

Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique

Par Carine Baxerres,
Anthropologue, chargée de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement,
UMR 216 – Mère et enfant face aux infections tropicales
IRD – Université Paris Descartes – CERPAGÉ (Centre d'Étude et de Recherche sur le
Paludisme Associé à la Grossesse et l'Enfance)
08 BP 841, Cotonou, Bénin
carine.baxerres@ird.fr

Depuis le début du XXIème siècle, la question de la contrefaçon pharmaceutique apparaît comme une des problématiques de santé publique majeures à l'échelle de la planète. Que ce soit à travers les médias, les conférences nationales ou internationales de santé publique, les agendas législatifs nationaux ou régionaux ou encore les discours et actions de dirigeants de firmes pharmaceutiques, la contrefaçon de médicaments semble être une préoccupation largement partagée.

C'est au cours des années 1980 que la question des contrefaçons pharmaceutiques émerge sur la scène internationale. Elle est pour la première fois évoquée comme un problème de santé publique en 1985, lors de la conférence organisée à Nairobi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Siva, 2010). Depuis le début des années 2000 – et de manière encore accélérée ces cinq dernières années – la mise en exergue de ce problème est notable. Le 12 octobre 2009, Jacques Chirac lance du Bénin « l'appel de Cotonou » contre les « faux médicaments ». Cet appel intervient en prélude à une campagne de mobilisation par la fondation Chirac des responsables politiques du monde entier « *contre les médicaments falsifiés qui font chaque année des dizaines de milliers de morts* » (AFP, le 12 octobre 2009). L'Union Européenne renforce actuellement sa législation concernant les médicaments « falsifiés ». Le 8 décembre 2010, la convention Medicrime, « *qui criminalise la contrefaçon mais aussi la fabrication et la distribution de produits médicaux mis sur le marché sans autorisation ou en violation des normes de sécurité* », est adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe. Elle est ouverte à la signature le 28 octobre 2011 aux 47 Etats membres du conseil de l'Europe ainsi qu'à des pays non européens tels que ceux du continent africain. Le décret Acta (Anti-Counterfeiting Trade Agreement), négocié depuis plusieurs années par l'Europe avec les principaux pays industrialisés et quelques pays « émergents » ou « du Sud », a été signé fin janvier 2012 à Tokyo par de nombreux pays, dont 22 de l'Union Européenne, avant que sa ratification ne soit suspendue. Chaque année depuis 2008, les opérations Pangea coordonnées entre autres par Interpol et l'Organisation mondiale des douanes contre les « médicaments

contrefaits et illégaux » vendus sur internet, permettent de saisir des millions de comprimés « *illicites et contrefaits* » évalués à plusieurs millions de dollars (Mackey et Liang, 2011)¹. La France, pour sa part, commence à partir de l'année 2004 à prendre sérieusement en compte le problème de la contrefaçon pharmaceutique². A l'automne 2010, le Ministère des affaires étrangères et européennes a décidé de faire de cette question « *une de ses priorités en matière de santé publique internationale* », tel que l'a précisé, lors du colloque intitulé « Le trafic des faux médicaments. Comment le combattre ? » dont il sera question ultérieurement, Thierry Le Lay qui venait d'être nommé pour coordonner la lutte contre les médicaments « falsifiés ». Sur le continent africain également, plusieurs pays de la région Est – le Kenya, l'Ouganda, la Tanzanie, le Rwanda et le Burundi – discutent actuellement de la mise en place de mesures anti-contrefaçons pharmaceutiques (Chatterjee, 2010). Une table ronde sur les « faux médicaments » s'est tenue à Ouagadougou, au Burkina Faso, du 27 au 29 septembre 2011. Portée par l'Union économique et monétaire Ouest Africaine (Uemoa), la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (Cedeao) et l'Organisation Ouest-africaine de la santé (OOAS) et soutenue par la Fondation Chirac, l'OMS et le Ministère français des affaires étrangères, elle avait pour but « *de mettre en place des stratégies de lutte contre la prolifération des médicaments contrefaits* »³. Enfin, depuis 2006, des propositions concrètes pour lutter contre la contrefaçon pharmaceutique sont en cours de réflexion au sein de l'OMS. Cette organisation a tout d'abord contribué à mettre en place le groupe Impact (International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce) et a ensuite décidé, lors de l'Assemblée générale de mai 2010, de constituer un groupe de travail interne portant sur les produits « sous dosés / douteux / mal étiquetés / falsifiés / contrefaits » (substandard / spurious / falsely-labelled / falsified / counterfeit medical products en anglais, soit SSFFC)⁴.

Au-delà des conséquences de santé publique associées à la contrefaçon pharmaceutique, dont nous verrons ultérieurement que bien qu'effectives elles sont très difficilement évaluables, cette mise en exergue actuelle de la question de la contrefaçon étonne lorsque l'on sait qu'elle

¹ Comme dans le reste de ce chapitre, les traductions de l'anglais au français sont de la seule responsabilité de l'auteure. Au sujet des différentes opérations Pangea, se reporter au site internet d'Interpol, consulté en janvier 2014 : <http://www.interpol.int/Crime-areas/Pharmaceutical-crime/Operations/Operation-Pangea>.

² Déclaration d'un agent de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), rebaptisée ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) le 1^{er} mai 2012, lors du colloque intitulé « Contrefaçon de produits de santé : la France victime ? Complaisante ? », dont il sera question ultérieurement.

³ Voir l'article « Lutte contre les faux médicaments - Les acteurs affûtent leurs armes », du quotidien burkinabé *Le Pays*, en date du 28 septembre 2011.

⁴ Impact est aujourd'hui largement porté par l'organisation internationale de police Interpol. Ce groupe était jusqu'à récemment hébergé par l'OMS mais plusieurs membres de cette institution ont exigé que les liens entre l'OMS et Impact soient plus distancés. Sur Impact et le groupe de travail de l'OMS, se référer au site de l'organisation : www.who.int/impact/en/, consulté en septembre 2013.

