
**Le trafic de faux médicaments
en Afrique de l'Ouest :
filiales d'approvisionnement et réseaux de distribution
(Nigeria, Bénin, Togo, Ghana)**

Camille Niaufre

Mai 2014



Programme
Afrique subsaharienne

L'Ifri est, en France, le principal centre indépendant de recherche, d'information et de débat sur les grandes questions internationales.

Créé en 1979 par Thierry de Montbrial, l'Ifri est une association reconnue d'utilité publique (loi de 1901).

Il n'est soumis à aucune tutelle administrative, définit librement ses activités et publie régulièrement ses travaux.

L'Ifri associe, au travers de ses études et de ses débats, dans une démarche interdisciplinaire, décideurs politiques et experts à l'échelle internationale.

Avec son antenne de Bruxelles (Ifri-Bruxelles), l'Ifri s'impose comme un des rares *think tanks* français à se positionner au cœur même du débat européen.

*Les opinions exprimées dans ce texte
n'engagent que la responsabilité de l'auteur.*



ISBN : 978-2-36567-273-3
© Ifri – 2014 – Tous droits réservés

Ifri
27, rue de la Procession
75740 Paris Cedex 15 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 61 60 00
Fax : +33 (0)1 40 61 60 60
Email : accueil@ifri.org

Ifri-Bruxelles
Rue Marie-Thérèse, 21
1000 – Bruxelles – BELGIQUE
Tél. : +32 (0)2 238 51 10
Fax : +32 (0)2 238 51 15
Email : info.bruxelles@ifri.org

Site Internet : ifri.org

INTRODUCTION	2
PRODUIRE ET ACHEMINER : UN ROLE PARTAGE	7
Chine et Inde : les principaux fournisseurs	7
Exporter les faux : internationalisation de l'activité	9
LE TRAFIC EN TERRES AFRICAINES	13
Les grands ports : accéder aux côtes africaines	13
Transits régionaux : exploiter les divergences des systèmes	15
Une production africaine embryonnaire.....	16
À LA VENTE : MARCHES INFORMELS... MAIS AUSSI FORMELS.....	18
Marchés informels : répondre à une demande des populations	18
Pénétration des points de vente officiels.....	19
<i>Systèmes légaux</i>	<i>19</i>
<i>Infiltration des faux à tous les niveaux.....</i>	<i>20</i>
LES TRAFIQUANTS AFRICAINS DE FAUX MEDICAMENTS : DES RESEAUX MAFIEUX ?.....	22
CONCLUSION : LUTTER CONTRE LES FAUX MEDICAMENTS EN AFRIQUE	24
ANNEXE I : IMPACTS SANITAIRES DES MEDICAMENTS CONTREFAITS	28
ANNEXE 2 : LES DIFFICULTES D'ACCES A LA SANTE EN AFRIQUE EN CARTES	29
ANNEXE 3 : ORGANISMES IMPLIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LES FAUX MEDICAMENTS EN AFRIQUE ET CITES DANS L'ETUDE	31
Organisations internationales	31
Organismes africains	31

Introduction

Le 13 décembre 2013, sur une initiative d'Interpol¹, la toute première Conférence africaine sur la criminalité pharmaceutique s'est tenue à Addis-Abeba, en Éthiopie. Sa déclaration finale affirme la volonté des 20 pays représentés de renforcer la lutte à l'égard de la contrefaçon de produits médicaux². Cette mobilisation à l'échelle du continent est importante ; le fléau des médicaments contrefaits ou falsifiés, qui représentent selon l'Organisation mondiale de la Santé pas moins de 10 % des médicaments en circulation dans le monde³, touche particulièrement l'Afrique. Selon une étude récente compilant des résultats de 21 pays subsahariens, plus d'un tiers des médicaments collectés et analysés ne satisfaisait pas aux tests chimiques de qualité ou de conformité de l'emballage⁴. Les médicaments antipaludéens seraient les plus touchés. On estime à 1 million le nombre de décès annuels dans le monde dus directement ou indirectement à l'absorption de médicaments contrefaits⁵.

La lutte contre les faux médicaments (voir définition dans l'Encadré 1) apparaît essentielle pour améliorer et protéger la santé publique dans les pays africains et préserver les progrès faits dans la lutte contre les grandes pandémies (voir annexe I). Elle est rendue difficile par la dimension internationale de ce commerce illégal. Le trafic de contrefaçons médicamenteuses est un commerce mondialisé, l'Organisation mondiale des douanes recensait en 2011 106 pays producteurs et 146 pays destinataires⁶. La production des

¹ Pour une liste non exhaustive d'organismes impliqués dans la lutte contre les faux médicaments, consultez l'annexe 3.

² Interpol, *La déclaration d'Addis-Abeba à l'appui de la lutte contre les faux médicaments dans toute l'Afrique*, Communiqué de presse, 16 décembre 2013, disponible sur :

www.interpol.int/fr/Centre-des-m%C3%A9dias/Nouvelles-et-communiqu%C3%A9s-de-presse/2013/N20131216.

³ Cette part pourrait être revue à la hausse, les saisies étant en constante croissance. Celles de l'Organisation Mondiale des Douanes (OMD) ont ainsi augmenté de 300 % entre 2007 et 2009, chiffres poussés par de très importantes saisies sur la période. Voir E. Przywa, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », *Rapport d'étude, IRACM*, septembre 2013.

⁴ G. M. L. Nayyar, J. G. Breman, P. N. Newton, J. Herrington, « Poor-quality antimalarial drugs in southeast Asia and sub-Saharan Africa », *The Lancet Infectious Disease***, vol. 12, juin 2012, p. 488-96.

⁵ Voir R. Bate, R. Nugent, « The Deadly World of Fake Drugs », *Foreign Policy*, n° 168, septembre-octobre 2008, p. 57-65.

⁶ Chiffres cités par C. Zimmerman dans l'émission de radio « Le débat africain », A. Foka, *RFI*, 6 février 2012.

ingrédients fallacieux, la fabrication des médicaments et de leurs emballages, l'exportation et les transits se produisent dans une multitude de pays, tout au long d'une chaîne de production et de distribution d'autant plus complexe à étudier qu'elle est souterraine.

