

Le discours sur les faux médicaments : maintenir la domination du marché pharmaceutique au temps de la libéralisation de la distribution

Commentaire

*Carine Baxerres**

À travers son article, M. Quet s'intéresse à un phénomène relativement peu étudié en sciences sociales, celui de la contrefaçon des médicaments, plus généralement présenté depuis 2009 sur la scène internationale francophone comme celui des « faux médicaments » (Baxerres, 2014). Il l'étudie sous l'angle de la sociologie des controverses et met en évidence comment les initiatives de plusieurs catégories d'acteurs menées ces dernières années autour de ce phénomène font la promotion d'une « sécurisation » du marché global du médicament. L'auteur définit in fine la sécurisation non comme un simple mécanisme de renforcement de la sécurité entourant la consommation de produits mais comme un ensemble de choix qui relèvent de mécanismes de pouvoir et impliquent des économies (des modes de production, de distribution et de consommation). Son

* Carine Baxerres, anthropologue, IRD MERIT (UMR216), PRES Sorbonne Paris Cité, Université Paris-Descartes, CERPAGE, Cotonou Bénin ; Résidence « Les Cocotiers », 08 BP 841, Cotonou, République du Bénin ; carine.baxerres@ird.fr

analyse associe étroitement les initiatives menées autour des questions de contrefaçon et de faux médicaments aux politiques et actions menées en faveur du droit à la propriété intellectuelle dans le domaine du médicament.

À la lumière des travaux que je mène depuis plusieurs années sur la question du marché du médicament en Afrique de l'Ouest, cette contribution propose un éclairage quelque peu différent mais tout à fait complémentaire sur ces phénomènes. Dans un premier temps, je vais souligner comment ce que je qualifie de discours dominant sur les contrefaçons pharmaceutiques et les faux médicaments, au-delà des droits de propriété intellectuelle et quand la question des brevets ne se pose plus, influence effectivement la circulation et la consommation des médicaments. Dans un deuxième temps, je vais montrer que, de mon point de vue, la sécurisation dont il est question porte sur les produits et sur leur circulation mais pas sur les modes de distribution pharmaceutique. Enfin, je proposerai une piste de recherche sur ces questions à travers l'étude empirique des multiples productions pharmaceutiques actuelles.

Le discours sur la contrefaçon, un autre outil pour contraindre le marché

Ma recherche de doctorat, qui portait initialement sur le marché informel du médicament au Bénin et dont j'avais élargi le sujet à la question des offres et des usages du médicament dans ce pays (Baxerres, 2010), m'avait poussée à concevoir la problématique de la contrefaçon comme une autre manière, au côté des législations internationales sur les brevets, pour les firmes pharmaceutiques d'origine occidentale et les acteurs politiques les soutenant, de faire face au contexte concurrentiel global à l'œuvre dans le champ de la production pharmaceutique depuis le milieu des années 1970 et l'émergence d'une industrie pharmaceutique « hors occident ». Ainsi, à la différence de l'analyse de M. Quet, il me semble que la contrefaçon pharmaceutique et les faux médicaments constituent un levier supplémentaire (et non équivalent à celui de la propriété intellectuelle) pour tenter de contraindre le marché global du médicament. Bien que cela aille dans le même sens, la distinction est importante car cet autre levier suppose d'autres mécanismes de fonctionnement, à l'œuvre dans d'autres sphères et auprès d'autres acteurs.

À la différence des droits de propriété intellectuelle qui s'appliquent aux producteurs de médicaments et en appellent aux compétences des agences de régulation pharmaceutique nationales et internationales, la contrefaçon pharmaceutique et les faux médicaments, dont les définitions sont (parfois volontairement) floues et non consensuelles, permettent d'impliquer les distributeurs, y compris détaillants, et les consommateurs. Cela est d'autant plus important que ce levier est actif sur l'ensemble des médicaments tombés dans le domaine public depuis longtemps et pour lesquels la question des brevets ne se pose plus ou de manière marginale.

Le discours dominant sur la contrefaçon et les faux médicaments, que M. Quet a étudié à travers les corpus d'articles de presse et de déclarations institutionnelles, introduit des soupçons extrêmement actifs dans l'esprit des distributeurs, détaillants et grossistes, mais également des consommateurs, vis-à-vis des médicaments fabriqués « hors occident » et, pour ce qui est de l'Afrique de l'Ouest, majoritairement en Inde et en Chine mais également dans les pays d'Afrique eux-mêmes. Ainsi, au Bénin, les centrales d'achat et les transitaires qu'utilisent les grossistes privés sont tous situés en Europe, ce que les acteurs justifient par les garanties de qualité que présenteraient les médicaments distribués par ces intermédiaires (Baxerres, 2014). Dans les faits, cette garantie est incertaine en raison des lacunes que connaît la législation de l'exportation de plusieurs pays européens (Galloux, 2013). Au Ghana, pays anglophone dont la législation pharmaceutique n'impose pas aux distributeurs, à la différence des pays francophones, de proposer l'essentiel des produits autorisés dans le pays, le discours dominant sur la contrefaçon peut influencer les produits distribués dans les pharmacies et les drugstores dont les dirigeants choisissent les produits qu'ils vendent.

