



**CONCOURS EXTERNE ET INTERNE**  
**POUR L'EMPLOI DE CONTRÔLEUR DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS**  
**BRANCHE SURVEILLANCE**  
**SPÉCIALITÉ « SURVEILLANCE ET MAINTENANCE NAVALE »**  
**DES 4, 5 ET 6 MARS 2013**

**ÉPREUVE ÉCRITE D'ADMISSIBILITÉ N°1**

(DURÉE : 3 HEURES - COEFFICIENT 3)

**RÉDACTION D'UNE NOTE SUR UN SUJET D'ORDRE GÉNÉRAL RELATIF**  
**AUX PROBLÈMES ÉCONOMIQUES, CULTURELS OU**  
**SOCIOPOLITIQUES DU MONDE CONTEMPORAIN À PARTIR D'UN**  
**DOSSIER**

À partir des documents suivants, vous rédigerez une note d'environ 4 pages consacrée à l'accès aux médicaments en Afrique.

**AVERTISSEMENTS IMPORTANTS**

L'usage de tout matériel autre que le matériel usuel d'écriture et de tout document autre que le support fourni est **interdit**. **Toute fraude ou tentative de fraude** constatée par la commission de surveillance **entraînera l'exclusion du concours**.

Veillez à bien indiquer sur votre copie le nombre d'intercalaires utilisés (la copie double n'est pas décomptée)

Il vous est interdit de quitter définitivement la salle d'examen **avant le terme de la première heure**.

**Le présent document comporte 30 pages numérotées.**

## Liste des documents

- Document 1 :** Les faux médicaments, un crime contre les plus pauvres – Médicrime, une arme contre ce fléau ?, 21 juin 2012 - [www.coe.int](http://www.coe.int)
- Document 2 :** L'Afrique face au fléau des faux médicaments, 25 octobre 2012 – [www.la-croix.com](http://www.la-croix.com)
- Document 3 :** Sanofi étend sa gamme de médicaments bon marché en Afrique sub-saharienne, 23 mai 2012 – [www.afriqinfos.com](http://www.afriqinfos.com)
- Document 4 :** Afrique : l'indépendance pharmaceutique est-elle vraiment possible ? 5 septembre 2010, [pharmanalyses.fr](http://pharmanalyses.fr)
- Document 5 :** Quand le marché des médicaments génériques s'éveillera..., 6 avril 2012 - <http://terangaweb.com>
- Document 6 :** Échanges avec J-P Dozon : le rôle de la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne, 14 avril 2011 - [www.etudiantsetdeveloppement.org](http://www.etudiantsetdeveloppement.org)
- Document 7 :** Fin du recyclage des médicaments, question orale sans débat n° 0386S de Mme Marie-Thérèse Hermange (Paris – UMP), 15 janvier 2009, [www.senat.fr](http://www.senat.fr)
- Document 8 :** Enfin, l'Afrique du Sud affronte le sida, janvier 2012 – *Le Monde diplomatique*
- Document 9 :** Un trafic de médicaments alimentait l'Afrique, 27 novembre 2011 - *Le Parisien*

## **LES FAUX MÉDICAMENTS, UN CRIME CONTRE LES PLUS PAUVRES MEDICRIME, UNE ARME CONTRE CE FLEAU ?**

### **I. Le trafic de faux médicaments - une progression inquiétante, un danger sanitaire certain**

Les autorités de certains pays en développement déclarent que le pourcentage de faux médicaments peut atteindre plus de 60 % des produits mis en circulation. Ce fléau s'étend dans le monde entier, principalement en Afrique et en Asie. L'Europe et les États-Unis, eux-mêmes, ne sont cependant pas épargnés.

#### **1. Qu'est-ce qu'un faux médicament ?**

Selon la définition européenne, on appelle médicament falsifié « tout médicament comportant une fausse présentation de :

- son identité, y compris de son emballage et de son étiquetage, de sa dénomination ou de sa composition s'agissant de n'importe lequel de ses composants, y compris les excipients, et du dosage de ces composants,
- sa source, y compris de son fabricant, de son pays de fabrication, de son pays d'origine ou du titulaire de son autorisation de mise sur le marché,
- son historique, y compris des enregistrements et des documents relatifs aux circuits de distribution utilisés.

La présente définition n'inclut pas les défauts de qualité non intentionnels et s'entend sans préjudice des violations des droits de propriété intellectuelle. »

Cela peut s'appliquer aussi bien aux produits de marque qu'aux produits génériques. Les faux médicaments incluent ainsi ceux ne contenant pas de principe actif, des principes actifs à un mauvais dosage ou ceux ayant un faux conditionnement.

Les produits médicaux falsifiés correspondent à une définition plus large et concernent les faux médicaments, les faux vaccins (contenant par exemple uniquement de l'eau), les fausses substances actives ou encore les faux dispositifs médicaux.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) préfère pour le moment se référer à une définition élargie incluant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

#### **2. Un trafic en développement - la réalité du fléau**

Le caractère illégal du trafic de faux médicaments et le faible engagement des États pour l'endiguer rendent difficile la collecte de données. Cependant, les experts du domaine de la santé et les acteurs de terrain s'accordent pour décrire une situation alarmante :

- 10 % des médicaments vendus sont non conformes, ce qui représente, en terme de chiffre

d'affaires au niveau mondial, plus de 52 milliards d'euros (75 milliards de dollars)<sup>1</sup>.

- selon certaines données, le trafic de faux médicaments serait 25 fois plus rentable que la vente de la drogue.

L'achat des médicaments dans les pays où il n'y a pas de sécurité sociale représente le deuxième poste dans le budget des familles. La qualité des médicaments constitue dès lors un enjeu économique considérable pour les populations. Pourtant, alors qu'un usager de drogue sait qu'il absorbe un produit prohibé, un malade, lui, ne sait pas que le médicament qu'il prend est dangereux.

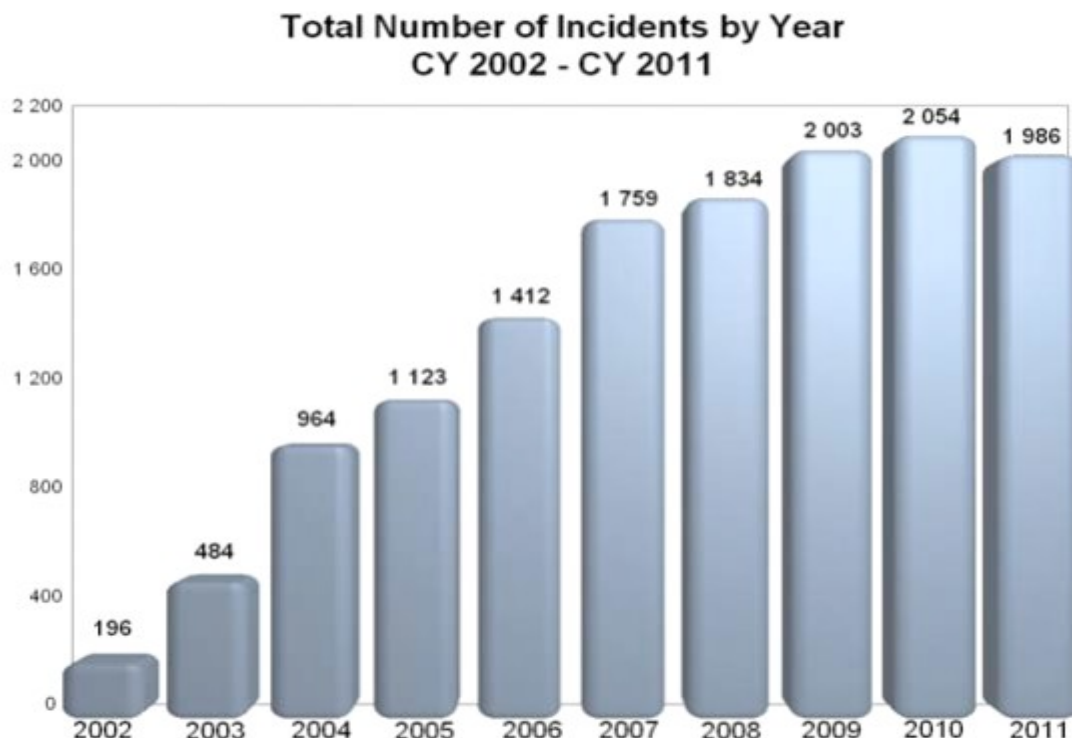
Aujourd'hui, mis à part quelques rares pays du monde où la riposte commence à s'organiser, les autorités n'ont pas pris les mesures qui s'imposent pour prévenir et contrôler ce grave préjudice pour la santé publique.

La fabrication, le trafic, la vente de médicaments et de vaccins falsifiés sont d'autant plus prisés par les réseaux criminels internationaux que la communauté internationale, les institutions internationales n'ont pas réagi avec la même vigueur que contre le trafic de drogue.

Une estimation précise de la proportion de produits médicaux falsifiés et des faux médicaments sur les marchés nationaux est actuellement impossible. Les chiffres de 2007 cités représentent une augmentation d'environ 20 % par rapport à 2006. C'est 10 fois plus qu'en 2000<sup>2</sup>.

Selon Pharmaceutical Security Institute (PSI), entre 2002 et 2011, le nombre d'incidents<sup>3</sup> liés au trafic de faux médicaments a pris une ampleur alarmante. On reconnaît qu'une amélioration dans la collecte des données, des efforts croissants des agents chargés de l'application de la loi et une meilleure sensibilisation du public ont contribué à l'identification d'un plus grand nombre d'incidents. Toutefois, le graphique ci-dessous montre l'essor certain de ces activités criminelles.

Figure 1 : nombre de découvertes de médicaments falsifiés, détournés ou volés, entre 2002 et 2011



<sup>1</sup> Selon Centre pour l'intérêt public (USA)

<sup>2</sup> Produits Contrefaits – rapport du secrétariat de l'OMS du 18 décembre 2008

<sup>3</sup> Un incident est un événement distinct survenu par la découverte de médicaments faux ou falsifiés, détournés ou volés rapporté par des inspecteurs de santé publique, des douaniers, des policiers ou le grand public

Les malfaiteurs ont vu dans le développement de l'usage du vaccin et du médicament un moyen facile et, jusqu'ici, sans risque, de gagner beaucoup d'argent. Des groupes de trafiquants transnationaux se sont emparés de ce commerce lucratif et les sommes recueillies sont reconverties dans d'autres activités délictueuses (blanchies, elles ne sont jamais réinjectées dans les économies nationales et sont, le plus souvent, placées dans des paradis fiscaux).