Notre analyse se concentre sur quatre pays « consommateurs » de médicaments falsifiés en Afrique de l'Ouest : le Nigeria, le Bénin, le Togo et le Ghana. Leur position côtière en fait des portes d'entrée et des lieux de distribution privilégiés. À titre d'exemple, le 21 août 2013, près de deux tonnes de faux médicaments sont confisqués dans le quartier de Fifadji à Cotonou, au Bénin⁷. Deux mois plus tôt à Lagos, Nigeria, ce sont 150 000 doses contrefaites de Postinor 2, un contraceptif d'urgence, qui sont découvertes à l'aéroport⁸. Dans ce même pays, les destructions massives de saisies de faux médicaments sont courantes (par exemple pour 3 milliards de Nairas [environ 14 millions d'euros] dans l'État de Kano, au nord-ouest, en 2012⁹). Au Ghana, une étude datant de 2008 a montré que 80 % des échantillons de tablettes antipaludiques achetées dans des pharmacies de Kumasi, la deuxième ville du pays, étaient de mauvaise qualité¹⁰. Les divergences entre nos quatre pays d'étude rendent l'approche comparative particulièrement intéressante, notamment en termes de systèmes de santé, d'approvisionnement médicamenteux et de fermeté des efforts nationaux de lutte contre ces contrefaçons.

En partant de ces quatre pays ouest-africains, nous avons tenté de remonter pas à pas les filières et de comprendre comment s'organisent les réseaux de production et de distribution. Quelles sont leurs techniques pour éviter les contrôles étatiques et saisies frontalières jusqu'aux marchés locaux ? Comment, dans de nombreux cas, pénètrent-ils les filières officielles de distribution, permettant à leurs produits d'être présents à la fois sur les marchés formels et informels ?

Notre article couvrira dans ses trois premières sections les conditions de production, d'export et de transit des faux médicaments

⁷ Actualités de l'IRACM, *Bénin : saisie de faux médicaments sur un marché à Cotonou*, www.iracm.com, publié le 3 septembre 2013, consulté le 28 octobre 2013, disponible sur :

www.iracm.com/2013/09/benin-saisie-de-faux-medicaments-sur-un-marche-a-Cotonou/.

⁸ Actualités de l'IRACM, *150 000 doses de Postinor 2 falsifiées découvertes au Nigeria*, www.iracm.com, publié le 10 septembre 2013, consulté le 28 octobre 2013, disponible sur :

www.iracm.com/2013/09/150-000-doses-de-postinor-2-falsifiees-decouvertes-au-nigeria/.

⁹ Actualités de l'IRACM, *Nigeria : saisie massive et destruction de faux médicaments*, www.iracm.com, publiés le 2 octobre 2013, consulté le 28 octobre 2013, disponible sur :

www.iracm.com/2013/09/150-000-doses-de-postinor-2-falsifiees-decouvertes-au-nigeria/.

¹⁰ UNICRI, 2012.

et leur entrée et distribution en Afrique sur les marchés formels et informels. Une dernière section se penchera sur la question du type de criminalité : peut-on parler de réseaux mafieux dans le cas du trafic de faux médicaments en Afrique ? Nous concluons enfin par un court portrait des efforts faits pour lutter contre ce fléau, à l'échelle nationale comme régionale.

Encadré 1 : Définir les faux médicaments

Le terme de « faux médicament », bien qu'accrocheur et largement utilisé dans les médias, n'est ni précis, ni reconnu internationalement. De fait, la seule définition légale sur la scène internationale est celle, proposée par l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) en 1992, des médicaments *contrefaits* :

« Les contrefaçons sont des médicaments délibérément et frauduleusement étiquetés pour tromper sur leur identité et/ou sur leur origine. L'utilisation de ces médicaments peut entraîner des échecs thérapeutiques, voire la mort¹¹ ».

Cette définition n'inclut donc pas les *malfaçons*, c'est-à-dire des médicaments dont la mauvaise qualité est due à une erreur *involontaire* dans le processus de fabrication, emballage, stockage ou transport. Les contrefaçons constituent en fait une autre sous-catégorie de « médicaments sous-standard », de qualité inférieure. La perte de qualité par rapport aux « véritables » médicaments y

¹¹ « Médicaments faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits », *Aide-mémoire de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°275, mai 2012. Au niveau de l'Afrique de l'Ouest, l'UEMOA (Union économique et monétaire ouest-africaine) reprend la définition de l'OMS pratiquement mot pour mot, voir : www.uemoa.int/Documents/Actes/Annexe_Dec_08_2010_CM_UEMOA.pdf.

En complément de cette définition, on peut citer celle de la Convention Médicrime du Conseil de l'Europe (adoptée en 2011, signée par 23 pays mais non entrée en vigueur), qualifiant de contrefaçon « *la présentation trompeuse de l'identité et/ou de la source* », ou encore la définition élargie du groupe IMPACT de l'OMS, mais sans valeur légale. Voir : www.iracm.com/falsification/definition/.

est *intentionnelle*, et peut relever du contenu comme du contenant (voir annexe I). Ces « faux » peuvent copier des marques princeps (violation de la propriété intellectuelle), des médicaments génériques, ou encore créer de toutes pièces des médicaments non enregistrés. Leur fabrication ou distribution est, en théorie, illégale dans tous les pays.

Une définition qui minimise l'étendue et la gravité du phénomène

Juridiquement, le terme de contrefaçon¹² renvoie clairement, et uniquement, au droit de la propriété intellectuelle, régi au niveau international depuis 1995 par les Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)¹³. Cette restriction terminologique suscite de fortes polémiques au vu des conséquences dramatiques pour la santé humaine de ces produits (annexe I). Certains proposent d'élever leur fabrication et distribution au rang de crime contre l'humanité (Nayyar *et al.*, 2012), considérant que les décès dus aux faux médicaments relèvent du « crime parfait »¹⁴. Par ailleurs, le terme de

¹² La Douane française donne la définition suivante de la contrefaçon : « [Elle] constitue une violation d'un droit de propriété intellectuelle. Sont considérées notamment comme des contrefaçons : - la reproduction, l'usage, l'apposition ou l'imitation d'une marque identique ou similaire à celle désignée dans l'enregistrement, sans l'autorisation du propriétaire ou du bénéficiaire du droit exclusif d'exploitation ; - toute copie, importation ou vente d'une invention nouvelle, sans le consentement du titulaire du brevet ; - toute reproduction, totale ou partielle d'un dessin ou modèle, sans autorisation de l'auteur [...]. » Voir <www.douane.gouv.fr>.