Ce discours a également un impact fort sur les perceptions que les consommateurs ont des médicaments. Les produits fabriqués par des firmes d'origine occidentale bénéficient sans conteste d'une perception populaire positive au Bénin et au Ghana et sont associés par les individus à une qualité supérieure. On décèle aisément, dans le discours des individus, des catégories de médicaments qui associent provenance des produits et perception de leur qualité. Il est largement question par exemple au Bénin des « médicaments français » et au Ghana des « UK products », comme étant les meilleurs produits disponibles sur le marché, ce qu'attesterait d'ailleurs leur prix largement supérieur à celui des autres

produits (1). Bien que cela n'écarte pas du marché les autres firmes, cela renforce la dialectique « provenance–qualité–prix » à l'œuvre dans le champ du médicament et permet de maintenir sinon la domination, au moins la forte part de marché que représentent les firmes d'origine occidentale dans ces pays.

Ainsi, comme l'analyse M. Quet, la mise en exergue de la question des contrefaçons produit effectivement des circulations et des flux spécifiques de médicaments au sein desquels les marques ont leur importance. Cependant, de mon point de vue, ce phénomène est actif au-delà de la question des brevets et c'est bien en cela qu'il constitue un élément actuellement fort de l'arsenal des promoteurs des firmes pharmaceutiques d'origine occidentale.

Sécurisation de la production et de l'importation mais libéralisation de la distribution

Un autre élément sur lequel je souhaite attirer l'attention porte sur la distribution pharmaceutique en elle-même. Dans son article, M. Quet tend à associer la question de la sécurisation des produits et des circulations avec celle de la sécurisation de la distribution. Il me semble important d'introduire des nuances à ce sujet. En effet, si le médicament est l'un des objets les plus régulés aujourd'hui, cette régulation concerne le produit lui-même, sa production et son importation, autrement dit la qualité des médicaments, le droit de propriété intellectuelle et les Autorisations de mises sur le marché (AMM). Elle ne concerne pas les modes de distribution des médicaments qui, à l'opposé, tendent me semble-t-il à se libéraliser de par le monde.

(1) Ces deux catégories ne sont pas construites sur la provenance effective des produits mais sur les perceptions populaires en cours dans ces pays qui associent globalement les produits des firmes d'origine occidentale (ceux des « big pharma » en somme) à l'ancien pays colonisateur par lequel les produits pharmaceutiques ont été originellement introduits. Ces données préliminaires sont issues d'un programme de recherche en cours (2014-2018) intitulé Globalmed : Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique, financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (MERIT–UMR 216), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Université des Sciences de la Santé du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des étudiants.

Depuis la seconde Guerre mondiale, on constate une prise en compte croissante de critères justifiant la qualité et assurant la surveillance des médicaments. La régulation concernant l'évaluation scientifique des médicaments, à travers la réalisation de recherches cliniques adéquates et bien contrôlées, et la délivrance d'AMM s'est partout considérablement renforcée et organisée (Hauray, 2006). L'extension globale de ces procédures très standardisées est censée assurer ce qu'il est convenu d'appeler l'« evidence based medicine ». Les critères retenus sont la qualité pharmaceutique, l'efficacité thérapeutique et la sécurité. Tout comme la législation internationale sur les brevets pharmaceutiques qui se durcit à partir de la fin des années 1970, le renforcement des régulations concernant la qualité et la surveillance des médicaments n'est pas neutre. La définition des modalités d'AMM par les États, par exemple, permet de contrôler la concurrence entre les industries des différents pays (Hauray, 2006). Ces régulations ont pour conséquence (ou finalité implicite) un contrôle du marché global du médicament par certains pays et certaines firmes pharmaceutiques. Mais, M. Quet l'a justement rappelé, à travers des interactions musclées entre différentes catégories d'acteurs (industriels, étatiques, supranationaux, de la société civile, etc.), ces dynamiques sont le fruit de perpétuelles négociations et ajustements.

