

Le fléau des faux médicaments

Par Étienne Nouguez

Les faux médicaments se comptent par centaines de millions et font des ravages dans les populations. Comment comprendre que des ONG, des gouvernements ou des mouvements activistes s'opposent à la lutte contre ce fléau ?

À propos de : Mathieu Quet, *Impostures pharmaceutiques. Médicaments illicites et luttes pour l'accès à la santé*, La Découverte. 248 p., 18 €.

La lutte contre les médicaments faux ou illicites est devenue depuis le début des années 2000 une cause internationale, mobilisant l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Mondiale des Douanes. Des chiffres et des faits divers poignants sont ainsi régulièrement avancés pour justifier cette mise à l'agenda international : un médicament sur 10 en circulation dans les pays en développement serait illicite, et les douanes auraient intercepté 550 millions de doses de faux médicaments en 2013 ; ces médicaments seraient par ailleurs à l'origine de nombreuses morts, l'exemple le plus frappant étant les 2500 morts au Niger en 1995 après l'injection d'un faux vaccin (p. 7-10). Dans ce contexte, l'organisation à partir des années 2000 d'une lutte internationale contre ce fléau des « impostures pharmaceutiques » apparaît non seulement parfaitement justifiée, mais même quelque peu tardive. Comment expliquer alors que des ONG, des gouvernements ou encore des mouvements activistes se soient élevés contre cette lutte ? S'appuyant sur deux terrains ethnographiques au Kenya et en Inde et sur l'analyse de la presse et des rapports publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'ouvrage de Mathieu Quet met en lumière les controverses autour de ces « impostures pharmaceutiques », qui mêlent santé publique et intérêts économiques, sécurisation de la qualité des médicaments et contrôle de leur circulation mondiale.

Cinquante nuances d'imposture pharmaceutique

Le premier apport majeur de ce livre est de revenir, dans la continuité des travaux en sociologie et en histoire économique, sur les enjeux mêlés de santé publique et de commerce soulevés par la qualification des médicaments. « Substandard, Spurious, Falsified, Falsely Labelled, Counterfeit » (sous-standard, faux, falsifié, mal étiqueté, contrefait) : cette juxtaposition d'adjectifs qui a donné son nom à un groupe de travail créé en 2010 par l'Organisation Mondiale de la Santé, souligne les ambiguïtés sémantiques dans la qualification de l'imposture pharmaceutique (p. 44). Alors que « *sub-standard* », « *spurious* » et « *falsified* » qualifient des défauts de qualité, voire des tromperies manifestes, mettant en péril la santé de ceux qui les consomment, « *falsely labelled* » et « *counterfeit* » qualifient des infractions à la transparence de l'information, au droit des marques et des brevets qui nuisent avant tout aux intérêts économiques des industriels. Or, la simple juxtaposition de ces adjectifs dans une même désignation (et donc dans les missions du groupe de travail ainsi nommé) met sur le même plan tous ces médicaments, disqualifiés comme autant de formes d'imposture pharmaceutique et devant tous être retirés du marché.

« La caractéristique commune des médicaments considérés comme illicites est de ne pas avoir été contrôlés en tant que tel par le système de régulation compétent sur le territoire et d'être vendus sans respecter les normes pharmaceutiques nationales ou internationales » (p. 16).

L'objectif central de l'ouvrage est de retracer le processus par lequel les industriels sont parvenus à faire valoir auprès des organisations internationales et des États (notamment du Sud) une vision et une pratique de la « sécurité pharmaceutique » qui ne distinguent pas parmi ces « impostures pharmaceutiques » celles qui représentent un danger pour la santé publique (les faux médicaments) et celles qui représentent un danger pour les intérêts économiques (les médicaments contrefaits et les médicaments génériques). Dès les années 1990 et de manière plus poussée dans les années 2000, les industriels de médicaments ont ainsi créé des groupes de travail au sein de l'OMS avec pour objectif de favoriser une définition très large du médicament illicite et une politique de « sécurité pharmaceutique » qui sanctionne indistinctement toutes ces infractions. Ces groupes ont lancé des études de morbi-mortalité liées à la consommation de ces médicaments, mais également des estimations de la part de marché de ces copies. Ils ont également développé et mis à disposition des douaniers des technologies censées distinguer le « vrai » du « faux » médicament et qui s'appuient sur une base de données renseignée par les grandes

entreprises pharmaceutiques (et donc incomplète). Grâce à ce travail de cadrage et d'instrumentation de la « sécurité pharmaceutique », les industriels sont parvenus à inscrire la lutte contre toutes les « impostures pharmaceutiques » à l'agenda de l'OMS, mais également de nombreux États, faisant de la Santé publique un argument pour protéger les intérêts économiques.