¹³ Les accords ADPIC sont relayés et précisés au niveau régional par l'Accord de Bangui (mars 1977), porté par l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle, dont font partie deux des États de notre étude, le Bénin et le Niger. Pour consulter la liste des États membres de l'OAPI, voir :

<www.oapi.int/index.php/fr/oapi/États-membres>.

De même, les lois communautaire de l'UEMOA (Union économique et monétaire ouest-africaine) prohibent toute forme de contrefaçon, sans que cela ne soit forcément retranscrits dans les codes législatifs nationaux.

¹⁴ Le décès du patient est alors mis sur le compte de sa maladie, voire d'un mauvais diagnostic du médecin, sans que la qualité du médicament soit mise en doute. Voir par exemple M. Nelson, M. Vizurraga, D. Chang, « Counterfeit Pharmaceuticals: a

contrefaçon semble écarter du phénomène les génériques, non protégés par des droits de propriété intellectuelle¹⁵ ; leur production fallacieuse par des trafiquants est pourtant tout aussi dangereuse pour les patients que les mauvaises copies de médicaments de marque.

Plus récemment, l'OMS se réfugie derrière l'expression volontairement vague de « Spurious/falsely-labelled/falsified/counterfeit (SFFC) medicines » (Médicaments faux/faussement étiquetés/ falsifiés/contrefaits)¹⁶.

Il est à noter qu'il existe également, bien que cela sorte du cadre de notre étude, au-delà du trafic du faux médicament fini, un marché noir de faux ingrédients permettant de fabriquer les médicaments.

Dans cet article, nous utiliserons de manière indifférenciée les expressions « contrefaçons de médicaments », « médicaments contrefaits » et « faux médicaments » ou « médicaments falsifiés », l'ensemble désignant tout médicament trompant l'acheteur ou le consommateur sur son contenu, sa source ou ses routes de distribution.

Worldwide Problem », *The Trademark Reporter*, Official Journal of the International Trademark Association, vol. 96, n°5, septembre-octobre 2006, p. 1068.

¹⁵ Il arrive que des médicaments dont le brevet est expiré conservent leur marque, ou qu'ils soient copiés et commercialisés par d'autres laboratoires sous d'autres marques, sans que ces marques aient une valeur en termes de propriété intellectuelle. Voir :

www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/factsheet_pharm03_f.htm.

¹⁶ OMS, 2012.

Produire et acheminer : un rôle partagé

La filière de distribution de faux médicaments Asie/Afrique¹⁷



Chine et Inde : les principaux fournisseurs

Bien que de nouveaux pays tels que le Brésil¹⁸, l'Argentine¹⁹, l'Indonésie, la Russie, l'Ukraine, l'Égypte ou les Philippines se soient récemment illustrés dans d'importantes saisies, l'immense majorité

¹⁷ Source : « Chapter 8. Counterfeit Products », in *The globalization of crime, A transnational organized crime threat assessment*, UNODC, 2010.

¹⁸ Le Brésil serait le seul pays d'Amérique latine à prendre des mesures fortes pour punir ce trafic (les peines pouvant aller jusqu'à 15 ans de prison, contre 6 mois dans la plupart des autres pays) (Nelson *et al.*, 2006).

¹⁹ Les produits latino-américains sont pour le moment destinés plutôt aux États-Unis et à l'Europe qu'à l'Afrique (Entretien avec un expert de l'IRACM, décembre 2013).

de la production de médicaments contrefaits s'effectue en Asie²⁰, et particulièrement en Inde et en Chine²¹. Ces deux pays ont développé une industrie pharmaceutique importante au moment de la reconnaissance légale des médicaments génériques dans les années 1970. À titre d'exemple, l'Inde compte aujourd'hui 20 000 producteurs de médicaments, la plupart de petite taille et spécialisés dans les génériques, et environ 800 000 distributeurs²². Face à un secteur aussi imposant, les tentatives de régulation et de contrôle sont peu efficaces face à l'industrie parallèle. Parmi les facteurs favorisant la production de faux médicaments, on peut notamment citer : outre le laxisme²³, voire la tolérance des autorités régulièrement accusées de corruption, une série de dysfonctionnements des États. En effet, la faiblesse des peines encourues et un système judiciaire peu efficace sur ces questions, le manque de cadre législatif protégeant la propriété intellectuelle, ou encore le manque de personnel et d'infrastructures adéquates pour la détection du trafic concourent au développement du secteur²⁴.

Les producteurs sont de tous types, allant de l'atelier artisanal rural aux conditions rudimentaires, jusqu'à l'unité industrielle produisant de véritables médicaments le jour et utilisée de nuit par des employés peu scrupuleux²⁵. Ceci explique d'ailleurs la diversité

²⁰ Bate avance le chiffre de 50 % des faux médicaments d'origine asiatique (2008), tandis que selon Przywa, pas moins de 70 % des contrefaçons de médicaments proviennent d'Inde ou de Chine (2013).

²¹ Nous avons ainsi pu voir citées : pour l'Inde, les villes d'Agra, Kanpur et Meerut (Uttar Pradesh, nord du pays) et la région d'Haryana (voisine d'Uttar Pradesh) ; pour la Chine, les provinces de Guangdong, Fujian et Zhejiang (littoral sud-est), Jiangsu et le delta du Yangtze (Nord de Shanghai), Yunnan (sud-ouest, à la frontière avec le Myanmar) et Henan (Est du pays, dans les terres). Cette liste est non exhaustive.

²² G. Swaminath, « Faking it - The Menace of Counterfeit Drugs », *Indian Journal of Psychiatry*, octobre-décembre 2008, n°50(4), p. 238-240, disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755136/.