Par ailleurs, la vente de produits pharmaceutiques sur Internet multiplie également les risques d'achat de médicaments non conformes. Le coût de production de Sildénafil<sup>1</sup> en Chine ou en Inde représente approximativement 0,05 \$ et peut être vendu sur Internet à 3 \$. Le bénéfice est alors de 6 000 % et peut même atteindre 20 000% lorsque ce produit est introduit dans le circuit pharmaceutique régulier<sup>2</sup>.

Par exemple, le commerce de médicaments sur Internet peut fonctionner avec des fabricants en Ukraine, des conditionneurs en Allemagne, des hébergeurs aux Canaries, du stockage à Vanuatu, des comptes off shore à Chypre... Une opacité qui favorise la falsification. Selon les experts, les risques pour l'internaute d'être trompé lorsqu'il achète sont de l'ordre de 90 %<sup>3</sup>.

Grâce aux informations fournies par ses membres et par les médias, PSI a documenté en 2011 l'arrestation de 1 311 personnes impliquées dans le trafic de faux médicaments. Il s'agit du deuxième plus grand nombre annuel d'arrestations jamais répertorié par l'Institut.

#### a. Les facteurs favorisant l'essor de ce commerce illégal

De nombreux facteurs<sup>4</sup> sont responsables ou permettent le trafic de faux médicaments et son émancipation :

- la corruption. Une mauvaise gouvernance, des institutions faibles favorisent la corruption et les conflits d'intérêts qui peuvent nuire à l'efficacité des autorités de réglementation pharmaceutique et des personnes chargées de faire respecter les lois. Ce facteur permet aux trafiquants d'échapper aux arrestations, aux poursuites ou aux condamnations,
- la réticence des gouvernements à reconnaître l'existence ou la gravité du problème. Les pays ont besoin d'une législation adaptée pour pouvoir combattre ce trafic,
- l'insuffisance du cadre juridique, des sanctions et des mesures administratives. Lorsque le contrôle de la fabrication et de la distribution des médicaments n'est pas suffisamment couvert ni mis en application par la législation, le commerce illégal peut échapper aux poursuites,
- la faiblesse, l'absence ou la clémence des sanctions pénales non adaptées aux risques pour la santé publique, punissant les violations de la législation pharmaceutique incitent le trafic de faux médicaments,
- l'inefficacité du contrôle de la fabrication à la distribution des produits. L'insuffisance, la faiblesse ou l'inefficacité des contrôles réglementaires favorisent l'importation, la fabrication et la distribution de médicaments sans surveillance, ce qui provoque la prolifération des médicaments non conformes et stimule l'apparition de marchés illicites,
- le manque de collaboration des acteurs impliqués dans la réglementation, le contrôle, les enquêtes et les poursuites. Ce constat s'applique aux niveaux national et international,
- la multiplication des intermédiaires. Le processus complexe, allant de la fabrication du produit à sa

<sup>1</sup> Médicament de la classe des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, plus connu sous la marque Viagra®

<sup>2</sup> OMS - Genève TBS avril 2009

<sup>3</sup> Centrale humanitaire médico-pharmaceutique (CHMP) – Un Nouveau regard sur le médicament

<sup>4</sup> D'après le guide pour l'élaboration de mesures visant à éliminer les médicaments contrefaits – OMS 2000

commercialisation, la distribution et la vente au détail, implique un nombre très important d'acteurs et facilite le commerce des trafiquants de faux médicaments,

- l'importation parallèle non réglementée. Ceci est le cas lorsqu'un distributeur non rattaché au réseau de distribution du groupe pharmaceutique, achète des médicaments dans un État où leur prix est bas, pour les revendre ensuite dans un autre où leur prix est élevé,
- le perfectionnement de la fabrication clandestine. L'apparition de matériel perfectionné pour fabriquer et conditionner rend plus difficile la détection des médicaments falsifiés du fait que les trafiquants peuvent imiter les produits authentiques à la perfection,
- les prix élevés ou différentiels de certains médicaments et la méconnaissance des prix des génériques de qualité, disponibles à un coût dix fois inférieur, favorisent la fourniture de faux médicaments meilleur marché,
- l'accès insuffisant des populations aux services de santé et à des voies d'approvisionnement pharmaceutique fiables,
- la pauvreté et l'analphabétisme. Aujourd'hui, d'après l'UNESCO<sup>1</sup>, environ 774 millions de personnes ne savent ni lire ni écrire. Cela représente environ un adulte sur cinq dans le monde et les principales zones géographiques touchées sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud et de l'Ouest et les pays du Pacifique.

#### b. Quelques exemples

- En 2008, l'Organisation Mondiale des Douanes (OMD) relate que les douanes de 27 pays ont signalé 907 saisies de médicaments non conformes (34 millions de pièces). La valeur a été estimée à 89 millions d'euros (plus de 126 millions de dollars), ce qui représente une hausse de 283 % par rapport à 2007,
- dans plus de 50 % des cas, on a observé que les médicaments achetés sur des sites Internet dissimulant leur adresse physique étaient des contrefaçons<sup>2</sup>, et 96 % des pharmacies en ligne seraient illégales<sup>3</sup>,
- on considère qu'environ 800 médicaments dans le monde sont contrefaits<sup>4</sup>.

### 3. Les dangers sanitaires causés par le trafic de faux médicaments

#### a. L'échec thérapeutique

L'amélioration de l'état de santé d'une personne ou d'une population est fortement remise en cause lorsque les soins sont obtenus auprès d'un marché illicite, l'origine et la qualité de ces produits pharmaceutiques étant fortement douteuses. L'échec thérapeutique est alors probable et peut se traduire par une aggravation de l'état de santé de la personne. Les conséquences en terme de santé publique peuvent être donc dramatiques.

#### b. Le phénomène de résistance

Ce trafic est particulièrement préoccupant dans les pays dont les mécanismes de contrôle réglementaire sont faibles. Ce sont souvent les mêmes pays qui ont la charge de maladie la plus élevée, les populations les plus pauvres et le plus grand besoin de médicaments fiables. Les médicaments non conformes sont de véritables poisons. Ils ne traitent pas les patients, mettent leurs

1 International Literacy Statistics : A Review of Concepts, Methodology and Current Data – UNESCO Institute for Statistics, Montreal, 2008

2 Organisation Mondiale de la Santé - Communiqué de presse - janvier 2010

3 National Association of Boards of Pharmacy - 2011

4 Pharmaceutical Security Institute

vies en danger et contribuent à l'augmentation de la résistance à certaines maladies (pharmacorésistances) parfois mortelles. Lors d'une utilisation inadéquate des antimicrobiens, la probabilité que les micro-organismes s'adaptent et se multiplient au lieu de disparaître est très forte. Ce phénomène de résistance a lieu lorsque les doses d'antibiotiques ou d'antiparasitaires sont insuffisantes ou administrées sur une trop courte durée. Les faux médicaments étant très présents sur les étalages, ce commerce illégal représente ainsi l'une des principales barrières à la lutte contre des maladies très graves comme le paludisme ou la tuberculose.

## **II. Les précédentes opérations mises en œuvre au niveau international**

### **1. L'implication de l'Union européenne**

Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont publié le 8 juin 2011 une directive relative aux médicaments à usage humain en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légal de médicaments falsifiés.

Cette directive vise, au moyen de mesures de contrôle et de sécurité harmonisées et paneuropéennes, à empêcher que les médicaments falsifiés n'arrivent jusqu'aux patients. Ces mesures sont censées permettre de faciliter la détection des médicaments falsifiés et d'améliorer la qualité des vérifications et des contrôles aux frontières et au sein de l'UE.

Parmi ces nouvelles mesures, on citera notamment :

- une mention d'authenticité obligatoire sur l'emballage extérieur des médicaments,
- des exigences renforcées en matière de contrôle et d'inspection des usines fabriquant des principes actifs pharmaceutiques,
- des exigences plus strictes en matière de conservation des données pour les grossistes,
- des règles renforcées en matière d'inspection,
- l'obligation pour les fabricants et les distributeurs de communiquer toute suspicion de médicaments falsifiés,
- l'inscription d'un « label de qualité » obligatoire pour les sites web des pharmacies en ligne licites, un clic sur le « label de qualité » dirigeant l'utilisateur vers un registre national officiel contenant une liste de toutes les pharmacies licites.

### **2. Les opérations d'Interpol**

Afin de lutter contre la vente des faux médicaments sur Internet, Interpol a mis en place plusieurs opérations ciblant spécifiquement trois régions du monde et le commerce illégal sur Internet :

- l'opération PANGEA, au niveau international, à laquelle 81 pays ont participé et qui a permis de confisquer 2,4 millions de pilules, pour une valeur de 6.3 millions de dollars et de fermer 13 500 sites Internet illégaux. Cette opération a lieu une fois par an depuis 2008 et vise principalement les moyens utilisés par les sites Internet pour procéder à leurs opérations commerciales : les fournisseurs d'accès à Internet, les systèmes de paiement et les services de livraison,
- l'opération MAMBA, qui agit en Afrique de l'Est et dont l'objectif est d'interrompre les activités des organisations criminelles transnationales impliquées dans le trafic des faux médicaments dans cette région,
- l'opération STORM, en Asie du Sud-Est, région particulièrement touchée par le problème, qui a abouti à la prise de 20 millions de pilules et à la fermeture d'une centaine de pharmacies illégales,

- l'opération COBRA, en Afrique de l'Ouest qui a permis de saisir 10 tonnes de faux médicaments et a abouti à l'arrestation de cent personnes.

Ces actions sont très efficaces en quantité mais leur portée reste réduite du fait du manque de législation coordonnée en la matière et de la faiblesse des sanctions pénales. Les moyens pour dissuader les fabricants de faux médicaments de continuer leur activité ne sont pas assez efficaces, quand on voit que, par exemple, dans certains pays industrialisés, la contrefaçon de t-shirts est punie plus sévèrement que la contrefaçon de médicaments.

### 3. La résolution de la Francophonie

En octobre 2010, lors de la XIIe conférence de la Francophonie qui avait lieu à Montreux, les chefs d'État et de gouvernement participants ont adopté une résolution sur le « renforcement de la coopération entre les États pour lutter contre les faux médicaments et les produits médicaux falsifiés » afin d'accentuer la mobilisation internationale dans la lutte contre les faux médicaments.

### 4. Le programme « eTACT » lancé par le Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe et sa Direction européenne de la Qualité du Médicament & Soins de Santé (DEQM) ont lancé en janvier 2012 « eTACT », un service informatique de traçabilité qui permettra aux patients de vérifier l'authenticité de leurs médicaments sur leurs smartphones ou sur Internet.