Simultanément au renforcement de certaines régulations concernant le médicament, il me semble que l'on constate une libéralisation croissante de ses modes de distribution. Cela demande à être confirmé par des études empiriques rigoureuses, nourries de travaux historiques précis, mais globalement, que ce soit encadré par les législations nationales ou non, une part croissante de médicaments tend à être distribuée dans les circuits ordinaires de commercialisation. Le statut de médicaments « over the counter », reconnu auparavant uniquement dans certains pays (États-Unis, Royaume-Uni, Allemagne, Portugal) tend à se généraliser. Il prévaut dans de nombreux pays dits « émergents » ou « du Sud ». En France, pays emblématique en matière de monopole du pharmacien, depuis juillet 2008, plus de 200 médicaments peuvent être vendus dans les pharmacies « de l'autre côté du comptoir » (2). Ces produits, dont les prix sont libres (non fixés par les autorités publiques comme c'est le cas dans ce pays pour l'essentiel des médicaments) et doivent être affichés dans les pharmacies, sont à présent en libre accès, tout comme les produits de

(2) Il s'agit principalement de médicaments antidouleur, antifatigue, anti-allergique, antitussif, de médicaments contre les maux de gorge, les troubles gastriques, les problèmes dermatologiques ainsi que de substituts nicotiques.

parapharmacie. La distribution de médicaments via Internet, qu'elle soit encadrée par la législation ou non, se développe. En France, depuis juin 2013, les pharmaciens peuvent légalement distribuer des médicaments par ce biais (3). Toujours dans ce pays, le monopole du pharmacien est régulièrement remis en cause. Les grandes surfaces, telles que Leclerc (4), se font de plus en plus pressantes quant à la distribution de certains médicaments. Un récent rapport de l'Inspection générale des Finances tend à souligner la volonté du gouvernement français de réformer le monopole de délivrance par les pharmaciens d'officine des médicaments à prescription médicale facultative. La décision est loin d'être prise et la réaction de l'Ordre des pharmaciens ne s'est pas fait attendre (5) mais il est légitime de se demander si ce monopole va perdurer encore longtemps. Au Bénin, un pharmacien m'a dit récemment à ce sujet « s'ils abandonnent le monopole en France, dès le lendemain cela va se répercuter chez nous » (communication personnelle).

Ainsi, comme l'a d'ailleurs souligné M. Quet, les circuits et les modes de distribution pharmaceutique se complexifient. Les pays d'Afrique de l'Ouest dans lesquels je travaille permettent d'illustrer cette situation. Globalement, à l'échelle du continent, on constate, depuis les années 1970, une multiplication des réseaux et des marchés du médicament, que ceux-ci soient publics, privés ou informels (Kamat et Nyato, 2010 ; Patterson, 2009-10 ; Van der Geest, 1987). Ils sont plus ou moins anciens et bien établis. Certains datent de la colonisation, d'autres se sont tissés plus récemment, sous l'effet de l'ouverture des marchés économiques des pays « émergents » d'Asie et d'Amérique latine. Plus récemment, l'implication d'acteurs transnationaux dans la distribution de médicaments, tels le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, génère de nouveaux réseaux qui se superposent ou se mêlent aux réseaux déjà existants. Ces différents réseaux, les acteurs qui les sous-tendent et leurs sources d'approvisionnement diffèrent suivant les pays et la régulation pharmaceutique en vigueur sur chacun des territoires. Néanmoins, globalement, qu'ils soient formels ou informels, ces acteurs se multiplient. Au Ghana, par exemple, d'après les informations

(3) Voir l'arrêté du 20 juin 2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027592947&dateTexte=&categorieLien=id

(4) Voir à ce sujet le blog de Michel-Edouard Leclerc : <http://www.michel-edouard-leclerc.com/>

(5) Voir <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Reaction-de-l-ONP-a-l-etude-de-l-IGF>

de la Pharmacy Council, agence nationale chargée de sécuriser dans l'intérêt public la pratique de la pharmacie, 256 grossistes, dont certains sont également importateurs et nombre d'entre eux aussi détaillants, sont actuellement en activité. Ils disposent de capitaux d'un montant très variable et gèrent un portefeuille de médicaments de taille très diverse. Les uns distribuent les produits d'une seule firme pharmaceutique tandis que d'autres distribuent les médicaments provenant d'un grand nombre de firmes. Ils sont en concurrence économique les uns vis-à-vis des autres puisque le prix des médicaments est législativement régulé par le marché et la loi de l'offre et de la demande. Ils suscitent à eux seuls de multiples dynamiques économiques et commerciales qui permettent, entre autres choses, de faire baisser le prix des médicaments.

Cette libéralisation de la distribution du médicament favorise globalement l'ensemble de l'industrie pharmaceutique. Elle tend à augmenter la consommation de médicaments, notamment par le biais de l'automédication dont la pratique se développe y compris dans les sociétés occidentales (Buclin et Ammon, 2001) où elle est encouragée par les pouvoirs publics et les organismes de prise en charge des dépenses de santé (Fainzang 2012) (6). Dans ce contexte global, la pratique de la promotion pharmaceutique et les activités des délégués médicaux et autres représentants sont aussi très importantes à prendre en compte. On le voit, les liens sont évidemment ténus entre production, distribution et consommation. Il importe de mieux les caractériser et d'analyser les implications sociétales de ces phénomènes.