²³ Laxisme qu'il est permis de nuancer au vu des dernières mesures de répression lancées en juillet 2013 par la Chine contre la vente de médicaments contrefaits ou de l'exécution du président directeur de l'autorité pharmaceutique de Pékin pour corruption (Bates, 2008). Voir par exemple : M. Rajagopalan, M. Martina, « UPDATE 2-China launches crackdown on pharmaceutical sector », *Reuters*, 17 juillet 2013, consulté le 22 août 2013, disponible sur :

www.reuters.com/article/2013/07/17/china-multinationals-crackdown-idUSL4N0FN18W20130717.

²⁴ Pour plus de détails sur le secteur de la production pharmaceutique fallacieuse en Inde et en Chine, voir « Chapter 8. Counterfeit Products », in *The globalization of crime, A transnational organized crime threat assessment*, UNODC, 2010, www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/tocta-2010.html.

²⁵ Certaines de ces compagnies sont bien connues mais bénéficient souvent de la complicité d'officiels du secteur de la santé. Voir par exemple pour des entreprises du Nord de l'Inde : R. Kumar Singh, « Blacklisted pharmaceutical companies still selling drugs », *Hindustan Times*, 21 mai 2010, disponible sur : www.hindustantimes.com/India-news/Lucknow/Blacklisted-pharmaceutical-companies-still-selling-drugs/Article1-546660.aspx.

des techniques de contrefaçons, allant de l'assemblage grossier de matières premières simples (craie, amidon, sucre...) jusqu'à la copie quasi exacte mais sous-dosée de médicaments de marque, obtenus par la technique du « *reverse engineering* »²⁶. Les faux médicaments sont parfois conditionnés dans de véritables emballages subtilisés au réseau officiel ou dans des imitations parfois de grande précision²⁷. Il est en tous les cas très simple et relativement peu coûteux de produire des médicaments fallacieux en très grande quantité et avec peu de moyens humains et matériels²⁸.

Exporter les faux : internationalisation de l'activité

Une grande partie des médicaments contrefaits produits est destinée au marché national. Mais certains producteurs préfèrent se tourner vers l'international, attirés par les formidables profits potentiels. Le volume du marché mondial de la contrefaçon de médicaments, est ainsi estimé par la majorité des sources entre 45 à 75 milliards de dollars par an²⁹. Certains avancent même le chiffre de 200 milliards³⁰, soit plus que le PIB du Pérou ou de la Hongrie. Investir dans les faux médicaments peut être de 10 à 25 fois plus rentable que le trafic d'héroïne, de cocaïne ou de cigarettes³¹. Le marché est en pleine explosion (+ 90 % entre 2005 et 2010³²).

Les producteurs exportent rarement eux-mêmes leurs produits. Cette tâche est confiée à des intermédiaires, qui utilisent des compagnies de fret. Celles-ci sont le plus souvent locales, mais

²⁶ Le « *reverse engineering* » (ou ingénierie inversée) consiste en l'étude d'un objet ou produit pour en déterminer le fonctionnement interne ou sa méthode de fabrication ; Voir C. Baxerres, E. Simon, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, Presses de Sciences Po, n° 63, 2013/1, p. 3-29.

²⁷ Pour les techniques de contrefaçon, voir par exemple G. Swaminath, « Faking it - The Menace of Counterfeit Drugs », *op.cit.*

²⁸ Entretien avec Bernard Leroy, Directeur de l'IRACM (Institut international de recherche contre la contrefaçon de médicaments), 5 décembre 2013.

²⁹ R. Bate., R. Nugent., « The Deadly World of Fake Drugs », *op.cit.* ou E. Przyśwa, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », *Rapport d'étude, IRACM*, septembre 2013.

³⁰ World Economic Forum, cité par Przyśwa, 2013.

³¹ Pour 1000 \$ investis, les gains nets s'élèveraient jusqu'à 500 000 \$ pour le trafic de faux médicaments, contre 20 000 \$ pour celui de l'héroïne, 43 000 \$ pour celui de cigarettes (Przyśwa, 2013, reprenant une étude de la Fédération internationale de l'industrie du médicament de 2009), et environ 30 000 \$ pour celui de la cocaïne (d'après des chiffres du Monde diplomatique, A. Frintz, *Trafic de cocaïne, une pièce négligée du puzzle sahélien*, février 2013, voir : <www.monde-diplomatique.fr/2013/02/FRINTZ/48744>. Notons que ces chiffres sont issus d'une estimation et qu'ils n'ont à notre connaissance pas encore été confrontés par d'autres méthodes de calcul.

³² Przyśwa, 2013, ou United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI), *Counterfeit Medicines and Organised Crime*, Turin, 2012.

on retrouve également de nombreuses compagnies fondées par des Africains vivant sur place. La ville portuaire de Guangzhou est une des villes chinoises comptant le plus d'immigrés africains, notamment congolais³³ et nigériens³⁴, ces derniers étant accusés par les autres minorités ou les chinois d'être particulièrement impliqués dans les trafics en tous genres. Hongkong et Taïwan sont également cités comme deux centres majeurs qui contrôlent et financent à distance le trafic, depuis la fabrication jusqu'à l'exportation de faux médicaments.

Une fois les médicaments contrefaits embarqués, la route est longue (parfois plusieurs mois) avant d'atteindre la destination finale. La multiplication des points de transit, déjà courante sur les lignes maritimes régulières, est accentuée par les trafiquants qui favorisent également les passages par des zones franches, (tels que Jebel Ali à Dubaï) La traçabilité des produits devient alors purement et simplement impossible. Divers procédés sont utilisés.

En premier lieu, les opérations de transbordement (transfert des conteneurs à un nouveau moyen de transport) donnent couramment lieu à l'établissement de nouveaux documents, ne mentionnant en général que la provenance et la destination, ainsi que le nom du transitaire, faisant disparaître l'origine initiale du produit et les possibilités de tracer le producteur³⁵.