Les mondes du médicament

En suivant à la trace ces « impostures pharmaceutiques », du Kenya en Inde, de l'OMC à l'OMS, Mathieu Quet livre également une réflexion stimulante sur la mondialisation pharmaceutique. Cette mondialisation concerne en tout premier lieu les marchés : si les pays occidentaux (et tout particulièrement les États-Unis) constituent l'essentiel du chiffre d'affaires mondial en matière de médicaments et abritent la quasi-totalité des *Big Pharma* (grandes entreprises pharmaceutiques), l'essentiel de la production des principes actifs est désormais assuré par les pays émergents, et tout particulièrement l'Inde (la « pharmacie du tiers-monde »), la Chine, le Brésil et, pour le continent africain, le Kenya. Ces pays ont par ailleurs développé d'importantes industries de médicament générique, d'abord à destination de leur population locale et de plus en plus tournées vers l'exportation. De fait, « la mondialisation pharmaceutique se traduit par la coexistence de segments hétérogènes de marché, entre les multinationales des pays les plus riches, l'industrie générique puissante et internationalisée indienne, ou celle au rayonnement national, voire régional de pays comme le Kenya » (p. 78).

Cette mondialisation des marchés a été à la fois cause et conséquence d'une mondialisation de la régulation à travers les règles édictées par l'OMC et l'OMS, faisant de ces institutions des arènes centrales d'affrontement entre les industriels et les États qui les abritent. Enfin, la mondialisation a aussi concerné les mouvements sociaux avec la formation de réseaux internationaux d'activistes spécialisés dans le droit des brevets qui tentent par le partage d'informations, l'organisation de différentes manifestations (comme celles organisées à Vienne, Bruxelles ou Delhi en 2010 contre les saisies de médicaments) ou la mise en place d'actions de sensibilisation (comme à Nairobi où Health Action International organise une réunion avec la présence de militants et juristes indiens), de contrer les stratégies des *Big Pharma* en matière de propriété intellectuelle (p. 41-47). Ces réseaux, qui s'étaient constitués pour contrer les revendications des entreprises pharmaceutiques en matière de brevet, ont

eu plus de difficultés à se saisir de la lutte contre les « faux médicaments », car ils n'ont pas perçu immédiatement la menace que cette lutte faisait peser sur les médicaments génériques et l'accès à la santé.

L'originalité de cet ouvrage est de sortir de la classique opposition Nord/Sud pour s'intéresser à la « mondialisation par le Sud » telle qu'elle se donne à voir dans les relations entre l'Inde et le Kenya. Ces relations qui remontent à l'Antiquité ont été renforcées par l'Empire britannique et ont perduré après l'indépendance du Kenya. La population indienne ou d'origine indienne, estimée à 100 000 personnes et reconnue en 2017 comme la « 44^e tribu du Kenya », occupe une place importante dans l'industrie pharmaceutique kenyenne où ils jouent un rôle d'intermédiaire avec l'industrie indienne. Mais ces relations entre l'Inde et le Kenya ne vont pas sans heurts, tant elles mêlent coopération et concurrence : ainsi les producteurs et distributeurs kenyens ne font pas seulement face à la concurrence des *Big Pharma* occidentales qui mettent en avant la qualité supérieure de leurs médicaments originaux ; ils doivent aussi composer avec les importations parallèles de médicaments génériques indiens vendus à des prix compétitifs et avec un niveau de qualité réputé supérieur. Dans ce contexte, la dénonciation des « impostures pharmaceutiques » et la mise en place d'une politique de « sécurité pharmaceutique » constituent un enjeu majeur pour « discipliner la concurrence » (Stanziani, 2013), en favorisant les acteurs industriels qui ont investi dans les dispositifs de traçabilité de leurs produits.