– et son pendant législatif le droit des brevets industriels – se pose depuis l’origine du médicament pharmaceutique industriel et qu’elle est en quelque sorte inhérente à celui-ci. Avant de revenir en détail ultérieurement sur les définitions données à cette notion, il importe de poser dès à présent qu’une contrefaçon pharmaceutique est la copie frauduleuse d’un médicament sans autorisation et sans respect des droits de propriétés intellectuelles. Lorsque sont apparues en Europe, à la fin du 19^{ème} siècle, les premiers médicaments industriels, c’est l’exclusion de ceux-ci du droit commun des brevets – comme ce fut le cas en France dès 1844⁵ – ou un certain flou juridique en la matière, qui permet à l’industrie pharmaceutique naissante de se constituer solidement (Pignarre, 2003 ; Bonah et Rasmussen, 2005). A cette époque la copie des formules pharmaceutiques nouvelles est licite ou tolérée, la question de la contrefaçon ne se pose donc pas. Il est possible de dupliquer des formules étrangères, ce que l’industrie française naissante ne se gêne pas de faire en copiant notamment celles de la puissante industrie allemande du début du 20^{ème} siècle (Cassier, 2004). Néanmoins, certains fabricants de médicaments – ceux qui étaient à l’origine des innovations – ont très rapidement fait pression pour que les produits soient couverts par le droit de propriété intellectuelle. L’Union des fabricants de France, association qui regroupe actuellement plus de 450 entreprises et fédérations professionnelles, a lutté depuis sa création à la fin du 19^{ème} siècle (1872) pour la protection internationale de la propriété intellectuelle et contre la contrefaçon pharmaceutique⁶. En France, sous la pression des industriels, les médicaments ont finalement réintégré le droit commun des brevets industriels, d’abord progressivement avec le « brevet spécial du médicament » en 1959 puis complètement à partir de 1968 (Cassier, 2004 ; Bonah et Rasmussen, 2005).

Cette question de la contrefaçon pharmaceutique est peu investiguée par les sciences humaines et sociales. On trouve quelques travaux qui portent plus globalement sur le crime, la criminalisation et la criminalité économique selon des perspectives anthropologiques ou de sciences politiques (Schneider et Schneider, 2008 ; Hibou, 2012). Les auteurs s’accordent pour souligner la préoccupation croissante que suscitent ces questions et qu’ils associent au néolibéralisme, entendu comme un ordre non seulement économique mais aussi politique. Ils soulignent l’influence des acteurs politiques dans la définition de ces « problèmes de sociétés » et l’instrumentalisation dont ceux-ci peuvent être l’objet à d’autres fins (contrôle social, enrichissement de certains acteurs, préoccupations électoralistes, mise en place de

⁵ Cette exclusion est basée sur des critiques des professionnels de la santé au nom de l’intérêt général et du droit de la nation à la santé. Ils soulignent le fait que le brevet est un instrument de monopole et un obstacle à la circulation des savoir-faire dans la communauté des praticiens (Bonah et Rasmussen, 2005).

⁶ Pour plus d’informations, se référer à leur site internet, consulté en janvier 2014 : www.unifab.com.

politiques sécuritaires...). Pour le sujet qui nous intéresse, on peut se demander comment la contrefaçon pharmaceutique s'est – ou plutôt a été – construite comme un des problèmes majeurs de santé publique de nos sociétés. Il importe d'analyser les enjeux politiques et économiques qui concourent à la construction sociale de ce problème de société.

C'est à cette tâche que le présent chapitre entend apporter sa contribution. Partant d'une recherche anthropologique réalisée sur la question du marché informel du médicament en Afrique de l'Ouest (Baxerres, 2010), il entend déconstruire le discours porté sur la contrefaçon pharmaceutique – à laquelle le marché informel est systématiquement associé – et souligner quelques-unes des raisons qui expliquent sa mise en exergue actuelle.

Contrefaçon pharmaceutique et marché informel du médicament en Afrique de l'Ouest

Le « marché informel du médicament » est l'expression généralement choisie en anthropologie pour désigner les pratiques de vente et d'achat de médicaments qui se déroulent hors du cadre formel imposé par l'Etat et par le système de santé biomédical qui prévaut dans un pays. Concrètement il s'agit de médicaments qui sont vendus hors des officines, dans les marchés, aux coins des rues, de porte en porte, etc. par des acteurs qui ne disposent pas d'une reconnaissance officielle. Ces pratiques ont lentement émergé dans les pays francophones d'Afrique au cours des années 1950 (Baxerres, 2010). Cependant, il a fallu attendre les années 1980 pour que les anthropologues se saisissent de ce phénomène, stimulés par l'ampleur sans précédent qu'il prend durant cette décennie. Sjaak van der Geest (1982) est le premier à proposer une exploration bibliographique du sujet. D'autres chercheurs africanistes s'y sont ensuite intéressés en tant qu'objet d'étude principal ou connexe (Fassin, 1986 ; Jaffré, 1999 ; Egrot *et al*, 2002 ; Touré, 2005).

A partir du milieu des années 1990, les institutions sanitaires des pays francophones d'Afrique, tous touchés par la question du marché informel, décident de prendre des dispositions préventives et répressives pour lutter contre celui-ci (Maritoux, 1999). Se développe alors progressivement, parmi les acteurs institutionnels (ministères de la santé, ordres des pharmaciens, associations, Organisations non gouvernementales – ONG – et fondations) une opinion radicalement défavorable à ce marché informel. Elle s'articule autour de quelques points parmi lesquels se retrouvent systématiquement les notions de contrefaçon pharmaceutique et de qualité douteuse (sous-dosages, surdosages, absence de principes actifs), voire de toxicité, des médicaments vendus ; ces deux aspects du problème étant constamment associés.

L'ethnographie du marché informel du médicament au Bénin

Dans le cadre de ma recherche doctorale, j'ai étudié le marché informel du médicament au Bénin. A travers une observation participante conduite durant plus de 2 ans (2005-2007) auprès des vendeurs grossistes du marché international de Cotonou, le marché *Dantokpá*⁷, j'ai pu interroger l'assimilation des médicaments qui y sont vendus à la question de la contrefaçon. La confrontation de ces données aux résultats d'une recherche bibliographique et documentaire et l'analyse de deux colloques qui ont eu lieu en France à quatre ans d'intervalle m'ont permis d'en tirer des réflexions sur la question de la contrefaçon pharmaceutique⁸.

Grâce aux données collectées lors de l'ethnographie menée à *Dantokpá*, j'ai défini une typologie des médicaments vendus dans le marché informel. Les caractéristiques des trois types de médicaments distribués (les médicaments « du Nigeria et du Ghana », les médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie » et les médicaments « pharmaquick », se référer à Baxerres et Le Hesran, 2011) et la manière dont les vendeurs se les procurent mettent en évidence des réalités qui invalident l'amalgame récurrent entre ces produits et le phénomène de la contrefaçon pharmaceutique.