« eTACT » – un élément de la stratégie globale du Conseil de l'Europe en matière de lutte contre les faux médicaments – est un service public qui couvre l'ensemble des médicaments de la chaîne légale d'approvisionnement et sera ouvert, entre autres, aux 36 États membres de la Commission européenne de Pharmacopée.

À une étape critique du développement de systèmes de lutte contre la contrefaçon en Europe, « eTACT » apportera une contribution majeure en offrant un service de traçabilité sécurisé, interopérable, efficace, rentable et flexible pour protéger la santé publique.

## **III. La mise en place de la convention MEDICRIME**

### La Convention MÉDICRIME, un premier outil juridique international

MÉDICRIME est née de la volonté du Conseil de l'Europe d'élaborer une convention internationale instituant pour la première fois un instrument juridique contraignant dans le domaine du droit pénal en criminalisant la contrefaçon mais aussi la fabrication et la distribution de produits médicaux falsifiés.

MÉDICRIME marque ainsi une réponse claire face à l'absence d'une législation harmonisée au niveau international alors que le fléau des faux médicaments cause chaque année la mort de centaines de milliers de personnes dans le monde et plus particulièrement dans les pays en développement.

La Convention introduit des sanctions pénales mais également des mesures de prévention et de protection des victimes et offre un cadre de coopération internationale et de coordination au niveau national.

Bien qu'initiée par le Conseil de l'Europe, tout pays non membre est libre de rejoindre la convention.

- Seulement 15 signataires en février 2012

Ouverte officiellement à signature en octobre 2011, elle ne compte à ce jour que 15 signataires : Allemagne, Autriche, Chypre, Finlande, France, Islande, Suisse, Italie, Israël, Portugal, Russie,



Ukraine, Luxembourg, Danemark, Liechtenstein,

- l'adhésion possible des Etats non membres du Conseil de l'Europe

Aujourd'hui certains Etats non membres du Conseil de l'Europe souhaiteraient se joindre à la Convention. C'est le cas de la Guinée dont la candidature est à l'étude,

- transposition de la Convention en loi dans chaque pays

La France et la Belgique travaillent déjà à l'intégration de la Convention dans leur système juridique. Un processus qui va prendre beaucoup de temps. Cette question se pose avec plus d'acuité encore pour les pays fragiles et pourtant largement victimes du trafic de faux médicaments.

Afin d'être opérante, la convention doit être ratifiée par au moins cinq pays, dont trois pays membres du Conseil de l'Europe.

La fondation Chirac appuie cette initiative dont l'objectif est de lutter contre les faux médicaments. En effet, depuis près de deux ans, la Fondation mène activement un programme d'accès aux médicaments et à une santé de qualité dirigé par le Professeur Gentilini.

Outre la contribution à l'élaboration d'une Convention internationale, la Fondation continue son travail de plaidoyer auprès des chefs d'État et de gouvernement.

Par ailleurs, elle agit sur le terrain en soutenant des comités techniques de lutte contre les faux médicaments impliquant professionnels de la santé, administrations et ministères concernés (douanes, police, communication, formation). De tels comités sont déjà actifs au Bénin, au Sénégal et en République du Congo. Là, ses animateurs ont déjà soumis au Président Sassou Nguesso un projet de loi assorti d'un plan d'action contre les faux médicaments.

Six mois après l'Appel de Cotonou contre les faux médicaments lancé le 12 octobre 2009, cette décision est, selon la fondation Chirac, une étape importante dans la définition d'outils réglementaires et législatifs pour lutter contre les médicaments falsifiés.

#### **IV. Rappel sur les actions de la fondation Chirac**

##### **1. Agir au service de la Paix**

Lancée en juin 2008 par le Président Jacques Chirac, sa Fondation a pour mission de « poursuivre autrement son action au service de la paix », à travers quatre grands programmes de plaidoyer et d'action en faveur de :

- l'accès à l'eau et à l'assainissement,
- l'accès à une santé et à des médicaments de qualité,
- l'accès aux ressources de la terre,
- la défense de la diversité culturelle et linguistique.

La fondation Chirac veut créer les conditions du dialogue, fédérer et mobiliser sur des actions concrètes qui favorisent l'accès à ces droits fondamentaux, le partage et la gestion des ressources naturelles pour que se développe une économie sociale et solidaire durable, condition nécessaire à la prévention des conflits.

L'action de la fondation Chirac est double :

- un plaidoyer mené par le Président Jacques Chirac et des personnalités qualifiées dans le cadre de conférences, colloques et cercles de réflexion en France et à l'étranger afin de sensibiliser les

responsables politiques et administratifs ainsi que la société civile,

- des projets de terrain sélectionnés puis mis en œuvre avec l'aide d'organisations partenaires. Innovants, ils impliquent les populations locales et peuvent être facilement et rapidement multipliés.

Chaque année la Fondation décerne un Prix pour la prévention des conflits.

## 2. Son action dans le domaine du contrôle des médicaments

L'appel de Cotonou lancé le 12 octobre 2009 à l'initiative de la fondation Chirac, est un des actes fondateurs de la mobilisation contre le trafic des faux médicaments et la première action de plaidoyer du programme accès à une santé et à des médicaments de qualité de la Fondation. A ce jour, le texte compte une quarantaine d'États signataires et plusieurs grands organismes internationaux (Commission européenne, Francophonie, Interpol, Organisation mondiale des douanes, ONU...).

Dans la lignée de cet engagement, la Fondation a organisé, en partenariat avec le ministère des Affaires étrangères français, la CEDEAO, l'UEMOA, l'OMS et le gouvernement burkinabé, la « Table ronde sur les faux médicaments en Afrique de l'Ouest », du 27 au 29 septembre 2011 à Ouagadougou.

Depuis février 2009, la fondation Chirac soutient le Laboratoire National de Contrôle de la Qualité des Médicaments de Cotonou. L'extension de ce laboratoire pourra à terme lui permettre d'acquérir la préqualification de l'OMS et de devenir ainsi une structure modèle de contrôle de la qualité des médicaments dans toute l'Afrique de l'Ouest.

Enfin, la Fondation travaille aux côtés de différents partenaires notamment dans le cadre d'actions d'information de la population aux dangers de la consommation de faux médicaments. En mai 2011, avec le ministère des Affaires étrangères français, elle présente PHARMACIDE, un clip de sensibilisation à l'achat de faux médicaments sur Internet. En octobre 2011, la fondation Chirac soutient la sortie du clip de « Proud to be » interprété par Yvonne Chaka Chaka et Youssou N'Dour et produit par Interpol.

*www.coe.int*

## **L'AFRIQUE FACE AU FLÉAU DES FAUX MÉDICAMENTS**

L'Organisation mondiale des douanes (OMD) a annoncé hier qu'une opération anti-fraude, menée en juillet dans 16 ports africains, a permis de saisir 82 millions de doses de médicaments illicites.

### **Des faux médicaments sur un marché en Côte d'Ivoire.**

Près de 10 milliards de faux médicaments seraient introduits chaque année sur ce continent.

Ces produits, qui ne contiennent le plus souvent aucune substance active, peuvent menacer la vie des patients atteints de maladies graves.

Les raids ont été menés en plein cœur de l'été dans le plus grand secret : à la mi-juillet, l'Organisation mondiale des douanes (OMD) a conduit une opération coup-de-poing dans les grands ports de 16 pays africains. Avec un objectif très clair : mettre la main sur un maximum de médicaments de contrefaçon.

Hier, lors d'une conférence de presse à Paris, Kunio Mikuriya, le secrétaire général de l'OMD a annoncé que plus de 82 millions de doses de médicaments illicites avaient été saisies : des antipaludéens, des antiparasitaires, des antibiotiques, des sirops antitussifs, des contraceptifs ou des traitements contre la stérilité.

*« Ces résultats alarmants nous rappellent l'ampleur du trafic de médicaments en Afrique et du danger qu'il fait peser sur la santé des consommateurs africains »,* souligne l'OMD, qui a conduit cette opération en compagnie de l'Institut de recherche anti-contrefaçon de médicaments (Iracm), une association mise en place à l'initiative du laboratoire pharmaceutique Sanofi.

### **84 conteneurs de contrefaçons**

Au total, 110 conteneurs maritimes ont été inspectés par les 16 administrations douanières des pays concernés. *« En trois jours, nous avons retrouvé des produits contrefaits ou illicites dans 84 conteneurs. C'est énorme, constate Christophe Zimmermann, coordinateur de la lutte anti-contrefaçon au sein de l'OMD. À côté de ces 82 millions de doses de médicaments illicites, nous avons aussi mis la main sur 6,5 millions de faux produits alimentaires ou de consommation divers : du lait pour bébé, des couches, des serviettes hygiéniques... On a l'impression que l'Afrique est vraiment devenu le dépotoir de la planète »,* se désole ce responsable.

C'est en Angola, au Togo, au Cameroun et au Ghana que les saisies ont été les plus importantes. La majorité des marchandises interceptées venait d'Asie de l'Est, du Sud et du Moyen-Orient. *« La provenance exacte de ces produits n'est pas toujours simple à établir. En général, ces faux médicaments ne sont jamais acheminés d'un point A vers un point B. Les trafiquants font transiter leurs productions par différents pays avant d'arriver à la destination finale »,* explique Christophe Zimmermann, en insistant sur la très grande mobilité des faussaires.

### **Des filières très difficiles à remonter**

*« Depuis quelque temps, par exemple, les autorités douanières chinoises se sont engagées de manière active dans la lutte contre la production de faux médicaments. Et très vite, les trafiquants se sont déplacés vers des pays satellites. Il est très difficile de remonter les filières car le plus souvent, ces médicaments sont fabriqués dans des micro-usines, des petites structures hébergées dans des maisons, des appartements ou de caves, qui tournent 24 heures sur 24 »,* confie le

responsable de l'OMD.

Les autorités sanitaires mondiales ont pris conscience depuis plusieurs années de la gravité de ce problème de trafic de faux médicaments. « *Leur élimination constitue un défi considérable pour la santé publique* », affirme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui s'est associée, en 2009, à l'Organisation internationale de police internationale (Interpol) pour lutter contre les trafics.

Certaines firmes pharmaceutiques sont également très actives dans ce combat. En 2005, le laboratoire français Sanofi-Aventis a ainsi embauché Jacques Franquet, ancien préfet et directeur central de la police judiciaire, pour conduire notamment des actions de surveillance, sur le terrain, des marchés illicites.