En second lieu, les médicaments sont reconditionnés³⁶, parfois plusieurs fois afin de respecter dans la mesure du possible la langue et les dispositions légales locales. Durant cette opération, les acteurs intermédiaires crapuleux n'hésitent pas à effacer les numéros de lots, modifier les informations essentielles du packaging, et dissimuler la provenance des médicaments, parfois dans la simple intention commerciale de faire disparaître les noms de potentiels concurrents (procédé de « neutralisation »³⁷). Les emballages non utilisés peuvent être détournés pour conditionner des produits falsifiés. Il se peut également que des erreurs non intentionnelles

³³ B. Faucon, C. Murphy, J. Whalen, « Africa's Malaria Battle: Fake Drug Pipeline Undercuts Progress », *Online Wall Street Journal*, 19 mai 2013, disponible sur : <http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324474004578444942841728204.html>.

³⁴ O. Marsaud, « Les Africains de Guangzhou », *RFI*, 24 septembre 2009, consulté le 3 décembre 2013 sur : www.rfi.fr/actufr/articles/117/article_84983.asp.

³⁵ Entretien avec un expert de l'IRACM, décembre 2013.

³⁶ Ce changement d'emballage est en théorie très contrôlé, puisqu'il ne peut être effectué que par des importateurs dépositaires d'une licence spéciale, ou dans certains cas par des acteurs tiers assermentés

³⁷ « *Throughout the whole transport process, the involved distribution brokers and companies will often conceal the names of the previous suppliers on the shipping documents to prevent customers from bypassing them on future purchases. This so-called "neutralisation"78 is applied by many intermediaries in order to protect their commercial interests and exclude as many competitors as possible from the distribution chain and the business. This practice also conceals the origin of the medicine as any trace that refers back to its provenance disappears making it literally impossible to track the drug or the medical substance* », UNICRI, 2012, page 42.

surviennent au cours de ces opérations ; elles peuvent avoir des conséquences désastreuses³⁸.

La liste des pays impliqués lors de saisies pour de tels transits est longue. Dans le cas de la route vers l'Afrique, les pays du Moyen-Orient sont les plus cités, et notamment : les Émirats arabes unis *via* Dubaï³⁹, la Jordanie, la Turquie, l'Irak, la Syrie avant la crise, le Liban, l'Égypte et les territoires palestiniens. Il est cependant difficile de parler véritablement de « routes » du trafic, tant ces trajectoires sont mouvantes, multiples et en constante évolution, notamment en réaction aux grandes opérations de saisies par les douanes. Ainsi depuis trois ans, Christophe Zimmerman, responsable de la lutte contre le piratage et les contrefaçons de l'Organisation Mondiale des Douanes (OMD) a noté une adaptation constante des routes, compagnies, déclarations de marchandises, ainsi qu'une évolution des stratégies pour échapper aux contrôles (marchandises « déposées » dans des bateaux de taille plus réduite, moins susceptibles d'être contrôlés, grande qualité des certificats falsifiés d'authenticité ou d'autorisations de mise sur le marché)⁴⁰.

En faisant traverser à leurs produits des pays tiers, les contrefacteurs espèrent détourner l'attention des douaniers, moins méfiants si les produits ne proviennent pas directement d'Asie (technique de la « rupture de la charge »). À force de passer de mains en mains, les importateurs et transitaires eux-mêmes perdent la trace du producteur et beaucoup n'ont aucun contact direct avec celui-ci. L'UNICRI (United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute) estime qu'un médicament pénétrant le marché parallèle peut être soumis à 20 voire 30 transactions intermédiaires avant d'atteindre sa destination finale⁴¹.

Remarquons néanmoins qu'un nombre non négligeable de conteneurs sont transportés directement depuis l'Asie vers les ports africains, sans transit, contribuant aux abondants échanges commerciaux quotidiens entre ces deux continents, licite comme illicite⁴². Le nombre de conteneurs arrivant chaque jour en Afrique depuis l'Asie est très important ; l'Asie domine en effet le transport maritime international. Selon un classement de la CNUCED (Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement), 14 des 20 premiers terminaux portuaires sont situés en Asie, dont 9 en Chine.

³⁸ Comme dans l'exemple des notices d'utilisation insérées dans les mauvaises boîtes de médicaments frauduleux et induisant en erreur quant au mode d'administration de la substance. Voir *Émission Priorité Santé*, « Faux médicaments », mercredi 17 avril 2013, Reportage d'I. Strauss, au micro de C. Hédon, disponible sur : <www.rfi.fr/emission/20130417-1-faux-medicaments>.

³⁹ Selon Przyswa, la moitié des contrefaçons mondiales de médicaments transiterait par Dubaï (2013).

⁴⁰ Cité dans *Émission Priorité Santé*, 2013.

⁴¹ UNICRI, 2012, op.cit.

⁴² Entretien avec un expert de l'IRACM, décembre 2013.

Les ports chinois représentent à eux seuls près de 52 % de la capacité totale d'accueil de conteneurs⁴³.

⁴³ Chiffres de 2009, exprimés en EVP (Equivalent Vingt Pieds). United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), Review of maritime transport, Genève, 2012.

Le trafic en terres africaines

Le marché africain du médicament, s'il pèse aujourd'hui moins de 2 % du marché mondial de ce secteur⁴⁴, est en pleine expansion. Tiré par la croissance démographique et l'émergence de classes moyennes, il devrait atteindre 5 milliards de dollars en 2018, contre 2,2 milliards en 2011⁴⁵. La valeur totale des importations de produits pharmaceutiques en Afrique de l'Ouest était de 1,5 milliards en 2010. Étant donné les déficiences de gouvernance et de surveillance des importations internationales, les opportunités pour les trafiquants de faux médicaments sont grandes au vu des faibles risques encourus.

Les grands ports : accéder aux côtes africaines

Lagos, Cotonou, Lomé, Accra-Tema⁴⁶ ainsi que Conakry, sont les entrées privilégiées des médicaments contrefaits en Afrique de l'Ouest. Le port de Lomé au Togo est le seul port en eaux profondes de la sous-région. Il est donc une plaque tournante particulière de réception des conteneurs asiatiques transportés par cargos et de distribution par voie terrestre vers les autres pays, et notamment les pays enclavés : Mali, Burkina Faso et Niger⁴⁷. Les douanes des grands aéroports internationaux de la zone saisissent parfois des produits, mais rarement dans les quantités industrielles des saisies portuaires.