Les sources d'approvisionnement des médicaments du marché informel

Une partie des médicaments distribués dans le marché informel provient des circuits formels du Bénin et des pays francophones voisins (Togo, Burkina Faso, Niger) ou plus éloignés (Mali, Sénégal, Cameroun, Gabon, Maroc, etc.). Ils sont pour la plupart achetés auprès des grossistes formels qui acheminent légalement les médicaments dans le pays concerné, par des professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur privé comme public et qui ont l'autorisation d'acheter les médicaments auprès des dits grossistes. Ils les commandent en plus grandes quantités que celles dont ils ont besoin et les revendent via leurs relations au marché, à un prix majoré d'un bénéfice par rapport au coût de leur achat. Le fait qu'un même médicament ne soit pas vendu officiellement au même prix dans les différents pays francophones explique la circulation transfrontalière des produits entre ces pays qui vendent

⁷ Le marché *Dantokpá* est le centre de la vente informelle de médicaments au Bénin. Il abrite un secteur qui est constitué d'environ mille boutiques très bien achalandées et spécialisées dans le médicament pharmaceutique. Pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée lors de cette recherche, se reporter à Baxerres, 2010.

⁸ Il s'agit du colloque intitulé « Contrefaçon de produits de santé : la France victime ? Complaisante ? », organisé le 16 mai 2006 à la faculté de pharmacie de Paris V par l'Inserm, les laboratoires Merck et l'Union des fabricants de France ainsi que du colloque « Le trafic des faux médicaments. Comment le combattre ? », organisé le 15 octobre 2010 place de la bourse à Paris par la Mutualité Française en partenariat avec les Fondations Chirac et Pierre Fabre.

pourtant globalement les mêmes produits, issus des mêmes fabricants et par le biais des mêmes centrales d'achat et transitaires⁹.

L'autre partie des médicaments vendus dans le marché informel béninois provient des circuits formels des pays anglophones voisins, le Nigeria et le Ghana. Ils sont achetés à Lagos et à Accra dans des marchés – respectivement le marché *Idumota* et le marché *Okaishie* – dans lesquels sont installés des grossistes formels qui distribuent des produits autorisés par les agences en charge de la régulation des médicaments dans ces pays, à savoir la Nafdac (National agency for food and drug administration and control) au Nigeria et la *Food and Drugs Board* au Ghana. Un nombre non négligeable de ces médicaments ne sont par contre pas autorisés à la vente dans les circuits pharmaceutiques formels du Bénin. Les sociétés de distribution pharmaceutique installées dans les marchés *Idumota* et *Okaishie* peuvent être à la fois grossistes, semi-grossistes et détaillantes. Les vendeurs informels de *Dantokpa* peuvent ainsi y acheter des produits dont on imagine aisément que les quantités sont négociables.

Ces données de terrain soulignent que la majorité des médicaments vendus dans le marché informel béninois provient des circuits formels de différents pays et qu'ils ont ainsi reçu les Autorisations de mise sur le marché (AMM) ou visas d'enregistrement que ces pays requièrent¹⁰. Par contre, il apparaît qu'il existe des différences notoires en matière d'approvisionnement pharmaceutique entre le Bénin, et plus globalement les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, et le Nigeria et le Ghana, pays anglophones. Les mêmes médicaments n'y sont pas autorisés et donc distribués légalement. Alors que les pays francophones sont aujourd'hui encore très dépendants des pays occidentaux et plus particulièrement de la France (nous y reviendrons en détail ultérieurement), les pays anglophones se sont ouverts depuis les années 1970-80 à des médicaments en provenance des pays « émergents » d'Asie et notamment de l'Inde, de la Chine et de l'Indonésie (Baxerres et Le Hesran, 2011). Ainsi, plus que la contrefaçon pharmaceutique, les questions qui se posent à travers les médicaments vendus dans le marché informel du Bénin concernent

⁹ Ces différentiels de prix entre pays francophones, même proches géographiquement, s'expliquent par des facteurs tels que le volume de produits vendus, les négociations entre les firmes pharmaceutiques et les Ministères de la Santé, le coût du transport, les éventuelles taxes sur les produits, le taux de marge bénéficiaire accordé aux grossistes, les stratégies commerciales de l'industrie pharmaceutique variables d'un pays à l'autre, etc.

¹⁰ Il n'est pas question ici de dire que le marché informel n'est pas confronté à la question de la contrefaçon pharmaceutique. Plus un marché pharmaceutique est soumis à une régulation stricte et applicable, supervisée par des acteurs dotés de compétences et de moyens d'action, moins les risques de circulation de produits frauduleux sont élevés. Ce n'est à l'évidence pas le cas du marché informel qui n'est soumis à aucune régulation officielle. Toutefois, les données présentées ici montrent que si des copies frauduleuses de médicaments sans autorisation et sans respect des droits de propriété intellectuelle intègrent le marché informel, elles ne constituent pas, loin de là, la majorité des médicaments qui y sont distribués.

l'hétérogénéité des procédures d'enregistrement pharmaceutique à l'échelle de l'Afrique de l'Ouest et la commercialisation de produits dans un pays où ils ne sont pas enregistrés officiellement. A ce stade du propos, un éclaircissement sur la définition de la contrefaçon pharmaceutique s'impose.

Déconstruction du discours sur la contrefaçon pharmaceutique

Définition problématique et non-harmonisée de la contrefaçon

Bien que la contrefaçon médicamenteuse soit, dans le sens commun ainsi que dans la définition qu'en donne certains pays, systématiquement associée à la mauvaise qualité des produits, ce terme juridique s'emploie lorsqu'il y a violation des droits de propriété intellectuelle en référence, depuis 1994, aux accords Adpic (Aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce) de l'OMC (Organisation mondiale du commerce) (Legris, 2005 ; Jourdain-Fortier et Moine-Dupuis, 2013)¹¹. Certains Etats, tels que ceux de l'Union Européenne, ne définissent pas aujourd'hui spécifiquement la contrefaçon médicamenteuse¹². D'autres pays, parmi lesquels les Etats-Unis, l'Inde, l'Australie, la Chine, le Pakistan, la Thaïlande et la Russie, ont tenté, chacun, de définir juridiquement la contrefaçon pharmaceutique mais ces textes ne sont pas harmonisés à travers le monde. En 1992, l'OMS donne une définition du médicament contrefait qui n'a toutefois pas de valeur contraignante : *« un médicament contrefait est un médicament qui est délibérément et frauduleusement muni d'une étiquette n'indiquant pas son identité et/ou sa source véritable. Il peut s'agir d'un médicament de marque ou d'un produit générique, et parmi les produits contrefaits, il en est qui contiennent les bons ingrédients ou de mauvais ingrédients, ou bien encore pas de principe actif et il en est d'autres où le principe actif est en quantité insuffisante ou dont le* Candice Legris (2005) met en évidence, dans sa thèse de pharmacie, deux amalgames récurrents contenus dans les différentes définitions juridiques données à la contrefaçon. Le premier associe « médicaments contrefaits » et « détournement de médicaments », autrement dit des médicaments vendus sur un territoire sans autorisation de vente dans celui-ci. C'est le cas, nous l'avons vu, de médicaments autorisés au Ghana et/ou au Nigeria et vendus au Bénin sans avoir été enregistrés au préalable. Le deuxième amalgame associe « médicaments contrefaits » et « malfaçons », soit des médicaments qui proviennent de fabricants

