medical diagnosis and treatment. The range and variety of research and policy issues associated with the role of the global pharmaceutical industry in the functioning – and dysfunctionalities – of African health systems, and the consequences of their activities for the health and well-being of the peoples of the continent are numerous, and various multidisciplinary entry points are required for the achievement of a holistic understanding. Prospective participants in the Institute are invited to address themselves to these different entry points and other related aspects of research on health system governance in Africa.

### **The Director**

For every session of its various institutes, CODESRIA appoints an external scholar with a proven track-record of quality work to provide intellectual leadership. Directors are senior scholars known for their expertise on the topic of the year and for the originality of their thinking on it. They are recruited on the basis of a proposal which they submit and which contains a detailed course outline covering methodological issues and approaches; the key concepts integral to an understanding of the object of a particular Institute and the specific theme that will be focused upon; a thorough review of the state of the literature designed to expose laureates to different theoretical and empirical currents; a presentation on various sub-themes, case-studies and comparative examples relevant to the theme of the particular Institute they are applying to lead; and possible policy questions that are worth keeping in mind during the entire research process. Candidates for the position of Director should also note that if their application is successful, they will be asked to:

- participate in the selection of laureates;
- identify resource-persons to help lead discussions and debates;
- design the course for the session, including the specification of sub-themes;
- deliver a set of lectures and provide a critique of the papers presented by the resource persons and the laureates;
- submit a written scientific report on the session.

In addition, the Director is expected to (co-)edit the revised versions of the papers presented by the resource persons with a view to submitting them for publication in one of CODESRIA’s collections. The Director also assists CODESRIA in assessing the papers presented by laureates for publication as a special issue of Africa Development or as monographs.

### **Resource Persons**

Lectures to be delivered at the Institute are intended to offer laureates an opportunity to advance their reflections on the theme of the programme and on their own research topics. Resource Persons are, therefore, senior scholars or scholars in their mid-career who have published extensively on the topic, and who have a significant contribution to make to the debates on it. They will be expected to produce lecture materials which serve as think pieces that stimulate laureates to engage in discussion and debate around the lectures and the general body of literature available on the theme.

One selected, resource persons must:

- submit a copy of their lectures for reproduction and distribution to participants not later than one week before the lecture begins;
- deliver their lectures, participate in debates and comment on the research proposals of the laureates;
- review and submit the revised version of their research papers for consideration for publication by CODESRIA not later than two months following their presentation.

### **Laureates**

Applicants should be African researchers who have completed their university and /or professional training, with a proven capacity to carry out research on the theme of the Institute. Intellectuals active in the policy process and/or in social movements/civic organisations are also encouraged to apply. The number of places offered by CODESRIA at each session of its institutes is limited to fifteen (15) fellowships. Non-African scholars who are able to raise funds for their participation may also apply for a limited number of places.

### **Applications**

Applicants for the position of **Director** should submit:

1. an application letter;
2. a proposal, not more than 15 pages in length, indicating the course outline and showing in what ways the course would be original and responsive to the needs of prospective laureates, specifically focussing on the issues to be covered from the point of view of concepts and methodology, a critical review of the literature, and the range of issues arising from the theme of the Institute;
3. a detailed and up-to-date curriculum vitae; and
4. three writing samples.

Applications for the position of **resource persons** should include:

1. an application letter ;
2. two writing samples ;
3. a curriculum vitae ; and
4. a proposal, not more than five (5) pages in length, outlining the issues to be covered in their proposed lecture.

Applications for **Laureates** should include:

1. an application letter;
2. a letter indicating institutional or organisational affiliation;
3. a curriculum vitae ;
4. a research proposal (two copies and not more than 10 pages), including a descriptive analysis of the work the applicant intends to undertake, an outline of the theoretical interest of the topic chosen by the applicant, and the relationship of the topic to the problematic and concerns of the theme of the 2008 Institute; and
5. two reference letters from scholars and/or researchers known for their competence and expertise in the candidate's research area (geographic and disciplinary), including their names, addresses and telephone, e-mail, fax numbers.

An independent committee composed of outstanding African social scientists will select the candidates to be admitted to the institute.