⁴⁴ Moyen-Orient compris. Voir « L'Afrique premier marché export de l'industrie pharmaceutique chinoise », Agence Ecofin, 5 novembre 2012, disponible sur : www.agenceecofin.com/commerce/0511-7415-1-afrique-premier-marche-export-de-l-industrie-pharmaceutique-chinoise.

⁴⁵ « Le marché subsaharien du médicament doublera d'ici 2018 à 5 milliards \$ », Agence Ecofin, 18 janvier 2013, disponible sur : www.agenceecofin.com/economie/1801-8492-le-marche-subsaarien-du-medicament-doublera-d-ici-2018-a-5-milliards.

⁴⁶ Il est à noter que depuis la fin des années 2000, ces ports ont tous cédé l'exploitation de leur terminal à conteneurs à l'entreprise Bolloré Africa Logistics. Source : www.bolloré-africa-logistics.com.

⁴⁷ *Émission Priorité Santé*, « Faux médicaments », mercredi 17 avril 2013, reportage d'Igos Strauss, au micro de Claire Hédon, www.rfi.fr/emission/20130417-1-faux-medicaments.

Le passage des douanes est un moment critique dans la chaîne de distribution de ces produits illégaux. Les trafiquants redoublent d'ingéniosité pour tromper la vigilance des douaniers et mobilisent des méthodes variées telles que la dissimulation des médicaments à l'intérieur d'autres biens légaux ou la falsification des documents officiels déjà évoquée, notamment des autorisations de mise sur le marché. La corruption est par ailleurs largement citée comme facilitant la pénétration des faux médicaments dans les marchés locaux ; si elle concerne pour beaucoup les fonctionnaires du bas de l'échelle, elle serait également très présente dans les sphères plus hautes de pouvoir⁴⁸. La faiblesse de la formation et des moyens des douaniers et autorités judiciaires⁴⁹ facilite également l'entrée massive de faux médicaments dans les pays. Les conteneurs arrivent chaque jour par dizaines de milliers dans ces grands ports ouest-africains, en provenance d'Asie et d'ailleurs, et qu'il est humainement impossible de contrôler l'ensemble des marchandises⁵⁰. En outre, l'ouverture de conteneurs en transit requiert une procédure lourde, des autorisations, voire des conditions climatiques favorables (afin de ne pas détériorer les marchandises, pratiquement aucun conteneur n'est contrôlé en saison des pluies⁵¹).

Malgré ces nombreuses difficultés, il arrive que les douaniers réalisent des saisies spectaculaires. Ainsi, au début du mois d'avril 2013, l'Opération Biyela, menée par l'OMD avec le soutien de l'Institut de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments (IRACM), a permis la saisie de 550 millions de doses de médicaments contrefaits dans 23 pays africains, pour une valeur de 275 millions de dollars. L'opération au Togo fut particulièrement fructueuse⁵². Autre exemple de saisie : en mai 2009, de faux antipaludéens furent saisis par la NAFDAC (Nigerian National Agency for Food and Drug Administration and Control) dans le port de Lagos, pour une valeur de 32 millions de nairas (200 000 \$) ; les tablettes et les boîtes d'emballage, acheminées séparément, étaient déclarées comme du scotch. Elles avaient été fabriquées en Chine et acheminées depuis

⁴⁸ Bien que cette corruption des hautes sphères soit difficile à prouver, plusieurs experts interrogés nous ont confirmé cet état de fait dans le cadre du trafic de faux médicaments, notamment au Bénin.

⁴⁹ À titre d'exemple, en 2012, seuls trois pays africains disposaient d'un laboratoire d'analyse des médicaments antipaludiques : le Kenya, l'Afrique du Sud et la Tanzanie (Nayyar *et al.*, 2012).

⁵⁰ Selon nos sources, les plus gros cargos peuvent aujourd'hui transporter jusqu'à 15 000 conteneurs à la fois.

⁵¹ Émission *Priorité Santé*, *op. cit.*

⁵² Communiqué de presse IRACM/OMD, *Saisie record de médicaments illicites en Afrique*, 13 juin 2013, disponible sur : <www.iracm.com/wp-content/uploads/2013/06/Communique-de-presse-BIYELA.pdf>.

le port de Tianjin Xingang par une compagnie d'export chinoise. Leur emballage indiquait pourtant une provenance indienne⁵³.

Transits régionaux : exploiter les divergences des systèmes

Pour certains produits fraîchement débarqués en Afrique, le voyage se poursuit dans la sous-région. La circulation des faux médicaments entre les quatre pays de notre étude est avérée. Comme le note un expert de l'IRACM que nous avons interrogé, elle rencontre peu d'obstacles, et ce quelles que soient les quantités à transporter⁵⁴ :

« On a zéro données. Mais cela circule dans tous les sens, par tous les moyens. On est loin de notre vision d'une frontière maîtrisée avec des postes précis de passage et donc de contrôle. Dans ces pays, les frontières sont totalement poreuses, on voit des passages par route, vélo, barques, avion... La question de la quantité n'est pas importante, on peut toujours s'arranger. »

Sur les marchés de Cotonou, toute une catégorie de médicaments génériques est appelée « médicaments du Nigeria et du Ghana » ; parmi les moins chers du marché, ces produits ne sont en général pas autorisés à la vente dans les pharmacies officielles béninoises⁵⁵. Les détaillants vont s'approvisionner directement sur les marchés des capitales voisines, auprès de grossistes vendant des médicaments autorisés dans leur pays. Le passage de la frontière est informel et s'appuie sur le système des acquits (paiement d'un forfait par camion, et non en fonction des marchandises transportées). Selon Baxerres⁵⁶ :

« Ce système, particulièrement fonctionnel, consiste pour le vendeur [béninois], qui va généralement seul, le temps d'une journée et en transport collectif au Nigeria, à confier les marchandises achetées à un chef d'entrepôt à Lagos. Celui-ci se charge des formalités (stockage, transport, dédouanement) et achemine en camion, moyennant rémunération, les marchandises à Cotonou. »

⁵³ S. Ogundipe, « Nigeria: Nafdac Seizes N32 Million Fake Anti-Malarial Drugs », *All Africa*, 2 juin 2009, consulté le 28 août 2013, disponible sur : <http://allafrica.com/stories/200906020015.html>.