¹¹ Ces accords stipulent la protection d'un produit et de son procédé de fabrication pendant les vingt premières années de son existence, à compter de la date de dépôt du brevet (Cassier, 2004).

¹² En France, la contrefaçon se définit comme l'utilisation, sans le consentement du titulaire des droits, d'un élément de la propriété intellectuelle protégé par le Code de la Propriété Intellectuelle (Loi n°2007-1544 du 29 octobre 2007). Il existe une jurisprudence relative à la contrefaçon de marque de médicaments mais curieusement elle est plutôt favorable au « contrefacteur » (Bonnard, 2013).

authentiques mais qui comportent des problèmes de qualité, c'est-à-dire dont la composition pharmacologique n'est pas conforme avec la composition indiquée sur l'emballage ou sur la notice ainsi qu'avec les descriptions issues de l'une des pharmacopées reconnues internationalement (Gimenez *et al*, 1997).

Le premier de ces amalgames tend à assimiler le problème de la contrefaçon avec celui de litiges en matière de brevets pharmaceutiques et de fabrication de génériques, entre des nations dont les législations en la matière divergent¹³. Le deuxième amalgame mêle à ces questions des notions de mauvaise qualité et de nocivité des produits. Preuve du caractère largement problématique de ces confusions, le groupe Impact, dont il a été question en introduction, a dû clarifier la définition que l'OMS donnait de la contrefaçon pharmaceutique depuis 1992, en y adjoignant un paragraphe supplémentaire : « *Il ne faut pas assimiler les violations de brevets ou les litiges concernant des brevets à la contrefaçon de produits pharmaceutiques. Les produits médicaux (génériques ou de marque) dont la commercialisation n'est pas autorisée dans un pays donné mais l'est ailleurs ne sont pas considérés comme des produits contrefaits. Il ne faut pas assimiler les lots ne répondant pas aux normes, les défauts de qualité ou le non-respect des bonnes pratiques de fabrication ou de distribution des produits médicaux à des cas de contrefaçons* »¹⁴.

Pourtant, la contrefaçon pharmaceutique est une réalité qui a un impact négatif sur la santé des individus, tout au moins dans certains cas qui ne sont néanmoins pas facilement vérifiables, il va en être question. Des exemples de maladies et de décès dus à l'ingestion de médicaments contrefaits sont répertoriés dans la littérature (Mackey et Liang, 2011 ; Bate et Attaran, 2010 ; Hellstrom, 2011). La question de la contrefaçon se pose avec plus d'acuité dans les régions du monde où l'application de la réglementation pharmaceutique est peu surveillée. Son incidence sur la santé est ainsi plus importante dans les pays « démunis » ou « émergents » où elles portent, de plus, sur des médicaments « vitaux », tels que des antipaludiques, des antibiotiques ou encore des antirétroviraux (Prescrire, 2009).

¹³ Malgré l'existence de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, institution spécialisée des Nations Unies, les brevets pharmaceutiques sont gérés par des institutions propres à chaque pays ou régions du monde (Institut national français de la propriété industrielle, Office européen des brevets, Office des brevets des Etats-Unis, Organisation africaine de la propriété intellectuelle, etc.). Il n'existe donc pas aujourd'hui de brevet à caractère international, valable dans le monde entier.

¹⁴ Sources : Organisation Mondiale de la Santé, Conseil exécutif EB 124/14. Produits médicaux contrefaits. Rapport du secrétariat, 6 p. Voir à ce sujet la revue *Prescrire* (2009) n°29 (306).

Les caractéristiques du discours construit sur la contrefaçon

Malgré son existence effective, la contrefaçon pharmaceutique est un phénomène qui se prête mal aux évaluations quantitatives (Siva, 2010). Il est, de plus, difficile d'en apprécier l'impact sur la santé des individus. Candice Legris (2005) précise que la morbidité et la mortalité liées à la contrefaçon pharmaceutique ne sont pas connues. Aucune étude scientifique n'a jamais entrepris d'évaluer les conséquences de ces médicaments frauduleux sur la santé publique. De telles recherches poseraient d'ailleurs d'infinis problèmes méthodologiques et éthiques. Et pourtant, à travers les médias, dans les discours des acteurs institutionnels ainsi que dans des articles scientifiques, des chiffres sont avancés. La contrefaçon représenterait 10 % du marché mondial du médicament, 15 % dans les pays développés et plus de 50 % en Afrique et en Asie (Hellstrom, 2011 ; Bate et Attaran, 2010). Ses recettes se chiffraient en 2006 à plus de 32 milliards de dollars par an¹⁵ et l'on estime en 2010 à 75 milliards de dollars ses ventes à l'échelle internationale (Mackey et Liang, 2011). Il est également dit fréquemment qu'elle est responsable de 200 000 décès par an, sans que l'origine de ce chiffre ne soit réellement explicitée¹⁶. Un article de santé publique en date de 2011, dans lequel ne sont toutefois précisées ni la période ni la région du monde considérées, avance le chiffre de plus de 700 000 décès de malades, souffrant de paludisme et de tuberculose, liés au phénomène de la contrefaçon (traitements inefficaces, résistances aux antipaludiques et antituberculeux) (Mackey et Liang, 2011). On constate ainsi que la contrefaçon pharmaceutique est l'objet d'évaluations fantaisistes, extrapolées et pourtant reprises sans précaution dans les discours des différents acteurs. Au-delà des chiffres, certains faits divers, tels que des « faux » vaccins contre la méningite introduits au Niger en 1995, sont régulièrement évoqués par les différents acteurs, sans que l'on sache bien si le phénomène à l'origine de ces produits est celui de la contrefaçon ou de la malfaçon. Enfin, autre caractéristique du discours général porté sur la contrefaçon pharmaceutique, sont régulièrement soulignés, sans mention d'études sérieuses à l'appui, les liens supposés entre ce phénomène et la circulation internationale de drogue, les gangs, mafias et cartels criminels opérant dans différents pays (Russie, Mexique, Chine, Colombie), voire avec les réseaux terroristes internationaux (Siva, 2010 ; Mackey et Liang, 2011 ; Hellstrom, 2011).