The **deadline** for the submission of applications is set for **14 July, 2008**. The Institute will be held in Dakar, Senegal in **October 2008**. All applications or requests for further information should be addressed to:

**CODESRIA Institute on Health, Politics and Society in Africa**

Avenue Cheikh Anta Diop x Canal IV

BP 3304, CP 18524,

Dakar, Senegal

Tel.: (221) 33 825 98 21/22/23

Fax: (221) 33 824 12 89

E-mail: [health.institute@codesria.sn](mailto:health.institute@codesria.sn)

Website: <http://www.codesria.org>

## **CODESRIA**

Institut sur santé, politiques et société en Afrique

Thème: **L'Afrique et l'industrie pharmaceutique mondiale**

Date: 06 – 31 octobre 2008

Lieu: **Dakar, Sénégal**

### **Appel à Candidatures 2008**

Le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) a été créé en 1973 comme une initiative de chercheurs africains pour la promotion de la recherche multidisciplinaire qui repousse les frontières de la production de connaissances sur l'Afrique et en Afrique, et qui répond aux défis posés au développement africain. Dans le cadre général de son mandat défini par la Charte, divers programmes de recherche et de formation ont été développés durant ces dernières années dans le but de mobiliser et de répondre aux besoins de la communauté des chercheurs africains. Le Conseil conduit également un solide programme de publications qui fait de lui l'un des premiers éditeurs académiques en Afrique. Ses programmes de formation, qui visent particulièrement les jeunes chercheurs et ceux en milieu de carrière qui ont besoin de soutien pour progresser dans leurs réflexions sur des questions conceptuelles et méthodologiques, ont été à l'origine de l'organisation de nombreux instituts thématiques annuels. Actuellement, le CODESRIA organise des instituts annuels sur la gouvernance, le genre, les humanités, et les études sur l'enfance et la jeunesse.

Le Conseil a décidé de lancer un institut sur Santé, politiques et société en Afrique dans le but de promouvoir l'intérêt des chercheurs africains pour la recherche multidisciplinaire sur la santé. Cette initiative est partie intégrante du plan stratégique du CODESRIA qui met un accent particulier sur la promotion de l'approche sciences sociales des études sur la santé en Afrique et d'un dialogue structuré entre les sciences sociales et les sciences biomédicales. Cette initiative est également devenue essentielle à un moment où le continent africain est confronté à l'une des plus sévères crises sanitaires de son histoire. L'exemple le plus patent de cette crise est la pandémie du VIH/SIDA qui sévit sur le continent depuis plusieurs années, pendant que certaines maladies comme le paludisme continuent à faire des ravages et que la tuberculose et la poliomyélite, après avoir été sous contrôle, connaissent une résurgence. La pandémie du VIH/SIDA est apparue dans un contexte de faiblesse généralisée des infrastructures de santé dans les pays africains, et de dégradation de l'état de santé et nutritionnel des Africains, conséquence de l'appauvrissement des personnes et des ménages sur le continent. À l'origine du déclin de l'état de santé des Africains se trouvent des facteurs comme les crises économiques prolongées que connaissent les pays africains depuis le début des années 1980, les mesures inappropriées d'ajustement prescrites par les Institutions financières internationales (IFI) pour contenir ces crises, et qui n'ont fait qu'exacerber les problèmes qui existaient déjà dans le secteur de la santé, et la fuite massive des cerveaux de ce secteur.

### **Objectifs**

Les principaux objectifs de l'Institut sur santé, politiques et société sont :

1. encourager l'émergence et le maintien d'un réseau de jeunes chercheurs africains dans le domaine de la recherche sur la santé ;
2. promouvoir les innovations conceptuelles et méthodologiques dans la recherche sur la santé en Afrique à travers l'application d'une meilleure approche des sciences sociales ;

3. encourager un dialogue structuré entre les sciences sociales et les sciences sanitaires / biomédicales en tant que condition d'une approche globale à la compréhension de la relation santé, politiques et société en Afrique et,
4. promouvoir l'échange d'expériences entre les chercheurs, les activistes et les décideurs politiques de disciplines, d'orientations méthodologiques / conceptuelles, et d'expériences géographiques diverses.