⁵⁴ Entretien de décembre 2013.

⁵⁵ C. Baxerres, « L'introduction différenciée des génériques entre pays francophones et anglophones d'Afrique de l'ouest : une illustration de la globalisation du médicament à partir du cas du Bénin », *Autrepart*, Presses de Sciences Po, n°63, 2013/1, p. 51-68.

⁵⁶ C. Baxerres Carine, « L'introduction différenciée des génériques entre pays francophones et anglophones d'Afrique de l'ouest », *op.cit.*, 2013, p. 56.

Cette importation informelle de génériques, qu'ils soient de bonne ou de mauvaise qualité, depuis le Ghana et le Nigeria, s'appuie sur les différences des systèmes officiels d'importation et de distribution des médicaments, que nous décrivons en détail dans la section suivante. Les systèmes anglophones, plus libéraux, mettent en concurrence les importateurs/distributeurs qui se tournent en majorité⁵⁷ vers les producteurs asiatiques afin de réduire leurs coûts d'achat et leurs prix de revente, et rester compétitifs. Les prix des médicaments au Bénin et au Togo sont fixés par les gouvernements. Un écart de prix existe alors de part et d'autre des frontières, créant des effets d'opportunité incitant au trafic régional.

Les transits multiples sont également utilisés pour éviter les contrôles douaniers (un conteneur en transit ne peut être contrôlé, interdiction sur laquelle jouent les contrefacteurs en multipliant le passage de frontières régionales, quitte à revenir ensuite au port initial).

Une production africaine embryonnaire

Afrique du Sud mise à part, l'industrie pharmaceutique est quasi inexistante en Afrique. Certaines multinationales occidentales ou asiatiques ont ouvert des filiales (Nigeria, Ghana, Sénégal, Tanzanie, RDC, Togo, Ouganda, etc.), mais les industries locales sont rares et de taille modeste. On en trouve notamment au Nigeria⁵⁸, au Ghana⁵⁹, au Togo, au Bénin et au Mali. Ces productions à petite échelle, tournées vers le marché intérieur, sont donc fragiles et respectent peu les bonnes pratiques édictées par l'OMS⁶⁰. La production de produits falsifiés y est logiquement tout aussi embryonnaire, très largement artisanale et loin des niveaux de perfectionnement des copies asiatiques⁶¹. Les produits nigériens sont particulièrement stigmatisés dans la région pour leur mauvaise qualité. Un vaste effort de développement de l'industrie pharmaceutique des pays, notamment pour la production d'antirétroviraux, antipaludéens et antituberculeux⁶², effort soutenu par l'Union africaine et le NEPAD, est en cours. Cette production locale serait bienvenue pour lutter

⁵⁷ Par exemple, 70 % des importations ghanéennes (officielles) de médicaments proviennent d'Inde (C. Baxerres, *op. cit.* p. 63).

⁵⁸ Baxerres avance le chiffre de 80 unités de productions pharmaceutiques au Nigeria (2013).

⁵⁹ Baxerres avance le chiffre d'une vingtaine d'unités de productions pharmaceutiques au Ghana (2013).

⁶⁰ Entretien avec Christophe Rochigneux, pharmacien et conseiller technique à l'Organisation mondiale de la santé, en poste au Burkina Faso puis au Bénin, 9 décembre 2013.

⁶¹ C. Baxerres, E. Simon, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *op.cit.*, 2013.

⁶² Dans le cadre de financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme notamment.

contre l'importation massive et non régulée de médicaments falsifiés depuis l'Asie, ces trois catégories de médicaments faisant partie des plus contrefaits sur le continent africain.

À la vente : marchés informels... mais aussi formels

Marchés informels : répondre à une demande des populations

Les marchés informels des grandes villes ouest-africaines sont le lieu privilégié de vente des médicaments de mauvaise qualité. Les franges de la population les plus démunies s'y approvisionnent en premier lieu, attirées par les forts différentiels de prix, par comparaison avec les produits vendus dans les pharmacies officielles⁶³. Dans la plupart des cas, ni les acheteurs, ni même les vendeurs, ne connaissent la nature réelle des produits échangés. Cependant, des chercheurs ont pu noter que des consommateurs, informés et sensibilisés aux problèmes de qualité des médicaments qu'ils achètent, persistent à s'approvisionner auprès de revendeurs informels, mettant en avant le prix, la disponibilité, mais aussi la supposée efficacité⁶⁴. Les petits revendeurs locaux non licenciés, et bien souvent méconnaissant la qualité de leurs marchandises, sont le dernier maillon de la chaîne de distribution illégale de médicaments contrefaits.

Il est à noter que si les marchés informels en zone urbaine sont les plus touchés par la vente de médicaments contrefaits, les zones rurales ne sont pas épargnées. Leur vulnérabilité est d'autant plus grande que les médicaments de bonne qualité y sont plus difficiles d'accès (éloignement des centres de santé), et lorsque ces populations sont démunies, le prix est un facteur d'autant plus réhibitoire. Cette situation témoigne de la très grande flexibilité et adaptation des réseaux de distribution illégaux, capables de pénétrer les marchés les plus éloignés des lieux de réception côtiers. En parallèle, les médicaments falsifiés ayant réussi à s'introduire dans les filières de distribution officielles, notamment publiques, sont présents en zone rurale dans les mêmes proportions que dans le légal urbain. Néanmoins, les faux médicaments y circulent à plus

⁶³ A titre d'exemple, une étude au Kenya a relevé que les faux médicaments étaient vendus au quart du prix des véritables produits copiés (UNICRI, 2013).

⁶⁴ Voir Émission *Priorité Santé*, *op. cit.* 2013.

modeste échelle⁶⁵, les faibles densités de population et capacités de paiement rendant moins intéressants les marchés ruraux.

Pénétration des points de vente officiels

Systèmes légaux

Avant de s'intéresser à l'infiltration des faux, nous décrivons brièvement le fonctionnement du système légal d'importation de médicaments dans les pays ouest-africains de notre étude.