¹⁵ Chiffre avancé lors du colloque « Contrefaçon de produits de santé : la France victime ? Complaisante ? », organisé en mai 2006. Se référer aussi à l'article « Un marché juteux mais dangereux » du quotidien *Libération* du 28 janvier 2006.

¹⁶ Lors du colloque « Le trafic des faux médicaments. Comment le combattre ? », organisé en octobre 2010, un intervenant a tout d'abord précisé que ce chiffre provient d'une étude réalisée par l'OMS en 2006. Mais un agent de cette institution a immédiatement nié ce fait. Après quoi, un membre de l'organisation Médecins sans frontières (MSF) a souligné que cette évaluation est issue du bulletin d'une amicale, qu'il est ainsi peu fiable et pourtant repris par tous.

Les caractéristiques du discours porté sur la contrefaçon qui viennent d'être soulignées (chiffres fantaisistes, peu fiables, extrapolés, faits divers évoqués constamment, liens avancés avec le crime organisé à l'échelle internationale) ainsi que leur redondance dans la bouche des acteurs, mettent en évidence la construction de propos fantasmatiques sur un phénomène finalement mal connu et mal maîtrisé, et pourtant supposé en perpétuelle croissance. Ceci fait écho à l'analyse que Béatrice Hibou fournit plus globalement au sujet du blanchiment, de la contrefaçon, du trafic de drogue et de la contrebande : « *Pour construire la criminalité économique comme le « fléau du XXI^{ème} siècle », des amalgames sont réalisés, des relations inventées ou exagérées, des chiffres extrapolés, des relations de cause à effet posées sans forcément que les preuves suivent, ou sans que soient exposés hypothèses ou doutes* » (Hibou, 2012, p. 3). Quels intérêts et enjeux sous-jacents à la question de la contrefaçon pharmaceutique expliquent la construction sociale d'un tel discours ?

Instrumentalisation de la contrefaçon pharmaceutique

Pour explorer cette question, quelques éléments de l'histoire de la production mondiale de médicaments sont nécessaires.

Rappel de l'histoire de la production de médicaments pharmaceutiques industriels

La production industrielle de médicaments pharmaceutiques débute au milieu du 19^{ème} siècle en Allemagne, puis au Royaume-Uni et en France où des médicaments issus de la chimie organique commencent à être industrialisés (Whyte *et al*, 2002). Le médicament pharmaceutique industriel acquiert son statut prépondérant en Occident à partir de la première et surtout de la deuxième guerre mondiale où sa production à grande échelle se met en place (Bonah et Rasmussen, 2005). Les Etats-Unis d'Amérique se joignent alors aux puissances européennes dans la production de ces médicaments.

Après la seconde guerre mondiale, ces firmes pharmaceutiques, jusqu'alors gérées par des familles d'entrepreneurs, doivent investir pour produire à une toute autre échelle en raison de l'augmentation de la demande de produits pharmaceutiques. Elles s'inscrivent alors dans un vaste mouvement de concentration nationale (Ruffat, 1996). En France par exemple, il existe 2000 entreprises pharmaceutiques à la fin de la deuxième guerre mondiale, il en reste 700 en 1964 et 450 en 1970 (Ruffat, 1996). Après les concentrations nationales, se développe la scène internationale. A partir des années 1960-70, apparaissent les sociétés multinationales, implantées dans de nombreux pays. Le marché du médicament est aujourd'hui dominé par

une dizaine de géants de l'industrie pharmaceutique, nord-américains dans leur majorité, qui représentent autour de 50 % des ventes mondiales (Hauray, 2006).

Cependant, à partir des années 1970-80, l'industrie pharmaceutique se développe « hors Occident » de manière autonome, en Asie (Inde, Indonésie, Singapour, Thaïlande, Philippines, Chine), en Amérique Latine (Brésil, Argentine, Costa-Rica) au Moyen-Orient et au Maghreb (Turquie, Maroc) (Guennif et Mfuka, 2003 ; Pignarre, 2003)¹⁷. La croissance de cette industrie est liée à la reconnaissance légale et au développement des médicaments génériques. En effet, à partir du milieu des années 1970, le ralentissement des innovations pharmaceutiques génère l'arrivée croissante de produits « *me-too* »¹⁸ sur le marché. La compétition entre « *me-too* » et réelles nouveautés thérapeutiques s'intensifie dans les années 1980 avec l'expiration des brevets de nombreux médicaments mis au point dans les années 1950-60. On assiste ainsi à la naissance des médicaments génériques, copies de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et qui ont « *la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité* »¹⁹. La promotion au niveau international des génériques est d'abord motivée par leur reconnaissance formelle dans la législation américaine au milieu des années 1960 (Borchers *et al*, 2007), puis par la mise en place au cours des années 1970 de la politique de « médicaments essentiels ». Celle-ci promet, dans des pays à faibles revenus, l'acquisition en priorité d'un nombre limité de médicaments essentiels à la santé de leur population et peu coûteux. Médicaments essentiels et génériques sont intimement liés. La plupart des produits contenus dans la liste de médicaments essentiels de l'OMS ne sont plus protégés par un brevet et sont disponibles à bas prix sous la forme de génériques (Whyte *et al*, 2002).

¹⁷ A travers l'installation de filiales, la sous-traitance ou la fabrication sous licence, une partie non négligeable de la production des firmes multinationales d'origine occidentale se situe également, et depuis les années 1950-60, dans ces mêmes pays.

¹⁸ Ce terme « désigne une substance développée pour pénétrer un créneau commercial déjà occupé par une spécialité voisine, sans apporter de bénéfice nouveau, la firme voulant « elle aussi » une part de marché » (Hauray, 2006, p. 147). Ces médicaments ont la même activité thérapeutique sans être identiques. Il s'agit de médicaments différents, présentant par exemple une légère modification de la formule, ayant la même indication.

¹⁹ Définition légale introduite dans le Code français de la Santé Publique depuis 1996 (article L.5121-1 CSP). Ces médicaments peuvent porter des noms commerciaux ou être nommés selon la dénomination commune internationale.