### **Organisation**

Les activités des instituts du CODESRIA sont organisées autour des présentations des chercheurs résidents, des personnes ressources invitées et des lauréats. Les sessions sont dirigées par un directeur scientifique qui, avec l'aide des personnes ressources invitées, doit s'assurer que les lauréats sont soumis à une variété de questions de recherche et de politique en relation avec le thème de l'institut. Des discussions sur des ouvrages, des articles ou sur des sujets spécifiques du thème de l'Institut sont également encouragées. Chacun des participants doit préparer une proposition de recherche qui sera présentée pendant l'Institut. Les lauréats doivent tirer des enseignements de leur participation à l'Institut, et produire une version révisée de leurs propositions de recherche qui sera publiée par le CODESRIA. Pour chacun des instituts, le Centre de documentation et d'information du CODESRIA (CODICE) prépare une bibliographie exhaustive sur le thème. Les chercheurs auront également accès à un certain nombre de centres de documentation à Dakar.

### **La session 2008: L'Afrique et l'industrie pharmaceutique mondiale**

Les pays africains ont obtenu l'indépendance dans les années 1960 sur la base d'un large contrat social entre les nationalistes qui ont hérité du pouvoir colonial et les populations dont le soutien a été déterminant. Au centre de ce contrat social il y avait l'engagement des nationalistes à une amélioration générale des vies et du bien-être des populations qui atténuent les restrictions discriminatoires de la politique sociale coloniale et qui ouvrent de nouvelles opportunités d'avancement social. Les secteurs de l'éducation et de la santé occupent une place de choix dans les premiers investissements des gouvernements postcoloniaux ; en général, ces secteurs ont connu une expansion dans la période jusqu'à la fin des années 1970. Quant au secteur de la santé, l'accent premier a été placé sur le développement des infrastructures de la médecine « moderne » destinée à la majorité de la population. Des premiers centres de santé créés aux plus grands hôpitaux et centres médicaux spécialisés surtout en milieu urbain, l'expansion du secteur de santé « moderne » était considérée comme un objectif tangible d'indépendance et les investissements publics affluaient. Au même moment, une attention particulière était portée à la formation des personnels de santé – infirmiers, sages-femmes et médecins – à la fois localement et à l'étranger pour fournir les établissements médicaux mis en place par les gouvernements. Des efforts étaient également faits pour promouvoir la recherche médicale locale –principalement à travers les écoles de médecine basées dans les universités- et soutenir le développement d'une industrie domestique – initialement comme substitut aux produits importés- dans le secteur médical.

Jusqu'au milieu des années 80, la plupart des centres médicaux publics ont bien fonctionné. Ils étaient bien approvisionnés en médicaments et en personnel. Les subventions gouvernementales servant à leur fonctionnement étaient également régulières même si elles s'avéraient insuffisantes. Par conséquent, les établissements publics de santé avaient la confiance du public et étaient souvent le premier choix de la plupart des patients à cause de la qualité de leurs services et des équipements à la disposition du personnel. Cette situation allait, néanmoins, changer rapidement dès le milieu des années 1980, à la suite des crises économiques que traversaient les pays africains, l'un après l'autre ; le secteur de la santé a

subi des revers desquels il ne s'est pas remis. En plus des réductions drastiques dans l'allocation de fonds par les gouvernements, le secteur allait connaître un exode massif de son personnel qualifié du fait de différents facteurs. La fuite des cerveaux du secteur de la santé publique était alimentée par la détérioration des infrastructures physiques et des équipements dans la plupart des institutions de santé, les pénuries sévères de médicaments et autres fournitures, la baisse des rémunérations du personnel de santé public et la détérioration de l'environnement de travail qui décourageaient l'excellence professionnelle. Comme si l'exode du personnel ne suffisait pas, les gouvernements devaient également, dans le cadre des réformes mises en œuvre dans les politiques d'ajustement structurel de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international, se retirer de certains secteurs. Le cadre de l'ajustement devint également la plateforme à travers laquelle des politiques de soi-disant partage de coûts étaient mises en place dès 1980, politiques qui, associées à la détérioration du système de santé publique, ont fini par décourager l'accès populaire aux institutions de santé publique et à leurs services. De plus, le contexte d'ajustement contribua à la disparition des laboratoires et usines pharmaceutiques locales dans une désindustrialisation généralisée du continent.