C'est ce responsable policier qui est aujourd'hui à la tête de l'Iracm, association chargée de former les douaniers, les policiers ou les professionnels de santé des pays les plus exposés pour les aider à repérer les médicaments illicites.

### **Un crime de plus contre la pauvreté**

Sur le plan politique, ce combat est aussi activement relayé par la Fondation Jacques-Chirac. En 2009, à Cotonou, l'ancien président de la République avait lancé un large appel contre le trafic de médicaments. « *Nous sommes face à des voyous, des mafieux* », affirme le professeur Marc Gentilini, directeur général pour l'accès aux médicaments au sein de cette Fondation. *Ce fléau touche en priorité tous les patients qui n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments bien contrôlés. Ces faux médicaments tuent. C'est un crime de plus contre la pauvreté* », s'insurge l'ancien président de la Croix-Rouge.

Car le principal problème des contrefaçons n'est pas le manque à gagner des grandes firmes de pharmacie. Ces médicaments illicites peuvent surtout menacer directement la vie des patients. Un certain nombre d'entre eux contient des substances toxiques ou périmées.

« *Dans notre opération du mois de juillet, nous avons par exemple retrouvé des sirops expectorants qui devaient être conservés entre 2 et 4 °C, dans un conteneur où la température atteignait 67 °C* », explique Christophe Zimmermann.

### **Un marché extrêmement lucratif**

Mais le plus souvent, ces faux médicaments ne contiennent tout simplement aucune substance pharmacologique active. Ce qui peut s'avérer dramatique lorsqu'ils sont utilisés pour traiter des pathologies mortelles.

« *En Angola, nous avons découvert des fausses copies de l'antipaludéen le plus vendu dans le pays. En ne soignant pas, ces faux médicaments peuvent tuer* », martèle Christophe Zimmermann. Le nombre de victimes de ces médicaments contrefaits reste très difficile à estimer.

En tout cas, selon l'Iracm, ce marché est particulièrement lucratif pour les faussaires : en extrapolant les chiffres de la saisie du mois de juillet, elle estime que près de 10 milliards de médicaments contrefaits seraient introduits chaque année sur le continent africain pour une valeur potentielle de 5 milliards de dollars (3,8 milliards d'euros).

-----

### **En 1995, 2 500 morts au Niger à cause d'un faux vaccin**

En 1995, lors d'une épidémie de méningite au Niger, un faux vaccin a été distribué à plus de 50 000 personnes, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au total, 2 500 d'entre elles sont mortes des suites de la maladie que ce médicament inefficace n'a pas pu prévenir.

En 2009, un sirop toxique contre la toux a fait plusieurs dizaines de morts au Nigeria. En 2011, au Kenya, 3 000 malades ont aussi été concernés par la prise de médicaments antirétroviraux falsifiés. Selon les autorités sanitaires américaines, un médicament sur dix vendus dans le monde serait un faux.

Pierre Bienvault, *www.la-croix.com*

## **SANOFI ÉTEND SA GAMME DE MÉDICAMENTS BON MARCHÉ EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE**

NAIROBI (Xinhua) - La compagnie française Sanofi et Medreich India ltd. viennent de conclure un accord selon lequel Sanofi acquerra les droits sur une gamme de produits génériques de Medreich India ltd., un influent sous-traitant de recherche et de production.

"Sanofi est engagé envers le secteur africain de la santé et intervient avec tous ses partenaires pour protéger la santé, améliorer les conditions de vie et répondre aux espoirs d'un milliard de personnes dans le besoin. Cette acquisition est un exemple manifeste de notre engagement à étendre notre portefeuille de médicaments abordables à davantage de patients et de pays", indique le vice-président de Sanofi Afrique Didier Rousselle dans un communiqué reçu mardi.

D'après le communiqué, l'intégration des produits Medreich s'inscrit dans le cadre du développement de Zentiva, compagnie de génériques de Sanofi.

Les produits de Medreich India permettront à Sanofi de développer dans les pays sub-sahariens son portefeuille de produits génériques de qualité à des prix raisonnables dans des secteurs thérapeutiques clé tels que les anti-infectieux, les analgésiques et les anti-inflammatoires, ou encore les produits vitaminés et les médicaments contre le paludisme, précise le communiqué.

Sanofi, l'une des plus grandes compagnies pharmaceutiques en Afrique, propose aux patients africains l'un des plus larges éventails de médicaments et de vaccins de l'industrie.

Selon le communiqué, près de 60% des médicaments de Sanofi en Afrique sont produits sur le continent dans sept usines réparties entre six pays, à savoir l'Algérie, la Tunisie, le Maroc, l'Égypte, le Sénégal et l'Afrique du Sud.

Sanofi investit continuellement dans les infrastructures de production et de distribution en Afrique, où quelque 80 millions d'euros ont été investis au cours des cinq dernières années et 120 autres millions d'euros seront dépensés dans les cinq prochaines années, ajoute le communiqué.

*Mercredi 23 mai 2012 | 02:04 UTC <http://www.afriqinfos.com>*

## **AFRIQUE : L'INDÉPENDANCE PHARMACEUTIQUE EST-ELLE VRAIMENT POSSIBLE ?**

**Soigner les Africains avec moins d'un dollar par jour. L'objectif qui paraît dérisoire pour les Européens que nous sommes est encore loin de portée pour nombre de pays africains. Ceux du Nord tentent, avec des succès variables, de pourvoir en interne pour au moins 50 % aux approvisionnements de leurs médicaments. L'Algérie vient d'adopter des mesures favorisant les productions locales. Mais les principaux concurrents des stratégies régionales visant à l'indépendance pharmaceutique se situent à l'Est en Asie, avec l'Inde en tête. Analyse par Jeune Afrique des contraintes auxquelles sont soumis nos voisins africains.**

Le continent, qui importe 80 % de ses médicaments, entend se doter de ses propres unités de production. Ça et là apparaissent des entreprises à capitaux locaux, qui misent sur la fabrication de produits non brevetés.

Poids lourd de l'économie mondiale, l'industrie pharmaceutique génère plus de 600 milliards d'euros par an. Et on estime déjà qu'en 2020 ce montant sera de 1 000 milliards d'euros. L'Afrique, l'Asie et le Moyen-Orient contribuent à ce marché à hauteur de 12 % à 15 %. Et alors que les importations de médicaments représentent 80 % du marché africain, le continent entend se doter de sa propre industrie, comme en témoigne l'émergence d'entreprises à capitaux locaux un peu partout en Afrique.

Elles se répartissent autour de deux grands pôles : l'Afrique du Nord – notamment l'Égypte, la Tunisie et le Maroc –, et l'Afrique du Sud, dont les firmes sont les plus réputées. Mais le reste du continent rattrape son retard : l'Afrique de l'Ouest compte aujourd'hui une centaine d'usines de fabrication de médicaments, l'Afrique de l'Est (Kenya, Éthiopie, Tanzanie) est également bien avancée. Et malgré la faiblesse du secteur dans cette zone, les pays d'Afrique subsaharienne francophone génèrent déjà un chiffre d'affaires pharmaceutique compris entre 360 millions et 460 millions d'euros par an.

### **L'exemple Maghrébin**

Le continent nourrit donc ses ambitions et se fait une place sur un marché très exigeant où la sélection des produits doit être rigoureuse, le conditionnement adéquat, le stockage garanti et, enfin, la distribution optimale.

L'Afrique du Nord a donné l'exemple. D'ailleurs, Rachid Kadiri, directeur général adjoint de l'usine du marocain Sothema, peut en témoigner. Son entreprise, créée en 1976 et cotée à la Bourse de Casablanca depuis 2005, est le premier laboratoire de fabrication de médicaments sous licence du continent, avec un chiffre d'affaires annuel de 800 millions de dirhams (environ 71 millions d'euros).

« Le Maroc arrive à couvrir 70 % à 80 % de ses besoins au niveau pharmaceutique », commente-t-il. Le pays compte aujourd'hui une trentaine de laboratoires de fabrication réglementés par le ministère de la Santé. En Tunisie, la production locale de médicaments couvre la moitié de la consommation nationale (contre 7,5 % en 1987) avec, en particulier, le développement et la fabrication de médicaments génériques répondant aux normes internationales édictées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : qualité, innocuité, efficacité, pureté des ingrédients...

Au sud du Sahara, la situation diffère quelque peu. En Afrique centrale, 99 % des médicaments sont

importés. Pour pallier ce problème et apporter une solution à celui de l'accessibilité des médicaments, Célestin Tawamba, à la tête du groupe agroalimentaire Cadyst Invest, a créé Cinpharm, la première usine pharmaceutique du Cameroun et la plus moderne de la région, à Maképé, dans la banlieue de Douala. Avec un capital de 11 milliards de F CFA (16,8 millions d'euros) « 100 % camerounais », cette unité de fabrication de médicaments génériques a été inaugurée en avril dernier.

### **L'Inde apporte son savoir faire**

Le transfert de technologie a été réalisé avec l'appui de l'indien Cipla. « Avec l'Inde, qui a apporté son savoir-faire, nous avons mis en place un contrat de partenariat gagnant-gagnant », explique Célestin Tawamba. L'objectif à long terme est de s'émanciper de ce partenariat pour acquérir une indépendance en matière de santé.

D'ailleurs, Cinpharm est « la seule plateforme au Cameroun qui offre aux étudiants une formation pratique », rappelle-t-il. L'entreprise fabriquera une soixantaine de médicaments génériques (anti-douleur, antiparasitaires, antipaludéens, antirétroviraux et antituberculeux) conformes aux normes de l'OMS, c'est-à-dire commercialisables non seulement en Afrique, mais aussi dans les pays voisins.

### **Un secteur promis à un bel avenir**

Si le rêve de Célestin Tawamba est de « faire en sorte que les gens se soignent avec moins de 1 dollar par jour », les pouvoirs publics devront nécessairement donner la priorité aux médicaments fabriqués localement pour que son initiative soit rentable. Car les entreprises à fonds locaux comme Cinpharm, qui ne produisent que des génériques, doivent faire face à une forte concurrence internationale : 70 % de ces produits sont importés d'Inde et « ne correspondent pas forcément aux standards internationaux », déplore Clive Ondari, médecin à l'OMS.

De plus, les grandes firmes asiatiques – mais aussi européennes – ne se privent pas d'implanter sur le continent des succursales qui, outre des médicaments brevetés, fabriquent aussi des génériques. « Entre 40 % et 50 % des investissements viennent d'Inde et d'Asie du Sud-Est », précise Clive Ondari.