Le discours sur la contrefaçon, une manière de brider la concurrence issue des pays « émergents »

Depuis les années 1970-80, se déploie ainsi une nouvelle forme de concurrence au sein de l'industrie pharmaceutique, entre des multinationales d'origine occidentale et des firmes issues des pays « émergents ». Certaines occupent aujourd'hui une place non négligeable sur le marché mondial, tant au niveau du volume de production que de la qualité et de la technicité des produits fabriqués. Les produits innovants proviennent quasi-exclusivement des grands groupes multinationaux d'origine occidentale²⁰ (Hauray, 2006), les génériques, bien qu'étant également fabriqués par des firmes occidentales²¹, proviennent en grande partie de l'industrie des pays « émergents ».

Cette production de médicaments désormais mondiale, et non plus uniquement basée dans les pays occidentaux, pose avec une intensité nouvelle la question de la législation internationale sur les brevets pharmaceutiques. Celle-ci prend d'ailleurs toute son importance à partir de 1975, lorsque l'innovation pharmaceutique se met à régresser. Aujourd'hui, elle est une question de survie pour les grandes firmes multinationales (Pignarre, 2003). Les accords Adpic, dont il a déjà été question, renforcent, selon certains analystes, le pouvoir des firmes d'origine occidentale vis-à-vis de celles des pays « émergents » (Pignarre, 2003 ; Guennif et Mfuka, 2003). L'actualité pharmaceutique internationale qui met régulièrement en scène les conflits juridiques entre des multinationales et les gouvernements de certains pays producteurs de génériques, tels que l'Inde et le Brésil, le souligne encore²².

Dans le contexte concurrentiel global qui vient d'être dépeint, la question de la qualité des médicaments et celle des contrefaçons pharmaceutiques apparaissent aussi constituer une stratégie, de la part des dirigeants des firmes et des acteurs étatiques occidentaux, pour maintenir (ou tenter de maintenir) la domination du marché pharmaceutique par les firmes multinationales. D'où les nombreuses critiques que suscitent les projets et actions dont il a été question en introduction de la part de militants d'organisations de solidarité internationale

²⁰ Cette situation devrait changer dans les années à venir. L'industrie pharmaceutique des pays « émergents », notamment indienne, investit de plus en plus dans la recherche et le développement de médicaments innovants.

²¹ Avant l'émergence de l'industrie pharmaceutique « hors Occident », certaines firmes occidentales, nord-américaines et allemandes essentiellement, s'étaient lancées dans la fabrication de médicaments génériques. Aujourd'hui, de nouvelles firmes occidentales, ou de nouveaux départements de sociétés déjà existantes, se spécialisent dans la production et/ou la commercialisation de génériques.

²² Prenons pour illustration la procédure judiciaire que Novartis a lancée contre le gouvernement de l'Inde au sujet de l'anticancéreux Glivec®. Cette procédure est très décriée par diverses organisations de solidarités internationales (cf. le site de Health action international, consulté en février 2011 : <http://haieurope.org/wp-content/uploads/2011/02/22-Feb-2011-Open-Letter-to-Novartis.pdf>). Voir aussi, en 2010-2011, les articles polémiques portant sur les accords bilatéraux en cours de signature entre l'Europe et l'Inde, tels que « Nuages sur l'avenir de l'Inde "pharmacie du monde" », *Le Monde* du 17 juin 2010.

(Médecins sans frontières, Oxfam, Act up, etc.), de quelques analystes ainsi que de représentants de gouvernements, tels que ceux de l'Inde et du Brésil (Bate et Attaran, 2010 ; Abbott, 2011 ; Chatterjee, 2010). Grâce à la polémique qu'il a suscitée et à la mobilisation de la société civile contre son application, la ratification du décret Acta a dû être suspendue, le parlement européen ayant notamment voté contre en juillet 2012²³. Julien Potet, militant à Oxfam, soulignait à son sujet que « *le traité Acta comporte des ambiguïtés qui pourraient avoir pour conséquence de restreindre le commerce légitime de médicaments génériques de qualité* » (Potet, 2011, p. 5). Le fait que le groupe de l'OMS qui travaille sur les SSFFC ne soit pas parvenu à émettre des propositions après un an de réflexion, comme cela était convenu, souligne aussi les tensions qui existent sur ces questions entre les représentants des différents pays qui siègent à cette institution²⁴. Ainsi, les éditeurs de la revue *Prescrire* avancent plus globalement que « *certaines solutions proposées pour lutter contre les contrefaçons sont avant tout destinées à renforcer la maîtrise des marchés par les firmes pharmaceutiques, dans une logique de protectionnisme industriel. (...) Les risques sanitaires de la contrefaçon de médicaments, notamment dans les pays démunis, sont souvent utilisés pour défendre les intérêts des grandes firmes pharmaceutiques* » (*Prescrire*, 2009, p. 298 et 301).

L'instrumentalisation de la question de la qualité du médicament au Bénin

La recherche menée au Bénin tend à confirmer l'analyse qui vient d'être présentée. En effet, dans ce pays, les questions de la contrefaçon et de la qualité des médicaments semblent bien servir de faire valoir aux produits des firmes occidentales, qui transitent par la France, en comparaison de ceux des firmes chinoises, indiennes ou même nigérianes et ghanéennes.

A l'heure actuelle, les médicaments distribués dans les circuits formels béninois viennent encore pour leur grande majorité de firmes pharmaceutiques et de centrales d'achat occidentales, largement françaises. Les grossistes-répartiteurs privés distribuent majoritairement des produits fabriqués par les grandes multinationales pharmaceutiques (Abbott, Pfizer, Merck, Astrazeneca, Sanofi Aventis, Bayer, Glaxo Smithkline, Novartis,

²³ Voir l'article du quotidien Le Monde en ligne le 4 juillet 2012 : http://www.lemonde.fr/technologies/article/2012/07/04/le-parlement-europeen-vote-contre-le-traite-anti-contrefacon-acta_1729032_651865.html

²⁴ En mai 2010, l'Assemblée générale de l'OMS avait demandé au groupe de travail de présenter un rapport sur ces questions à l'Assemblée de 2011. Dans les faits, la réunion de travail n'avait eu lieu qu'en février-mars 2011 et les membres n'étaient pas parvenus à se mettre d'accord. Il avait donc été convenu d'allonger la période de travail prévue initialement. Voir l'article de *Intellectual Property Watch*, consulté en ligne en mai 2011: http://www.ip-watch.org/weblog/2011/05/23/who-needs-another-year-to-solve-differences-on-fake-medicines-committee-decides/?utm_source=post&utm_medium=email&utm_campaign=alerts