L'étendue de la crise de l'offre de santé publique en Afrique est mise en relief par les activités et les interventions des compagnies pharmaceutiques mondiales qui sont au bout de la chaîne internationale de production et d'approvisionnement de médicaments et de services de santé annexes. Assurément, à travers les stratégies mondiales et locales de ces compagnies, il est possible de développer une économie politique des crises du système de santé africain dans toutes ses dimensions et ses interconnexions. Pendant les deux décennies et demie, à la fois comme résultat de nouvelles possibilités offertes par les processus contemporains de mondialisation et comme mécanisme défensif qui est devenue partie intégrale de la mondialisation ; l'industrie internationale a subi une recomposition structurelle dans la production, la distribution et la consommation de médicaments, recomposition mise en évidence, en partie, par les acquisitions et les fusions. Ce processus de recomposition a créé l'émergence d'un groupe de compagnies pharmaceutiques internationales majeures telles que GlaxoSmithKline, Bristol-Meyers-Squib, Pfizer, Hoffmann-LaRoche, Johnson & Johnson, Merck & Co., AstraZaneca, Abbott Laboratory, Novartis, and Sanofi-Aventis, entre autres, exerçant une domination mondiale indiscutée. Leur domination couvre le secteur de la recherche et de l'expérimentation pharmaceutique, le développement de produits et l'innovation, les systèmes de production, l'emballage, la distribution et le marketing, et elles modèlent les schémas de consommation. Elles mobilisent des soutiens locaux et externes pour protéger leurs avantages à travers des droits de propriété intellectuelle et des brevets qu'ils obtiennent et gardent jalousement. Leur couverture mondiale et sectorielle est, paraît-il, aussi importante que leurs connexions aux institutions politiques locales et internationales, y compris les agences et organisations inter-gouvernementales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale du Commerce. Des critiques radicales suggèrent même que ces firmes collectivement constituent un cartel qui dirige les politiques de santé mondiales et nationales. Face au pouvoir des grands de l'industrie pharmaceutique et l'influence qu'ils sont capables de mobiliser, la plupart des systèmes de santé africains sont, peut être à cause des crises qu'ils traversent, facilement vulnérables aux pressions exercées pour sauvegarder les intérêts des firmes pharmaceutiques.

Les participants à l'Institut 2008 sur Santé, Politiques et Société seront encouragés à explorer les différentes dimensions de l'industrie pharmaceutique mondiale contemporaine et leur impact sur les systèmes de santé africains en général et sa capacité à répondre aux besoins de santé des peuples du continent en particulier. L'expérience enregistrée dans différents pays africains et les preuves anecdotiques disponibles pointent vers les différentes dimensions de



l'impact des activités et pratiques des grands groupes pharmaceutiques sur les systèmes de santé africains. A un niveau, il y a des questions légitimes sur la formation d'une politique de santé publique en Afrique contemporaine et le pouvoir/l'influence sur ces processus et structures politiques par l'industrie pharmaceutique mondiale. La question est qui sont les forces dominantes derrière les choix de politiques de santé publique faits en Afrique et quels sont les intérêts qu'ils représentent. A un autre niveau, le « dumping » de produits pharmaceutiques sur les marchés africains, quelquefois emballés comme aide ou assistance humanitaire, a eu des effets néfastes sur l'industrie pharmaceutique locale dans certains pays. De plus, les acteurs pharmaceutiques majeurs sont engagés dans une politique de prix qui ont contribué à réduire le budget de santé des pays africains et diminué l'accès aux médicaments des patients et autres consommateurs de produits pharmaceutiques. Ceci a, à son tour, poussé nombre d'africains à rechercher des méthodes alternatives pour satisfaire leurs besoins de santé, y compris la guérison par la foi et la médecine indigène. Cela a également ouvert des opportunités à un marché florissant de faux produits médicaux qui coûtent quotidiennement des vies.