Une politique des flux

Dans la dernière partie du livre, Mathieu Quet relie les deux réflexions précédentes autour de ce qu'il appelle le « régime logistique pharmaceutique » et ses failles. « Un régime logistique n'est pas seulement un système d'organisation des circulations [de biens ou de personnes] ; il correspond à un régime politique en étant porteur d'une conception de la répartition des pouvoirs, de la constitution du public et des sujets politiques, de la justice et du bien commun » (p. 162). Les accords de l'OMC sur les droits de propriété intellectuelle et la lutte contre les médicaments illicites (qu'ils soient sous-standard ou contrefaits) ont ainsi établi une barrière étanche entre les médicaments qui ont le droit de circuler et ceux qui doivent être retirés de la circulation, entre les flux de circulation légitimes qui doivent être organisés et les flux « pirates » qui doivent être stoppés, et enfin entre les populations aisées qui doivent être abreuvées de médicaments (parfois en « inventant des maladies » pour augmenter

la demande, cf. Angell , 2005 et Blech, 2008) et les populations pauvres qui en seront privées fautes d'être connectées aux flux légitimes. Ce régime logistique pharmaceutique mondial actuel n'est pour l'auteur qu'une forme de néo-colonialisme dont « la domination ne ressort pas d'un contrôle territorial, de l'exploitation des ressources d'une nation dominée ou d'une hégémonie culturelle [mais plutôt] d'un agencement de règlements, de normes, de techniques de transport, de facilités offertes par des zones d'export » (p. 184).

Dans son dernier chapitre pourtant, Mathieu Quet écorne quelque peu cette perfection du régime logistique pharmaceutique, en évoquant trois types de contestations des flux. Il s'agit d'abord du « branchement de flux » lorsque des « entrepreneurs » utilisent leurs liens avec des distributeurs, des médecins ou des pharmaciens pour détourner une partie des médicaments légaux vers le marché noir des drogues (p. 189-196). Il s'agit ensuite d'un « détournement de flux », lorsque des consommateurs australiens ou américains n'ayant pu accéder à leurs traitements contre l'Hépatite C (le fameux sofosbuvir ou Sovaldi®) dans leur pays, en raison de leurs prix trop élevés ou de leur interdiction par les autorités sanitaires, organisent des clubs d'achat et s'appuient sur leurs contacts dans des pays où le traitement est disponible à moindre coût, pour l'importer sous le manteau (cf. le film *Dallas Buyers Club* pour des pratiques similaires concernant les trithérapies) (p. 196-201). Enfin, la contestation peut prendre la forme d'une « rupture de flux », lorsque des pharmaciens et des patients s'organisent pour vendre et « auto-consommer » des médicaments (comme les traitements contre la tuberculose) en dehors des usages recommandés et autorisés (p. 202-206). Ce sont précisément ces différents types de contestation que les politiques de lutte contre les médicaments illicites tentent de juguler, à défaut de les annihiler. Si « ces diversions de flux » ne constituent qu'une infime part des volumes de médicaments circulant dans le monde, elles n'en demeurent pas moins autant d'alternatives (et de menaces) au régime logistique pharmaceutique mis en place dans les années 1990 et 2000.

Aller plus loin

- Angell, Marcia. *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques : comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*. Éditions Le mieux-être, 2005.
- Blech, Jörg. *Les inventeurs de maladies : manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*. Acte Sud, 2008.
- Cassier, Maurice & Corrêa, Marilena. « Brevets de médicament, luttes pour l'accès et intérêt public au Brésil et en Inde », *Innovations* 2, 2010, p. 109-127.

- Chauveau, Sophie, « Contrefaçons et fraudes sur les médicaments (XIX^e-XX^e siècles) » in Gérard Béaur, Hubert Bonin et Claire Lemerrier (dir.), *Fraude, contrefaçon et contrebande de l'Antiquité à nos jours*. Genève, Droz, 2006, p. 711-728.
- Dixneuf, Marc, « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », *Revue française de science politique* 53.2, 2003, p. 277-304.
- Greene, Jeremy A. *Generic: The unbranding of modern medicine*. Baltimore, John Hopkins University Press, 2014.
- Nouguez, Étienne, *Des médicaments à tout prix. Sociologie des génériques en France*, Paris, Presses de Sciences Po, 2017.
- Outtersson, Kevin & Smith, Ryan. "Counterfeit Drugs: The Good, the Bad, and the Ugly." *Albany Law Journal of Science & Technology* 16, 2006, p. 525-543.
- Siméant, Johanna, « Localiser le terrain de l'international », *Politix* 4, 2012, p. 129-147.
- Stanziani, Alessandro, *Histoire de la qualité alimentaire (XIX^e-XX^e siècles)*. Paris, Seuil, 2005.

Publié dans laviedesidees.fr le 18 octobre 2019