Quoi qu'il en soit, les spécialistes s'accordent pour prédire un bel avenir à l'industrie pharmaceutique en Afrique, à condition évidemment que les gouvernements nationaux fassent de la santé leur priorité. « La politique pharmaceutique nationale doit être définie en collaboration avec l'OMS », estime le professeur Emmanuel Eben-Moussi, consultant international et auteur de *L'Afrique doit se refaire une santé* (L'Harmattan, 2006).

« La production locale dépend de la politique industrielle des pays, laquelle doit privilégier l'implantation d'unités locales de fabrication et ne pas favoriser les grandes firmes délocalisées », poursuit-il. C'est ce que semble avoir compris l'Algérie. Début août, le gouvernement a finalisé un projet de loi réorganisant le système de santé. Objectif prioritaire : réduire les importations de médicaments et promouvoir la production nationale. L'une des mesures pour y arriver consistera en une réduction de 50 % du taux d'impôt appliqué aux producteurs.

*Jean Jacques Cristofari, 5 septembre 2010, <http://pharmanalyses.fr>*



## **QUAND LE MARCHÉ DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES S'ÉVEILLERA...**

*L'émergence de politiques de santé publique ambitieuses en Afrique sub-saharienne fait de la production des médicaments génériques un enjeu majeur. Le marché africain du générique offre ainsi de belles opportunités d'investissement au secteur privé africain.*

A l'heure où les pays occidentaux tentent de freiner leurs dépenses de santé, au risque d'entériner définitivement des systèmes de santé à deux vitesses, certains pays africains adoptent une démarche radicalement opposée. Ainsi en février dernier, le gouvernement du Bénin a annoncé la création d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), afin de permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux soins selon les besoins médicaux et les revenus de chacun. En mars, s'est tenue au Niger une conférence pour le renforcement de la gratuité de soins de santé, gratuité qui avait été instaurée au Niger en 2005.

Les Etats d'Afrique subsaharienne prètent un intérêt croissant à la gestion du risque maladie auquel font face les populations locales, lourd de conséquence en termes financiers pour les familles qui doivent souvent supporter la majeure partie des dépenses de santé publique. Le risque sanitaire fait de l'accès aux médicaments à bas coût un enjeu essentiel. L'Afrique subsaharienne importe actuellement environ 90% de ses médicaments, le secteur des génériques représente donc un marché à fort potentiel sur le continent.

Outre l'innovation pharmaceutique, qui demeure essentielle, la priorité pour le continent consiste à renforcer ses capacités locales de production de médicaments. Une politique de développement volontariste dans le secteur pharmaceutique local est déterminante pour attirer des investisseurs privés locaux pour qu'ils contribuent à développer une industrie pharmaceutique africaine. Les pays les plus actifs en termes de production de médicaments génériques sont principalement le Kenya, le Nigéria, la Tanzanie et l'Afrique du Sud.

On peut citer à titre d'exemple le groupe sud-africain Aspen Pharma, qui fait partie du top 20 mondial des fabricants de génériques. Six de ses sites de production sont situés sur le continent (Afrique du Sud, Kenya, Tanzanie). Le chiffre d'affaires du groupe était en hausse de 31% sur les six derniers mois de l'année 2011, grâce à un marché domestique (Afrique du Sud) en forte croissance, et une bonne performance dans la sous-région, avec un profit opérationnel en hausse de 23%. Le groupe a su développer des partenariats stratégiques judicieux, notamment en Afrique de l'Ouest et au Nigéria avec le leader britannique Glaxosmithkline. Les perspectives de croissance sont en outre très favorables pour le groupe, qui a l'intention d'accroître sa prise de participation dans le groupe pharmaceutique tanzanien Shelys, qui fabrique notamment des traitements génériques contre le paludisme.

Le secteur des génériques en Afrique subsaharienne attire également les investisseurs d'autres pays émergents, comme l'Inde. Selon le site Bloomberg, le laboratoire pharmaceutique indien Cipla a l'intention d'investir 80 millions de dollars pour accroître ses capacités de productions en Ouganda, en partenariat avec Quality Chemicals Industries, un laboratoire du pays. Cet investissement vise à développer la production de traitements génériques contre le VIH et les médicaments génériques anti-malaria. L'usine de Quality Chemicals à Kampala a déjà des capacités de production existantes de 6 millions de comprimés anti-paludisme ou anti-VIH par jour.

La demande en médicaments génériques de l'Afrique subsaharienne reste donc aujourd'hui fortement supérieure à l'offre locale, ce qui permet à la concurrence indienne et chinoise de s'attribuer de larges parts de marché dans l'industrie pharmaceutique africaine. Les opportunités d'investissements pour les laboratoires africains sont pourtant bien réelles, et l'émergence de grands laboratoires africains spécialisés sur les génériques tels qu'Aspen permettrait de réduire les importations de médicaments et d'assurer une stabilité dans la production de médicaments génériques locaux. Les bailleurs de fonds devront quant à eux respecter les dynamiques d'un secteur pharmaceutique africain encore fragile, notamment en mesurant bien ex ante l'impact potentiel de dons aux États de médicaments achetés à l'extérieur, ce qui peut menacer l'équilibre du marché.

Le marché africain des génériques est malgré tout promis à un bel avenir, grâce aux efforts grandissants des pouvoirs publics pour assurer au plus grand nombre un accès aux soins tout en optimisant les dépenses publiques liées à la santé.

*Leila Morghad, <http://terangaweb.com>*

## **ECHANGES AVEC J-P DOZON : LE RÔLE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

*Tour d'horizon à partir d'échanges entre Jean-Pierre Dozon, anthropologue au Centre d'études africaines de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, et les participants du parcours « Santé et solidarité internationale » de l'Académie de formation thématique E&D / Animafac des 2 et 3 avril.*

« Santé pour tous en l'an 2000 », c'est ainsi que l'on pourrait résumer l'objectif fixé en 1978 par la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Onze ans après l'échéance, il est grand temps de conclure à un échec, tout particulièrement en Afrique subsaharienne.

En 2008, dans cette partie du monde, un enfant sur sept décède avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans et une femme sur trente meurt de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Ces chiffres, s'ils peuvent être contestés, sont au moins révélateurs de la crise profonde que traversent actuellement les systèmes de santé des États africains.

Organisés sur le modèle occidental et privilégiant la médecine « moderne » ou « biomédecine » mais souffrant de nombreuses lacunes, ils apparaissent peu capables de répondre aux besoins des populations. Ainsi, pour 4 personnes sur 5 dans ces pays, la médecine traditionnelle reste-t-elle le premier recours en ce qui concerne les soins de santé primaires. Bien qu'elle puisse faire l'objet d'usages abusifs et potentiellement dangereux, la médecine traditionnelle semble donc être un élément à prendre compte afin d'améliorer de la prise en charge de la maladie en Afrique subsaharienne.

### **Qu'entend-on par « médecine traditionnelle » ?**

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.

Sous le vocable « médecine traditionnelle » sont regroupés l'utilisation de médicaments à base de plantes et la pratique de thérapies traditionnelles, les deux éléments étant très souvent combinés.

La médecine traditionnelle est présente depuis toujours dans diverses régions du monde, pas seulement en Afrique subsaharienne (médecine chinoise, ...).

### **Qui pratique la médecine traditionnelle ?**

La médecine traditionnelle est exercée par des tradipraticiens. En Afrique subsaharienne, ils peuvent prendre des appellations diverses, en fonction de leur « spécialité » : guérisseur, droguiste, rebouteux, devin, marabout, accoucheuse traditionnelle...

Ces tradipraticiens ont généralement acquis leurs connaissances par 3 voies, souvent entremêlées : par transmission de générations en générations et/ou lors d'une période d'apprentissage auprès d'un guérisseur et/ou par l'intervention de « génies » ou « esprits » qui ont révélé au tradipraticien l'usage de certaines plantes ou techniques.

## **Pourquoi les populations ont-elles tant recours à la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne ?**

Tout d'abord, la médecine traditionnelle est profondément ancrée dans la culture de nombreux pays d'Afrique subsaharienne grâce à une pratique constante depuis des temps immémoriaux. Elle s'inscrit dans un ensemble de croyances et de pratiques magico-religieuses très prégnantes dans beaucoup de sociétés d'Afrique subsaharienne. Contrairement à la biomédecine introduite au moment de la colonisation, elle n'apparaît pas « importée » et produit des Blancs.

La médecine traditionnelle est aussi le premier – et parfois unique – recours face à des structures formelles de santé qui fonctionnent assez mal et restent inadaptées aux populations qu'elles prétendent soigner : trop peu de médecins et de personnel qualifié, infrastructures surchargées et obsolètes, conditions de prise en charge des patients désastreuses... Dans ce contexte, le repli sur la médecine traditionnelle ne constitue pas un rejet de la biomédecine en soi mais plutôt une réaction à la manière dont cette biomédecine dysfonctionne dans les pays africains.

Comparée à la biomédecine et aux services proposés par les systèmes de santé formels, la médecine traditionnelle présente l'avantage considérable de l'accessibilité. C'est tout d'abord une médecine de proximité : si chaque village n'a pas son médecin, la plupart ont leur guérisseur. Elle est basée sur l'interconnaissance : le guérisseur connaît généralement la personne depuis l'enfance, il connaît sa famille, sa situation. Le tradipraticien est souvent plus disponible qu'un médecin : une consultation peut durer plusieurs heures. Enfin, même si la consultation d'un guérisseur est loin d'être gratuite, il existe une plus grande souplesse dans les modes de paiement pour les patients, ce qui rend la médecine traditionnelle plus accessible que la biomédecine aux personnes à faibles revenus.

Enfin, en période de crise économique et sociale, on observe un retour vers le religieux. En Afrique subsaharienne, cela se traduit par une recrudescence des mouvements religieux, sectes, Eglises de toutes obédiences et par une redynamisation de la médecine traditionnelle, qui propose une gestion quasi-religieuse de la maladie. En effet, elle n'offre pas seulement une prise en charge de la maladie elle-même mais aussi traite aussi de l'infortune individuelle et collective. Les praticiens de la médecine traditionnelle ne considèrent généralement pas la maladie comme isolée des autres maux. Ils traitent plutôt de la souffrance ou le malheur, plus englobants, et dont la maladie n'est qu'une catégorie.

## **En tant qu'Occidentaux et grands consommateurs de « biomédecine », qu'avons-nous à apprendre de la médecine traditionnelle ?**

La biomédecine se technicise de plus en plus, amenant les patients à se diviser eux-mêmes, une souffrance touchant tel ou tel organe conduisant à la consultation de tel ou tel spécialiste. En parallèle, les structures de santé occidentales nous encouragent de plus en plus à devenir des « patients-sentinelles », cernés par les taux, les interdits alimentaires, les recommandations en tous genres. En résumé, nous sommes de plus en plus médicalisés et médicalisables. Mais cette conception de la médecine va de pair avec un discours de plainte croissant à son encontre, comme s'il y avait une insuffisance, comme si elle était passée à côté de quelque chose.