La pression sur les budgets de santé des pays africains par les politiques de prix des conglomérats pharmaceutiques n'est pas amoindrie par les techniques de transfert et de prix utilisées par les compagnies à travers le commerce entre firmes et avec leurs succursales installées dans les pays africains clés. De plus, de nombreuses questions éthiques ont surgi des expériences pilotes entreprises par certaines firmes, avec les approches fondamentales douteuses qu'elles utilisent pour essayer des traitements à des maladies telles que la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme. Egalement, sous le prétexte des grandes dépenses qu'elles font dans la recherche et les protections qui leur sont offertes par des règles internationalement acceptées sur les droits de propriété intellectuelle et les brevets, elles ne ménagent aucun effort pour décourager la production de médicaments génériques locaux. L'expérience de l'Afrique du Sud dans sa recherche de médicaments génériques pour traiter le VIH/SIDA est salubre de ce point de vue. Pour décourager les génériques – qui sont moins chers- en Afrique, les grands groupes pharmaceutiques ont soutenu des campagnes destinées à les discréditer et les traiter de faux, à la fois inefficaces et nuisibles. Dans la publicité orchestrée, les grands groupes ont souvent offert des réductions de prix sur des médicaments essentiels afin de réduire la pression contre eux sur les coûts exorbitants de leurs produits. L'Afrique du Sud est un exemple de pays africains où les grands groupes pharmaceutiques ont tenté de construire et projeter une responsabilité sociale d'entreprise. Les participants à l'Institut seront encouragés à mesurer la signification des responsabilités d'entreprises mises en œuvre sur le continent.

Les agences de régulation pharmaceutique dans plusieurs pays africains sont sous-équipées en ressources humaines et en matériel et sous-financées. En conséquence, elles ne sont pas bien placées pour effectuer le travail, établir et renforcer des standards de comportement des firmes opérant dans leur juridiction. Dans certains cas, les grands groupes pharmaceutiques leur offrent des équipements, des fonds et d'autres formes de soutien pour effectuer leurs fonctions statutaires, ce qui remet en cause leur indépendance. Des liens sont tissés par les grands groupes pharmaceutiques avec les professionnels africains de la santé à la fois dans le but de s'assurer une avance compétitive sur leurs rivaux. Tel est le pouvoir des firmes et l'étendu de leur pouvoir qu'ils se sont joints au pillage des médicaments indigènes africains mais également acquis des brevets sur les plantes médicinales locales utilisées dans le traitement de maladies communes. De plus, ils ont pris une avance sérieuse dans l'industrie mondiale grandissante du bien-être. Il est suggéré que les grandes compagnies pharmaceutiques ont même un rôle d'avant-garde dans l'«invention» de maladies et de leurs traitements, en

utilisant un aspect caractérisé de maladie, mais qui ne devrait même pas nécessiter un diagnostic médical et un traitement élaboré. La variété des recherches et des politiques associées au rôle de l'industrie pharmaceutique mondiale dans le fonctionnement – et les disfonctionnements- des systèmes de santé africain, et les conséquences de leurs activités sur la santé et le bien-être des populations de notre continent sont nombreuses, et divers points d'entrée disciplinaires sont nécessaires pour atteindre une compréhension holistique. Les participants à l'Institut sont invités à aborder ces différents points d'entrée et autres aspects de recherche sur la gestion du système de santé en Afrique.

### **Le Directeur**

Pour chaque session, le CODESRIA nomme un directeur externe, pour diriger l'Institut. Les Directeurs sont des scientifiques de haut niveau réputés pour leur connaissance du thème de l'année, et pour l'originalité de leur point de vue sur la question. Ils sont recrutés sur la base d'une proposition et d'un plan de cours couvrant les questions et approches méthodologiques, les concepts clés essentiels à la compréhension du sujet de l'Institut et le thème spécifique à étudier, une revue de la littérature complète élaborée pour exposer les lauréats aux différents courants théoriques et empiriques, une présentation avec divers sous-thèmes, études de cas et exemples comparatifs pertinents et des questions de politiques qui mériteraient d'être gardées à l'esprit pendant toute la durée du processus de recherche. Les candidats au poste de directeur doivent également :

- participer à la sélection des lauréats;
- identifier les personnes ressources qui aideront à diriger les discussions et les débats ;
- concevoir les cours de la session, y compris la spécification des sous-thèmes ;
- faire une série de conférences et évaluer les papiers présentés par les personnes ressources et les lauréats ;
- soumettre un rapport sur la session.