Bristol-Myers Squibb UPSA, etc.). Ils s'approvisionnent essentiellement auprès de structures françaises²⁵, via des transitaires eux aussi français. Les quelques firmes pharmaceutiques asiatiques qui leur vendent des produits sont ainsi pour la plupart contraintes d'utiliser les services de centrales d'achat et de transporteurs français. En raison de leur compétitivité, une part importante des médicaments que la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux (Came)²⁶ distribue est fabriquée par des « génériqueurs » asiatiques (Inde et plus récemment Chine). Cependant, les fournisseurs de ces produits sont également majoritairement européens²⁷. De même, alors que l'industrie pharmaceutique du Nigeria et du Ghana est relativement bien développée²⁸, en comparaison tout au moins de celle du Bénin (qui est constituée d'une seule firme) et des pays francophones avoisinants, seule une firme ghanéenne (Phyto Riker) approvisionnait en 2011 formellement le circuit pharmaceutique béninois.

Ainsi, à l'heure de la production désormais mondiale de médicaments et alors que les pays « émergents » d'Asie et d'Afrique produisent des génériques à moindre coût dont l'Etat et les populations du Bénin ont tant besoin, les circuits pharmaceutiques de ce pays restent extrêmement dépendants des nations occidentales. Au-delà de l'héritage commercial, économique et pharmaceutique du Bénin issu de la colonisation²⁹, le discours que les acteurs économiques investis dans le médicament tiennent en matière de contrefaçon et de qualité des médicaments contribue à maintenir la dépendance qui vient d'être évoquée. Ces questions apparaissent clairement instrumentalisées par les grossistes-répartiteurs et les firmes pharmaceutiques dont l'objectif semble bien être le maintien de l'approvisionnement des circuits pharmaceutiques de ce pays via des structures occidentales, principalement françaises.

²⁵ Bien que certaines firmes pharmaceutiques distribuent elles-mêmes leurs produits, les approvisionnements des grossistes-répartiteurs passent aujourd'hui principalement par des centrales d'achat. Dans le cas du Bénin, il s'agit exclusivement de centrales françaises, telles que Planetpharma, Piex, Tridem, Eurimexpharma, Cider, EPDIS et Continental pharmaceutique. Le fait de passer par des centrales d'achat présente des avantages pour les grossistes-répartiteurs qui s'adressent à moins d'interlocuteurs et peuvent plus facilement gérer leurs commandes.

²⁶ La Came est une structure privée sous tutelle étatique chargée d'approvisionner principalement le secteur public et privé non-lucratif.

²⁷ Il s'agit des organisations danoise Missionpharma, hollandaise IDA (international dispensary association) et belge Ldi international. En dehors de ces trois structures, une grande partie des fournisseurs auxquels la Came s'adresse est basée en France.

²⁸ Le Ghana dispose d'une vingtaine d'industries pharmaceutiques et le Nigeria de plus de quatre-vingt (Baxerres, 2010).

²⁹ L'ancienneté des réseaux commerciaux et pharmaceutiques entre la France et le Bénin est certaine. La question de la langue est également importante. Celle des pays anglophones d'Afrique est plus facilement parlée dans les pays d'Asie producteurs de médicaments. Les pays francophones se tournent, eux, logiquement vers des partenaires commerciaux français. Enfin, le système pharmaceutique d'importation et de distribution, de même que la législation en matière de médicaments du Bénin et de la France sont très proches, tout comme le sont ceux du Ghana, du Nigeria et des nations anglophones occidentales. Sur ces questions, se référer à Baxerres et Le Hesran, 2011.

Ces propos du dirigeant d'un des grossistes-répartiteurs installés au Bénin l'illustrent bien : *« On peut penser effectivement, au cours des prochaines années, que la part des produits asiatiques présents sur les marchés africains sera plus importante. Avec le bémol qu'on est tous d'accord pour dire qu'il faut adapter l'offre à la demande, c'est-à-dire fournir des médicaments génériques à faible coût. Mais il faut être très vigilant sur la qualité des médicaments et il reste quand même quelques doutes sur certains produits... »* (entretien réalisé en novembre 2007).

Le fait que les médicaments transitent par des centrales d'achat françaises ou européennes fournit, aux dires des agents des sociétés financièrement intéressées par ces questions (firmes pharmaceutiques, centrales d'achat) mais également des autres acteurs pharmaceutiques (grossistes-répartiteurs, acteurs institutionnels), la garantie de leur qualité et de leur traçabilité. Face à cela, les médicaments fabriqués en Asie, ou même au Nigeria et au Ghana, surtout s'ils sont acheminés directement depuis ces pays, sont perçus a priori comme étant d'une qualité douteuse et dont les liens avec la contrefaçon pharmaceutique sont importants.

Conclusion : de la question de la contrefaçon à celle de la malfaçon

Les enjeux commerciaux en matière de médicaments, dans le contexte économique globalisé actuel, semblent bien conduire certains acteurs de la production et distribution du médicament, voire des acteurs étatiques dont l'objectif est de favoriser l'industrie de leur pays, à mettre en exergue ces dernières années la question de la contrefaçon pharmaceutique. Les logiques qui donnent à leur discours une dimension fantasmagorique ont été explicitées. En exagérant l'ampleur du phénomène, appréhendé essentiellement au travers d'extrapolations, et en usant d'amalgames (contrefaçon, malfaçon, autorisation de commercialisation sur un territoire), ce discours dramatise la situation et diabolise les acteurs censés s'adonner à ces pratiques. Au regard de la production en sciences sociales, malheureusement trop rare, sur ces questions (Schneider et Schneider, 2008 ; Hibou, 2012), la construction sociale de ce discours semble participer de l'instrumentalisation, dans le système néolibéral global, de la criminalité à des fins mercantiles, économiques et politiques. Le médicament s'avère d'ailleurs être un objet idéal pour permettre la protection d'intérêts commerciaux et économiques (donc politiques) tout en mettant en avant des préoccupations primordiales et universelles concernant la santé publique mondiale.