La médecine traditionnelle paraît prendre en charge des aspects de la maladie et de son traitement mis de côté par la biomédecine d'origine occidentale. Les dimensions d'interconnaissance, de proximité, de croyance, de traitement d'un « tout » sont primordiales alors qu'elles paraissent en voie de disparition en Occident (effacement de la figure du médecin de famille, rationalisation à l'extrême, anonymat...).

Mais il est aussi possible de faire des liens entre biomédecine et médecine traditionnelle, les praticiens de la première reconnaissant progressivement qu'ils ont à apprendre de la seconde. On observe ainsi un développement des médecines « alternatives », issues de médecines traditionnelles,

en Occident. La politique du « care » est aussi une forme de prise en compte d'une globalité de la souffrance, dont la maladie ne serait qu'un symptôme.

### **La médecine traditionnelle peut-elle être la solution pour l'amélioration de la santé en Afrique subsaharienne ?**

Depuis les années 1980, l'OMS plaide pour une intégration des tradipraticiens et de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé formels des pays du Sud. La mise à disposition de remèdes traditionnels sûrs et efficaces pourrait devenir un moyen important de développer l'accès aux soins de santé. Les États africains ont massivement repris cette idée en donnant aux guérisseurs une sorte de reconnaissance officielle par la création de regroupements nationaux de tradipraticiens.

Cependant, les échanges entre acteurs de la médecine traditionnelle et acteurs de la biomédecine ne sont pas allés beaucoup plus loin. Pour être pleinement valorisée et lavée de tout soupçon quant à son potentiel nuisible, la médecine traditionnelle doit faire l'objet de recherches et collectes de données plus approfondies et systématiques. La reconnaissance de la médecine traditionnelle africaine passe par l'écrit, par une certaine standardisation, ainsi que cela a pu être fait pour la médecine chinoise. Un corpus de textes, une classification des plantes et des pratiques permettront à cette médecine d'accéder au statut de médecine savante. Pour cela, l'enjeu de taille est la désindividualisation de la médecine traditionnelle qui rend chaque tradipraticien spécifique et la rupture avec la notion de secret qui est au cœur des thérapies traditionnelles en Afrique subsaharienne.

De nombreux éléments s'opposent à cette standardisation de la médecine traditionnelle, à commencer par les tradipraticiens eux-mêmes. En effet, quelles garanties ont-ils sur le long terme quand des laboratoires pharmaceutiques achètent leurs connaissances des plantes et gagnent ensuite des sommes colossales grâce à celles-ci ? Quel intérêt ont-ils à rompre la notion de secret si cela rend la pratique de la médecine traditionnelle accessible à tous ? La médecine traditionnelle marche déjà très bien sans intégration à un système de santé formel, pourquoi cela devrait-il changer ?

*Cecile.EetD, jeudi 14 avril 2011 - [www.etudiantsetdeveloppement.org](http://www.etudiantsetdeveloppement.org)*

## **FIN DU RECYCLAGE DES MÉDICAMENTS**

### **QUESTION ORALE SANS DÉBAT N° 0386S DE MME MARIE-THÉRÈSE HERMANGE (PARIS - UMP)**

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, auteur de la question n° 386, adressée à Mme la ministre de la santé et des sports.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur la nécessité de proposer une solution de remplacement au recyclage des médicaments à envoyer à l'étranger.

En effet, en 2007, la France a légiféré sur diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament. L'une des mesures adoptées a mis fin au dispositif de collecte et de tri de médicaments inutilisés en vue de leur expédition vers les pays en voie de développement, à compter du 31 décembre 2008. À la suite de la transposition de cette directive, des centaines de milliers de malades, dans des pays où l'accès aux soins n'est pas garanti, sont privés de médicaments.

Certes, personne n'ignore que le Gouvernement a essayé de trouver des réponses adéquates à l'échelon national pour remplacer le recyclage des médicaments à destination des plus démunis par une réelle politique de soutien, avec des mesures d'accès au médicament pour tous.

Cependant, la question reste ouverte pour ce qui est de l'envoi de médicaments aux pays qui en ont besoin. Au mois de janvier 2007, ici même, au cours d'un long débat, le Gouvernement s'est formellement engagé à aider les organisations qui procédaient à la collecte des médicaments en vue de leur expédition à l'étranger et à trouver de nouvelles sources d'approvisionnement. Ainsi, le ministère des affaires étrangères et européennes, en lien avec l'Agence française de développement, tente d'élaborer des solutions à long terme.

En revanche, pour ce qui est des deux à trois prochaines années à venir, les associations, qui expédiaient jusqu'à présent des dizaines de tonnes de médicaments, ont besoin du Gouvernement pour fournir des médicaments neufs à ces pays. Si le problème du recyclage est réglé, celui de l'envoi de médicaments neufs pendant cette période ne l'est pas.

En revanche, cela ne peut se faire qu'au moyen d'une coopération étroite entre le ministère de la santé et des sports, les laboratoires pharmaceutiques et les associations, afin que ces dernières obtiennent des dons, bénéficient d'achats de génériques et obtiennent des subventions.

Comment le Gouvernement compte-t-il remédier à cette situation, afin que la France continue à œuvrer de manière solidaire pour les pays dans lesquels l'accès au médicament des populations défavorisées n'est pas assuré ?

La réponse du Gouvernement est attendue par de nombreuses associations, qui m'ont sollicitée, comme elles ont dû saisir un certain nombre de parlementaires. Elles se demandent comment elles pourront poursuivre leur mission, qui consiste à envoyer des médicaments aux pays qui en ont

besoin.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. André Santini, secrétaire d'État chargé de la fonction publique. Madame la sénatrice, vous appelez l'attention de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, dont je vous prie d'excuser l'absence aujourd'hui, sur les inquiétudes des organisations non gouvernementales concernées par la mise en œuvre de l'interdiction de disposer des médicaments non utilisés, les MNU, entrée en vigueur le 1er janvier 2009.

Il faut tout d'abord rappeler que cette interdiction était nécessaire. Elle a été préconisée tant par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, du mois de janvier 2005 que par une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé. En effet, outre les risques liés à la rupture de la chaîne pharmaceutique, les MNU exportés constituent un danger potentiel, principalement en raison de leur inadaptation fréquente aux besoins, du risque de détournement qu'ils présentent et de l'obstacle qu'ils peuvent constituer à la mise en place des politiques nationales de santé.

Le Gouvernement est tout à fait conscient de l'effet important de cette décision d'interdiction sur l'organisation des associations humanitaires s'approvisionnant en MNU pour mener, en France comme dans les pays en développement, l'aide médicale au profit des populations défavorisées qu'elles exercent habituellement. Il partage naturellement les préoccupations de ces associations.

Afin de respecter l'engagement pris par les précédents ministres de la santé, le Premier ministre a décidé de prendre des mesures comportant deux volets, l'un international, l'autre national.

Ces mesures font suite aux travaux du groupe de travail mis en place au mois de juin 2007 par la direction générale de la santé, en lien avec le ministère des affaires étrangères et européennes, la direction générale de l'action sociale, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, les entreprises du médicament et les représentants de la filière pharmaceutique – ordre des pharmaciens, grossistes et pharmaciens d'officine –, afin d'accompagner les principales associations vers de nouvelles sources d'approvisionnement en médicaments, pérennes, rationalisées, mieux adaptées et sécurisées.

À l'échelon international, il est nécessaire d'intégrer ce travail à la politique de coopération internationale de notre pays, qui a énormément évolué ces dernières années. La politique française appuie les pays en développement dans la mise en place de politiques pharmaceutiques nationales, dans le renforcement de leurs capacités à mieux acheter, notamment par un appui à l'Association africaine des centrales nationales d'achat de médicaments essentiels, qui regroupe environ vingt pays d'Afrique subsaharienne. Cette association a conduit de nombreuses actions de formation dans le but d'améliorer les procédures d'appels d'offres internationaux, la gestion de la chaîne du médicament, la logistique liée à l'approvisionnement des structures de soins, l'harmonisation des statuts des différentes centrales d'achat, de façon à promouvoir leur capacité de gestion autonome et de rendre leurs actions plus transparentes vis-à-vis des donateurs en médicaments essentiels.

Dans ce cadre, le ministère des affaires étrangères et européennes a rencontré récemment les organisations non gouvernementales concernées. Il les a invitées notamment à présenter à l'Agence française du développement, organisme sous sa tutelle, des demandes de subventions pour des projets bien identifiés, qui doivent émaner des pays demandeurs, et pouvant inclure une composante « dons de médicaments ». Ces projets devront respecter les bonnes pratiques de dons de médicaments prévues par un arrêté du 18 août 2008.

Pour ce qui est des besoins nationaux, le Premier ministre a décidé de soutenir la mise en place d'un dispositif de remplacement des MNU, afin de permettre aux organisations non gouvernementales de continuer leur travail d'aide médicale et de dispensation aux populations les plus démunies et trop désocialisées pour consulter un médecin ou entrer dans une pharmacie, nonobstant le bénéfice d'une protection sociale.

Une convention a ainsi été conclue au mois de décembre dernier entre la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'association Pharmacie humanitaire internationale, afin de financer, à hauteur de 3 millions d'euros, la mise en place par Pharmacie humanitaire internationale d'une procédure d'approvisionnement pérenne opérationnelle au 1er janvier 2009, incluant fourniture de médicaments et logistique, dans des conditions offrant un circuit pharmaceutique sécurisé de distribution et de dispensation.

Le ministère de la santé et des sports a prévu un dispositif juridique permettant d'encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, les modalités de délivrance de médicaments par les structures de soins aux personnes en situation de précarité gérées par des associations caritatives.

Ces structures sont autorisées par la loi du 15 avril 2008 à délivrer des médicaments, après déclaration préalable auprès du représentant de l'État dans le département. Le décret d'application du 18 août 2008 relatif à la distribution humanitaire de médicaments précise les conditions de délivrance de médicaments par ces structures de soins sous la responsabilité d'un pharmacien ou, à défaut, d'un médecin.

Enfin, le ministère de la santé et des sports a conclu une convention de partenariat avec Réseau médicaments et développement, qui s'appuie sur de nombreux partenaires dans le milieu associatif. Un financement associé a permis l'engagement d'actions d'information des petites associations françaises de solidarité internationale, utilisant occasionnellement des MNU sans être spécialisées dans le médicament.