En outre, le Directeur devra (co-) éditer les versions révisées des articles présentés par les personnes ressources, en vue de les soumettre pour publication dans l'une des collections du CODESRIA. Le Directeur devra également assister le CODESRIA dans la tâche d'évaluation des articles présentés par les lauréats pour publication dans un numéro spécial d'Afrique et Développement ou sous forme de monographie.

### **Les personnes ressources**

Les cours dispensés pendant l'Institut devraient permettre aux lauréats d'approfondir leurs réflexions sur le thème du programme et sur leur propre sujet de recherche. Les personnes ressources sont, par conséquent, des chercheurs confirmés ou en milieu de carrière qui ont beaucoup publié sur le sujet, et qui ont une contribution importante à apporter aux débats. Ils doivent fournir des documents de cours qui serviront de sujet de réflexion pour pousser les lauréats à engager une discussion autour des cours et de la littérature générale disponible sur le thème.

Les personnes ressources doivent :

1. déposer une copie de leurs cours pour reproduction et distribution aux participants une semaine avant le début de la session ;
2. dispenser leurs cours, participer aux débats et commenter les propositions de recherche des lauréats ;
3. revoir et soumettre la version révisée de leurs documents de recherche pour publication par le CODESRIA au plus tard deux mois après leur présentation.

### **Les lauréats**

Les candidats doivent être des chercheurs africains ayant terminé leur formation universitaire et/ou professionnelle, avec une capacité prouvée de faire de la recherche sur le thème de l'Institut. Les intellectuels actifs dans le processus politique et/ou dans les mouvements sociaux/organisations civiques sont aussi encouragés à faire acte de candidature. Le nombre de places offertes par le CODESRIA pour chaque session des instituts est limité à quinze (15). Les chercheurs non africains capables de trouver les fonds nécessaires à leur participation peuvent également faire acte de candidature pour un nombre limité de places.

### **Candidatures**

#### **Directeur**

1. une demande de candidature ;
2. une proposition de quinze pages au plus, décrivant les questions qui seront couvertes dans le cours proposé et démontrant l'originalité du cours et en quoi il répond aux besoins des lauréats, en mettant particulièrement l'accent sur les questions relatives aux concepts et à la méthodologie, en procédant à une revue critique de la littérature, et en traitant des points soulevés par le thème de l'institut ;
3. un curriculum vitae détaillé et actualisé, et
4. trois publications.

#### **Personnes ressources**

1. une demande de candidature ;
2. deux publications ;
3. un curriculum vitae ; et
4. une proposition de cinq pages au plus, décrivant les questions qui seront couvertes dans le cours proposé.

#### **Lauréats**

1. une demande de candidature ;
2. une lettre indiquant l'affiliation institutionnelle ;
3. un curriculum vitae ;
4. une proposition (deux copies de dix pages au plus), comprenant une analyse descriptive du travail que le candidat veut entreprendre, un résumé de l'intérêt théorique du thème choisi, et la relation du sujet et de la problématique et l'intérêt du thème de l'Institut 2008 ; et,
5. deux lettres de référence de chercheurs connus pour leur compétence et leur expertise dans le domaine (géographique et scientifique) de recherche du candidat, avec leurs noms, adresses et téléphone, fax et e-mail.

Un comité indépendant composé d'éminents chercheurs africains en sciences sociales procédera à la sélection des candidats.

La date limite de soumission des candidatures est fixée au **14 juillet 2008**. L'institut se tiendra à Dakar, Sénégal, en **octobre 2008**.

Toutes les candidatures et questions devront être adressées à:

#### **CODESRIA Institut sur santé, politiques et société en Afrique**

Avenue Cheikh Anta Diop x Canal IV

BP : 3304, CP : 18524

Dakar, Sénégal

Tel.: (221) 825 98 21/22/23 ; Fax: (221) 824 12 89

E-mail: [health.institute@codesria.sn](mailto:health.institute@codesria.sn) ; <http://www.codesria.org>