En matière de conclusion, je souhaite mettre en évidence que le discours sur la contrefaçon pharmaceutique, et les moyens financiers et humains investis pour lutter contre celle-ci, portent préjudice au traitement du problème des malfaçons qui est largement plus préoccupant

d'un point de vue santé publique (*Prescrire*, 2009 ; Newton *et al*, 2011) et devrait ainsi mobiliser attention et financements³⁰. Le problème posé ici n'est pas celui de la fraude ou d'organisations criminelles internationales crapuleuses, mais celui de la compétence des fabricants et de l'efficacité des contrôles de qualité mis en place par les agences de régulation des pays exportateurs comme importateurs. Dans les pays « du Sud », dont les systèmes de prise en charge des dépenses de santé sont bien souvent embryonnaires et pour lesquels l'accès à des médicaments génériques de qualité à moindre coût est ainsi crucial, il convient, plutôt que discréditer les firmes pharmaceutiques des pays « émergents »³¹, de renforcer les capacités des agences de régulation en place. Le contrôle régulier de la qualité des médicaments aux différents niveaux du système pharmaceutique (importation, fabrication, distribution grossiste, détaillante) doit être amplifié. Il importe également de mettre en place des systèmes de pharmacovigilance efficaces (Caudron *et al*, 2008). C'est au travers de telles mesures de santé publique que le problème des malfaçons peut être contrôlé. Cependant, il n'est pas certain qu'elles servent les intérêts sous-jacents au discours focalisé sur la contrefaçon pharmaceutique...

Références bibliographiques

Abbott F. M., 2011 – Trading's End: Is ACTA The Leading Edge Of A Protectionist Wave? *Intellectual Property Watch*, consulté en ligne en mai 2011: www.ip-watch.org/weblog/2011/05/06/trading's-end-is-acta-the-leading-edge-of-a-protectionist-wave/.

Baxerres C., 2010 – *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*. Thèse de doctorat, EHESP – UAC, 421 p + annexes.

Baxerres, C., Le Hesran, J.-Y., 2011 – Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin). *Social Science and Medicine*, 73 (8) : 1249-1256.

Bate R., Attaran A., 2010 – A counterfeit drug treaty: great idea, wrong implementation. *Lancet*, 376: 1446-1448.

Bonah C., Rasmussen A. (éd.), 2005 – *Histoire et médicament aux 19^{ème} et 20^{ème} siècles*. Paris, Editions Glyphe, 274 p.

³⁰ Certains acteurs toutefois, tels que les Fondations Pierre Fabre et Chirac, tout en investissant dans la lutte contre la contrefaçon, soutiennent des programmes de renforcement des capacités des agences nationales de gestion du médicament, comme c'est le cas au Bénin avec le Laboratoire nationale de contrôle de la qualité des médicaments.

³¹ Soulignons d'ailleurs 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).

- Bonnard H., 2013 – La contrefaçon de marque de médicament. In Fortier C., Moine-Dupuis I. (eds). *La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale*. Paris, LexisNexis : 11-21.
- Borchers A.T., Hagie F.J.D., Keen C.L., Gershwin M.E., 2007 – The history and contemporary challenges of the US Food and Drug Administration. *Clinical therapeutics*, 29 (1) : 1-16.
- Cassier M., 2004 – Brevets pharmaceutiques et santé publique en France : opposition et dispositifs spécifiques d'appropriation des médicaments entre 1791 et 2004. *Entreprises et histoire*, 36 : 29-47.
- Caudron J.-M., Ford N., Henkens M., Mace C., Kiddle-Monroe R., Pinel J., 2008 – Substandard medicines in resource-poor settings: a problem that can no longer be ignored. *Tropical Medicine and International Health*, 13 (8) : 1062-1072.
- Chatterjee P., 2010 – India combats confusion over counterfeit drugs. *Lancet*, 375 : 542.
- Egrot M., Taverne B., Ciss M., Ndoye I., 2002 – La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal. In Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B. *Analyse de l'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. Paris, ANRS : 221-231.
- Fassin, D., 1986 – La vente illicite de médicaments au Sénégal. Economies « parallèles », Etat et société. *Politique Africaine*, 23 : 123-130.
- Gimenez F., Bruneton C., Narong Rith D.Y., 1997 – Etude de la qualité des médicaments vendus et dispensés au Cambodge. *Médecine et maladies infectieuses*, 27, n° spécial : 541-544.
- Guennif S., Mfuka C., 2003 – La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle. *Sciences Sociales et Santé*, 21 (1) : 75-98.
- Hauray B., 2006 – *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*. Paris, Presse Sciences Po, 368 p.
- Hellstrom W.J.G., 2011 – The growing concerns regarding counterfeit medications. *Journal of Sexual Medicine*, 8 (1) : 1-3.
- Hibou B., 2012 – Economic crime as a justification for neo-liberal modes of government: the example of the Mediterranean. *Journal of Social History*, 101 : 1-19.
- Jaffré Y., 1999 – Pharmacie des villes, pharmacie « par terre ». *Bulletin de l'APAD*, 17 : 63-70.
- Jourdain-Fortier C., Moine-Dupuis I., 2013 – *La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale*. Paris, LexisNexis, 192 p.
- Legris C., 2005 – *La détection des médicaments contrefaits par investigation de leur authenticité. Etude pilote sur le marché pharmaceutique illicite de Côte d'Ivoire*. Thèse de pharmacie, univ. Nancy I, 100 p + annexes.
- Mackey T.K., Liang B.A., 2011 – The global counterfeit drug trade: Patient safety and public health risks. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI 10.1002/jps.22679 : 1-9.
- Maritoux J., 1999, Marché pharmaceutique parallèle, vente illicite et santé publique. *Journal de ReMeD*, 22 (1) : 6-10.

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.

Pignarre P., 2003 – *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris, La découverte, 178 p.

Potet J., 2011 – ACTA, un traité contre les contrefaçons qui ne répond pas au problème des malfaçons. *Revue REMED*, 44 : 5.

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

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

Ruffat M., 1996 – *175 ans d'industrie pharmaceutique française. Histoire de synthélabo*. Paris, La découverte, 270 p.

Schneider J., Schneider P., 2008 – The anthropology of crime and criminalization. *Annual review of anthropology*, 37: 351-373.

Siva N., 2010 – Tackling the booming trade in counterfeit drugs. *Lancet*, 376: 1725-1726.

Touré L., 2005 – Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali. In Pordié L. (éd.) : *Panser le monde, penser les médecines, Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala : 269-286.

Van der Geest S., 1982 – The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration. *Medical Anthropology*, 6 (4) : 197-219.

Whyte R.S., Van der Geest S., Hardon A. (éd.), 2002 – *Social lives of medicines*. Cambridge, Cambridge University Press, 193 p.