Madame la sénatrice, j'espère que cette réponse circonstanciée vous satisfera, ainsi que les associations concernées.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Si je peux concevoir le point de vue de l'IGAS – nous avons d'ailleurs eu, dans cette enceinte, un débat sur le recyclage des médicaments, en janvier 2007 – j'estime cependant que cette instance se réveille un peu tard : voilà longtemps que les médicaments recyclés étaient envoyés dans les pays qui en sont privés.

Par ailleurs, si un certain nombre de procédures sont mises en place, les associations n'ont pour l'instant aucune garantie que, demain ou dans les prochains mois, elles pourront faire parvenir des médicaments neufs à ces pays, tout en bénéficiant de subventions.



## **ENFIN, L'AFRIQUE DU SUD AFFRONTÉ LE SIDA**

C'est le jour des enfants à la clinique VIH de Site B, un quartier de Khayelitsha, le grand township situé dans la banlieue du Cap. En ce mercredi de la fin octobre, ils sont venus, une quinzaine, avec un parent ou, pour les orphelins, avec la grand-mère ou l'oncle qui les a pris sous son aile. L'infirmière les pèse, vérifie qu'aucun ne tousse, et distribue un mois de médicaments antirétroviraux (ARV).

Certains ont 8, 9, 10 ans ou plus. A l'approche de l'adolescence, il est temps de leur expliquer à quoi servent ces cachets qu'ils avalent quotidiennement pour combattre le virus et empêcher qu'il ne provoque le sida. Un groupe d'enfants plus âgés se réunit dans un préfabriqué ; une conseillère prend les adultes à part et leur « *donne les outils pour révéler convenablement leur statut aux enfants et les amener à prendre eux-mêmes la responsabilité de leur santé* ». L'âge rebelle approche, l'âge des prises de risques, des interrogations existentielles et des situations psychologiques extrêmes.

*« Nous procédons en trois sessions, explique Mme Nombasa Dumile, la conseillère. Ces enfants commencent à poser des questions, et notamment : "Est-ce que je peux arrêter, maintenant ?" A la première session, on parle microbes, tuberculose, mesures élémentaires d'hygiène. Aux parents, on enseigne les bases du VIH [virus de l'immunodéficience humaine]. La semaine suivante, on apporte des explications plus précises sur les virus, les bactéries. »* Des dessins illustrent le rôle des cellules CD4, marqueurs de l'immunité, et des médicaments antirétroviraux. *« On prépare aussi les adultes à annoncer à leur enfant qu'il a le VIH. Lorsque le parent est lui-même touché, c'est psychologiquement difficile ; mais, en général, il le fait avec plus de sérieux et de profondeur qu'un autre, qui aura tendance à vouloir s'en débarrasser au plus vite. »* La dernière session intervient après cette étape, pour répondre aux questions des enfants.

### **Fin de la politique de déni**

Ces jeunes ignorent qu'ils ont été les premiers bébés à bénéficier des thérapies ARV en Afrique du Sud. Leur dixième anniversaire coïncide avec celui d'une lutte qui a commencé ici, à Khayelitsha, berceau de la Campagne d'action pour les traitements (Treatment Action Campaign, TAC), autour de la clinique de Médecins sans frontières (MSF). En 1998, ils ne sont qu'une poignée, personnes vivant avec le sida, femmes ayant perdu leur enfant à cause du VIH et militants homosexuels. Ils se signalent aux regards du monde en juillet 2000, lors de la XIIIe conférence internationale sur le sida, à Durban. Face à trente-neuf compagnies pharmaceutiques qui viennent d'intenter un procès au gouvernement pour bloquer un projet de loi sur les médicaments génériques, leurs manifestations donnent un visage aux victimes du régime international des brevets.

La mobilisation paie : le lobby pharmaceutique finit par jeter l'éponge. On va enfin pouvoir soigner les malades. Pourtant, pour les militants qui ont défendu le gouvernement, la désillusion est rapide, et profonde : fidèle du président Thabo Mbeki, la ministre de la santé Manto Tshabalala-Msimang n'a aucune intention d'organiser la distribution d'ARV dans le secteur public de santé. Elle argue qu'ils sont toxiques, ou qu'on peut se soigner en adoptant un régime nutritif à base d'huile d'olive, d'ail et de citron. Le conflit aboutit en 2002 devant la Cour constitutionnelle : l'hôpital public est-il autorisé à administrer aux mères séropositives un comprimé de névirapine — qui réduit drastiquement le risque que l'enfant soit infecté lors de l'accouchement ? Le gouvernement est

condamné<sup>1</sup>. D'autres procès suivront, imposant en 2004 un début de stratégie nationale de traitement. Mais Tshabalala-Msimang (décédée en 2009) et M. Mbeki entretiennent la confusion en favorisant divers bonimenteurs et vendeurs de vitamines, tel le Germano-Américain Mathias Rath, qui présentent leurs potions comme autant de « choix » offerts aux malades — deux études indépendantes estiment qu'au moins trois cent mille malades en sont morts<sup>2</sup>. Cet entêtement pèsera lourd dans l'éviction de M. Mbeki de la présidence, après la conférence du Congrès national africain (African National Congress, ANC) à Polokwane, en 2007.

Sitôt nommé président par intérim, M. Kgalema Motlanthe change de ministre de la santé. Première femme blanche condamnée pour trahison, en 1982, par le régime d'apartheid, Mme Barbara Hogan renverse la vapeur. Avec l'aide de la juriste Fatima Hassan, membre de l'AIDS Law Project, elle relance un ministère totalement déboussolé. « *Notre parti a hérité de son histoire une conception parfois stalinienne de la politique*, analyse un militant de l'ANC. *Aujourd'hui, ces cadres qui soutenaient Mbeki et Tshabalala-Msimang sont honteux de devoir reconnaître qu'ils ont manqué de courage.* » Elu président en mai 2009, M. Jacob Zuma entérine définitivement la fin de la politique de déni en confiant le portefeuille de la santé à un médecin respecté, M. Aaron Motsoaledi.

« *La situation a immensément changé*, confirme la docteure Lynne Wilkinson, qui nous reçoit dans les bureaux de MSF à Khayelitsha. *Ici, ce sont désormais vingt mille résidents qui sont sous traitement. On ne voit presque plus de malades arriver à la clinique dans une brouette, dans un état terminal.* »

### **Inquiétudes pour l'avenir**

Après les années d'enfer, où six cents personnes mouraient chaque jour, où l'espérance de vie chutait — de 62 ans en 1990 à 51 ans en 2005 —, les défis restent énormes. La tuberculose, de plus en plus souvent résistante aux médicaments, s'est répandue. Complication supplémentaire, 70 % des tuberculeux sont aussi touchés par le VIH : il faut traiter de front deux épidémies entremêlées. Trois millions de personnes à placer sous ARV : un enjeu colossal, en termes aussi bien de médecine que de ressources humaines, de budget, de planification et de logistique.

Nous sommes à Johannesburg, dans les locaux de Section 27, une organisation non gouvernementale spécialisée dans la santé publique. Successeur de l'AIDS Law Project, ce think tank juridique entend faire vivre le paragraphe 27 de la Constitution sud-africaine, lequel dispose que tous les citoyens ont droit à des services de santé adéquats. Après huit années de conflit avec l'Etat, « *les militants sont fatigués* », reconnaît M. Mark Heywood, son directeur. Sa récente nomination comme codirecteur du Conseil national du sida (Sanac) le confirme : « *En ce moment, nous sommes tous "alignés", gouvernement, militants, médecins, etc. Mais combien de temps cela va-t-il durer ? Depuis deux ans, [le ministre] Motsoaledi a imprimé son rythme à la mise en œuvre des programmes de santé. La société civile a, paradoxalement, du mal à suivre. Il y a d'indéniables avancées : un million et demi de malades sous traitement, le déploiement de la circoncision chez les adultes<sup>3</sup>... L'extension et l'amélioration des outils de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont permis de faire descendre le taux de contamination post-partum à 3,5 %<sup>4</sup>. Ce ne sont pas des résultats superficiels. Mais ces progrès ne sont pas acquis.* »

<sup>1</sup> Philippe Rivière, « Vivre à Soweto avec le sida », *Le Monde diplomatique*, août 2002.

<sup>2</sup> Nathan Geffen, *Debunking Delusions, The Inside Story of the Treatment Action Campaign*, Jacana Media, Johannesburg, 2010.

<sup>3</sup> Une des rares interventions de prévention dont l'efficacité est patente à l'échelle d'une communauté. Cf. Bertran Auvert et Dirk Taljaard, « Le programme de circoncision masculine à Orange Farm en Afrique du Sud (étude ANRS 12126) ralentit fortement l'infection des hommes par le VIH » (PDF), Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), Paris, 20 juillet 2011.

<sup>4</sup> Conseil de la recherche médicale, « SA PMTCT evaluation shows that virtual elimination of paediatric HIV is possible with intensified effort », 9 juin 2011. 31,4 % des mères de l'étude étaient séropositives. South African Medical Research Council

Jamais le pays ne renouera avec le déni, mais M. Heywood pointe « *un certain nombre de nuages noirs* ». La mise en place d'une assurance nationale de santé, ambitieux projet du gouvernement Zuma, va prendre plusieurs années. Ce programme pourrait permettre de résorber les énormes inégalités dans ce domaine. 30 % des Sud-Africains se font soigner dans un secteur privé moderne et souvent dispendieux, tandis qu'un secteur public en déshérence doit répondre aux besoins des autres, et notamment des plus pauvres. « *Ce plan est pour le moment très faible, critique M. Heywood. Mais il est déjà sous le feu du secteur privé, qui prétend, de façon mensongère, qu'il va pousser les médecins à partir pour l'étranger. Pourtant, notre système de soins ne sera viable que si nous parvenons à réduire le fossé entre le privé et le public. Pour répartir le fardeau du VIH sur l'ensemble du secteur, on a besoin d'un système solide. Et j'aimerais qu'on enquête sur les raisons pour lesquelles les prix du secteur privé explosent, alors que leurs coûts n'ont pas tant augmenté...* »

« *En 2001, nous avons réussi à coincer les multinationales, poursuit M. Heywood. Mais le temps que nous avons dû consacrer à lutter contre notre propre gouvernement leur a permis de se réorganiser. Les sociétés de médicaments de marque ont racheté les fabricants de génériques. Et les règles de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont éliminé deux îlots qui nous permettaient d'échapper aux brevets : l'Inde et la Thaïlande. Le mouvement mondial pour la santé, qui avait des objectifs clairs — combattre les brevets, établir un Fonds global, etc. —, se retrouve divisé et affaibli.* »