Étudier la diversité des firmes pharmaceutiques

Pour aller plus loin sur la question des contrefaçons et des faux médicaments, il me semble important de se pencher à travers des études de terrain, sur les multiples productions pharmaceutiques actuelles.

Suivant plusieurs experts (Newton et al., 2011 ; Prescrire, 2009), la malfaçon (substandard medicines), qui concerne des médicaments provenant de fabricants authentiques mais qui comportent des problèmes de qualité, représenterait un problème de santé publique plus important que la contrefaçon (qui pose la question de la légalité des produits, en lien

(6) Un projet de recherche fort intéressant intitulé *Automed*, Automédication choisie ou subie, financé par l'Agence nationale française de la Recherche et porté par une équipe pluridisciplinaire (sociologie, géographie, médecine générale) dirigée par Véronique Guienne est actuellement en cours dans la région de Nantes.

avec les accords ADPIC de l'OMC) et la fraude pharmaceutique (volonté délibérée de tromper). Ainsi, si l'on se réfère au dynamisme économique et commercial que connaît la distribution du médicament dans certains pays, comme au Ghana, et tenant compte de la vitalité du secteur de la production pharmaceutique de certains pays dits « émergents » – l'Inde compterait près de 270 sociétés pharmaceutiques et environ 3 000 petites industries directement impliquées dans la production pharmaceutique (7) – un vaste champ de recherche s'ouvre pour les sciences sociales. En s'inspirant des travaux conduits sur la distribution pharmaceutique en Afrique de l'Ouest, il s'agirait notamment de réaliser une typologie des firmes pharmaceutiques en fonction de plusieurs critères (taille de la production, nombre de produits fabriqués, montant des capitaux investis, etc.), de mener des études de terrain approfondies auprès de ces différentes catégories d'acteurs et de réfléchir au lien entre l'activité de ces firmes et les analyses théoriques portant sur le (néo)libéralisme économique et politique (Donzelot 2005 ; Wacquant 2012).

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Baxerres C., 2014, *Faux médicaments, de quoi parle-t-on ? Contrefaçons, marché informel, qualité des médicaments... Réflexions à partir d'une étude anthropologique conduite au Bénin*, Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 107, 121-126.

Baxerres C., 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou*, Thèse de doctorat d'anthropologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris, Université Abomey-Calavi du Bénin.

Baxerres C., 2015, *Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique*, In : Egrot M., Desclaux A., eds, *La pharmaceuticalisation au Sud. Anthropologie du médicament à ses marges*, Paris, Éditions de l'IRD, sous presse.

(7) Source : <http://pharmanalyses.fr/wp-content/uploads/2012/08/Inde-March%C3%A9-Pharma-2010-UbiFrance.pdf>. Il importe de souligner ici que les défauts de qualité de médicaments fabriqués par des firmes authentiques sont susceptibles de concerner toutes les industries pharmaceutiques, y compris les multinationales d'origine occidentale (Prescrire, 2011).

Buclin T., Ammon C., 2001, L'automédication, pratique banale, motifs complexes, Genève, Éditions Médecine et Hygiène.

Donzelot J., 2005, Michel Foucault et l'intelligence du libéralisme, Esprit, 319, 60-81.

Fainzang S., 2012, L'automédication ou les mirages de l'autonomie, Paris, PUF.

Galloux J.C., 2013, La contrefaçon de brevet pharmaceutique, In : Fortier C., Moine-Dupuis I., eds, La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale, Paris, LexisNexis, 23-39.

Hauray B., 2006, L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés, Paris, Presses de Sciences Po.

Kamat V.R., Nyato D.J., 2010, Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program, Social Science and Medicine, 71, 3, 626-633.

Newton P.N., Amin A.A., Bird C., et al., 2011, The primacy of public health considerations in defining poor quality medicines, PlosMedicine, 8, 12 : e1001139.

Patterson D., 2009-10, Local borders and global flows: Senegal's illegal pharmaceutical trade, Harvard Africa Policy Journal, 6, 21-32.

Prescrire, 2011, Qualité pharmaceutique : les grandes firmes en défaut aussi, Prescrire, 337, 855.

Prescrire, 2009, Contrefaçons de médicaments : vrais et faux problèmes, Prescrire, 306, 298-303.

Van Der Geest S., 1987, Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon, Social Science and Medicine, 25, 3, 293-305.

Wacquant L., 2012, Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism, Social Anthropology, 20, 1, 66-79.