### **Médicaments génériques**

Et le militant de déplorer : « *Déjà, avec la crise financière, plusieurs organismes de coopération ont décidé de restreindre leurs crédits ; la première chose qu'ils coupent, c'est le soutien aux organisations de la société civile. Ne comprennent-ils pas que c'est celle-ci qui a permis d'avancer ?* »

Retour à Khayelitsha, au siège de TAC. On perçoit un certain désarroi quand M. Andile Madondile, responsable de la *treatment literacy* — le programme-phare de TAC consistant à diffuser les connaissances médicales et scientifiques auprès des malades —, évoque les deux bureaux que l'organisation a déjà dû fermer, faute de crédits : « *Nos éducateurs vont dans les cliniques parler aux patients des maladies opportunistes et de l'importance de prendre les traitements de façon régulière. Pour continuer cela, nous allons désormais être obligés de réfléchir à la question des subventions gouvernementales.* »

Interrogée en marge d'une célébration, l'ex-ministre de la santé Hogan s'alarme de la perspective d'une diminution de l'aide internationale : « *C'est insensé ! Quand on a décidé de proposer des traitements antirétroviraux, il s'agissait d'un engagement de long terme. Ces médicaments rendent littéralement la vie aux malades : il faut les suivre sur trente, quarante, voire cinquante ans. Lors des ruptures de stock qu'on a connues en 2009 dans certaines provinces, on a fait des pieds et des mains auprès des Anglais et des Américains pour réussir à récupérer rapidement des médicaments. En cas d'échec, on risque, sur le plan médical, que le virus développe des résistances, avec des conséquences planétaires. Sans compter que l'épidémie repartirait à la hausse, car, comme cela a été prouvé récemment, les gens sous ARV ne sont quasiment plus contaminants.* »

Les conséquences sociales seraient également désastreuses, explique-t-elle : « *Le traitement du VIH / sida est un préalable si l'on veut s'attaquer aux autres problèmes : la pauvreté, le chômage, la violence... Sous le poids d'une relance du sida, le système de santé s'effondrerait. Et nous perdrons l'expérience, unique au monde, que nous avons accumulée : conseiller, recruter et soigner sur le long terme, dans les communautés, et à cette échelle.* »

Mme Hassan s'inquiète : « *Le traitement de première ligne cesse de fonctionner chez un nombre*

*croissant de patients, et il faut progressivement les basculer sur un traitement plus cher. Or nous n'avons pas, pour le moment, de génériques pour ces médicaments de seconde ligne. Je crains qu'on se réveille bientôt comme en 2000, en se disant : "Oh non ! De nouveau nous n'avons pas accès aux médicaments !" Il faut pourtant définir une stratégie avant que les gens ne recommencent à mourir en masse ! »*

### **Relance de la santé primaire**

Six millions de personnes contaminées, qu'il faut encourager à se faire dépister, bientôt trois millions de patients sous traitement, des hôpitaux et des cliniques surchargés : chacun reconnaît que la décentralisation du système de santé sera indispensable. Producteur de la série télévisée « Siyayinqoba Beat It ! », une sitcom hebdomadaire d'une heure évoquant tous les aspects du VIH et du sida, Jack Lewis vient de participer à l'organisation d'un symposium sur la santé primaire. « *Quand on regarde les Objectifs du millénaire pour le développement des Nations unies, la position de l'Afrique du Sud est très mauvaise sur trois des priorités : santé des enfants, santé maternelle et lutte contre le VIH / sida. Avec un taux de chômage de 35 % à 40 %, les conditions sociales renforcent toutes les autres conditions médicales. Ainsi, l'alimentation des plus pauvres est souvent lourde en graisses saturées. Conséquence : un risque plus élevé d'obésité, de diabète, d'hypertension et de problèmes cardiaques. »*

Lewis énumère les grands défis qui pèsent sur la santé : VIH et tuberculose ; maladies chroniques ; santé maternelle et infantile ; sans oublier les traumatismes dus à la criminalité, aux accidents de la route ou aux violences de genre. Si l'on veut soulager un système de soins proche de la noyade, souligne Lewis, il faudra endiguer ces quatre épidémies. « *Aucun programme de prévention ne marchera sans une relance de la santé primaire. La réussite d'un protocole dépend pour moitié de la compréhension par les patients de ce qu'ils ont à faire. Il faut développer la treatment literacy à l'échelle nationale. Pour cela, il faudra créer dans chaque district une équipe de travailleurs de santé, supervisée par une infirmière, qui ait la capacité de suivre deux cent cinquante foyers : savoir qui est malade, qui tousse, qui est enceinte, qui est sous traitement, qui perd du poids... Aider les patients à prendre leur traitement régulièrement. Pour chaque suspicion de tuberculose, inciter les gens à se rendre dans une clinique spécialisée, et vérifier qu'ils ont bien été testés. »*

### **Favoriser l'observance**

Trop de malades attendent le dernier moment pour se faire soigner, alourdissant d'autant le système s'ils doivent être hospitalisés plutôt que traités en ambulatoire. Le 14 septembre 2011, le ministre Motsoaledi détaillait la « réinvention » des soins : il s'agit de « *renverser le fonctionnement actuel, focalisé sur les services d'hospitalisation curative, au profit d'un système de soins de santé primaire décentralisé dans les communautés*<sup>5</sup> ».

L'évaluation et la réhabilitation des quelque quatre mille deux cents centres de santé du pays est en cours. Et le ministère pourrait embaucher quarante mille personnes pour aller frapper à toutes les portes. « *Est-ce que cela suffira ?*, s'interroge Lewis. *En tout état de cause, l'afflux depuis dix ans des ONG de santé vers l'Afrique du Sud, épice de la pandémie, leur a permis de constituer un immense réservoir d'expertise et de compétences. »*

MSF, par exemple, cherche actuellement des solutions pour favoriser l'observance — c'est-à-dire la bonne prise, régulière et sans oubli, des médicaments. « *Les campagnes de prévention ne sont plus suffisantes*, estime la docteure Wilkinson. *Il faut inventer des émissions quotidiennes à la télévision et des messages à la radio : "N'oubliez pas vos comprimés", "N'hésitez pas à demander conseil". Il faut un plan à l'échelle de la région, qui prenne en compte les grands mouvements de migration pendulaires. Dans le township, la population, majoritairement [de l'ethnie] xhosa, est très mobile.*

<sup>5</sup> Discours du 14 septembre 2011.

*D'origine rurale, elle vient chercher du travail ici et repart au village pour les fêtes. Le nombre de gens sous traitement qu'on perd à ces périodes-là est absurdement élevé ! Ajoutez à cela le fait que les formulations prescrites ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre [environ quatre millions de Zimbabwéens résident en Afrique du Sud], que les fournisseurs fabriquent des pilules de formes et de couleurs différentes, et que le gouvernement sud-africain n'a toujours pas adopté les associations à doses fixes, qui offrent pourtant une meilleure sécurité tout en étant plus faciles à avaler. » Se présentant sous la forme d'un unique comprimé associant plusieurs molécules, les associations à doses fixes sont pourtant disponibles dans des pays totalement démunis comme le Malawi. Localement, MSF organise des « clubs d'observance » : « Avec tant de gens sous traitement, il n'est pas envisageable de les faire se rendre chaque mois à la clinique. Cela coûte cher en transports, oblige à prendre un jour de congé (voire deux, lorsqu'il faut aussi consulter pour la tuberculose) et à faire la queue juste pour obtenir des médicaments. Au Mozambique, le maintien en traitement au bout de quatre ans est de 97 % dans les clubs, contre 87 % dans les cliniques. »*

A Khayelitsha, les jeunes « bébés-ARV » formeront bientôt leurs propres clubs d'observance.

*André Clément, Le Monde diplomatique, janvier 2012*

## **UN TRAFIC DE MÉDICAMENTS ALIMENTAIT L'AFRIQUE**

Trois Congolais, de 25 à 30 ans, ont été mis en examen à Versailles (Yvelines), pour « vol en bande organisée et association de malfaiteurs ». La justice leur reproche d'avoir volé ou recelé, depuis le début de l'année, une quinzaine de cartes Vitale qu'ils ont utilisées pour entreprendre un trafic de médicaments vers l'Afrique aux frais du contribuable.

L'affaire commence au printemps dernier lorsque la Caisse d'assurance maladie (CPAM) des Yvelines constate un nombre croissant de fraudes provenant de vols de cartes Vitale. Quinze petits sésames verts ont été dérobés dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine. « Les escrocs se rendaient dans des pharmacies de toute la région parisienne avec de fausses ordonnances, précise une source proche de l'affaire. Et ils achetaient des médicaments pour le diabète, dont la facture était importante, sans déboursier un centime parce qu'ils étaient pris charge à 100% ». Quelque temps plus tard, un médecin de Seine-Saint-Denis déposait une plainte après avoir découvert que des escrocs avaient usuré son identité sur une centaine de fausses ordonnances.

### **Une centaine de pharmacies concernées**

Les enquêteurs de la division des affaires financières de la PJ de Versailles ont alors fait le tour des cent pharmacies, où les fausses ordonnances avaient été présentées, afin de capter les images de vidéosurveillance.

Ils sont parvenus à identifier trois hommes, déjà connus pour « escroquerie, violence, dégradation et faux et usage de faux ».

Le 13 novembre, les suspects ont été interpellés à Bezons (Val-d'Oise), Argenteuil et Vitry-sur-Seine (Val-de-Marne). Ils ont tous les trois été placés en garde à vue dans les locaux versaillais de la PJ. Durant les interrogatoires, les trois hommes ont nié ou minimisé leur implication dans le trafic.

Le plus âgé des trois a soutenu avoir acheté les cartes Vitale et les ordonnances à des inconnus dans le quartier de Barbès à Paris (XVIII<sup>e</sup>). Il a ajouté qu'il avait confié les produits à une société de transports par fret afin d'acheminer les médicaments jusqu'en République Démocratique du Congo, où vivait son grand-père à l'article de la mort. Son ami a poussé plus loin la mauvaise foi. Il a assuré avoir trouvé par hasard des ordonnances prescrivant les médicaments dont sa mère, diabétique, avait justement besoin au Congo. Enfin, le plus jeune des trois, s'est contenté de dire qu'il était bien dans ces pharmacies mais s'est dit parfaitement étranger à l'escroquerie. Ils ont tous les trois été écroués dans des maisons d'arrêt différentes.

*Julien Constant, le 27.11.2012 - Le Parisien*