Dans les systèmes béninois et togolais, deux filières fonctionnent en parallèle et se complètent⁶⁶ : le public et le privé. Le secteur public s'appuie d'abord sur une unique centrale d'achat nationale (CAN), travaillant essentiellement avec des génériques. En majorité, étant donné la faiblesse de la production locale, ces centrales d'achat approvisionnent leurs stocks en médicaments essentiels *via* l'importation. Le choix des fournisseurs est alors crucial pour assurer la bonne qualité des médicaments importés. L'Association Africaine des Centrales d'Achat de Médicaments (ACAME) a élaboré un modèle de dossier de préqualification des fournisseurs⁶⁷, suivi par la plupart des CAN membres pour guider leurs choix de fournisseurs. Dans le cas, relativement fréquent, où les CAN ne traitent pas directement avec le producteur de génériques mais avec un revendeur, des dispositions sont observées pour s'assurer de sa fiabilité⁶⁸. Les CAN travaillent également avec un ou plusieurs transitaires agréés et réputés sûrs pour l'acheminement des médicaments. Après réception et stockage dans un magasin central, les produits sont acheminés vers les districts sanitaires puis les formations sanitaires⁶⁹ avant de rejoindre les hôpitaux locaux, officines publiques, etc.

⁶⁵ Entretien avec Christophe Rochigneux, pharmacien et conseiller technique à l'Organisation mondiale de la santé, en poste au Burkina Faso puis au Bénin, 9 décembre 2013.

⁶⁶ D'après un entretien avec Christophe Rochigneux, pharmacien et conseiller technique à l'Organisation mondiale de la santé, en poste au Burkina Faso puis au Bénin, 9 décembre 2013.

⁶⁷ Ce dossier de pré-qualification comporte un volet technique (certificats de contrôle, d'analyse...) et un volet administratif (renseignements sur le site de fabrication, sur les autorités de régulation nationales...). Il est en cours d'actualisation pour 2014 afin de refléter au mieux les normes MQAS de l'OMS (Model Quality Assurance System). D'après un entretien avec le Secrétariat permanent de l'ACAME, 13 décembre 2013.

⁶⁸ Ces gros revendeurs, en général du Nord, doivent produire un ensemble d'informations sur leurs propres sources d'approvisionnement et justifier de leur statut officiel auprès des autorités de leur pays. D'après un entretien avec le Secrétariat permanent de l'ACAME, 13 décembre 2013.

⁶⁹ Un district sanitaire est l'unité géographique opérationnelle dans les systèmes de santé nationaux. Il peut recouper une ou plusieurs zones administratives limitrophes (suivant les cas : arrondissements, régions, etc.). Les formations sanitaires sont les structures de santé opérationnelles à proprement parler (pharmacies, hôpitaux, centres de santé, etc.).

D'autre part, des grossistes-répartiteurs privés importent et approvisionnent les acteurs de santé privés (cliniques, pharmacies privées), principalement en médicaments de marque, complétant l'offre médicamenteuse nationale. Ces acteurs sont un petit nombre (quatre au Bénin⁷⁰), et leur activité demeure très contrôlée ; on leur impose notamment de détenir un large assortiment de médicaments autorisés.

Certaines grosses structures de santé, comme les Centres hospitaliers universitaires (CHU) croisent les deux systèmes pour s'approvisionner en médicaments. Ainsi, la CAN leur fournit les génériques essentiels, tandis qu'ils se tournent vers des fournisseurs internationaux ou locaux privés pour de nombreux consommables pharmaceutiques, mais aussi pour les médicaments « haut de gamme » (anticancéreux...) et tout médicament de marque ou ne figurant pas sur la liste des médicaments essentiels du pays.

À l'opposé de ce système, dans les pays anglophones, la libre régulation du marché est appliquée au secteur pharmaceutique. Les agences gouvernementales (NAFDAC au Nigeria et Food and Drugs Authority – FDA – au Ghana) établissent les listes de produits importés autorisés, produisent des recommandations à l'importation et contrôlent dans la mesure du possible les médicaments entrants. Mais c'est bien une multitude de grossistes-répartiteurs⁷¹ privés qui assurent l'importation et la distribution nationale de médicaments. Chaque grossiste distribue les produits d'une ou de deux firmes uniquement, et endosse également le rôle de promoteur de ces marques. Ces sociétés locales sont parfois tenues par des diasporas, notamment indienne et chinoise, ce qui facilite les relations directes avec les lieux de production.

Infiltration des faux à tous les niveaux

La fabrication et la distribution des produits de marque sont dans l'ensemble bien plus surveillées que celles des génériques, qui sont donc particulièrement contrefaits. C'est alors logiquement que le secteur public, premier distributeur de génériques, se trouve affecté par la pénétration de faux médicaments dans les filières officielles. Cette infiltration peut se concrétiser à plusieurs nœuds de la chaîne de distribution. D'abord, il peut arriver que la sélection du fournisseur ne se fasse pas de manière suffisamment rigoureuse, ou que les fournisseurs parviennent à cacher la qualité douteuse de leurs produits. La Centrale d'achat abusée commande alors directement des médicaments génériques falsifiés. Ensuite, les transits multiples tout au long de l'acheminement vers l'Afrique facilitent grandement la pénétration des produits sous-standards dans la filière officielle, suivant les multiples procédés évoqués plus haut (transbordements faisant perdre la source, réemballages, mélange de vrais et de faux,

⁷⁰ C. Baxerres, *op. cit.*

⁷¹ Environ 300 au Ghana et 500 au Nigeria (Baxerres, 2013).

etc.). Pour finir, la chaîne de distribution locale n'est pas épargnée par cette porosité entre filière légale et illégale. À chaque étape de la distribution (stockage, acheminement vers les différentes régions des pays, distribution dans les unités de santé), des agents malveillants peuvent détourner des produits de qualité et les remplacer par des faux, afin par exemple de revendre les véritables à leur profit⁷².

Bien entendu, la distribution privée n'est pas épargnée par cette pénétration des produits falsifiés. Les intermédiaires et grossistes locaux peuvent ou non être impliqués dans le trafic à proprement parler. Citons ainsi le cas de Kingsley Okafor, établi à Accra au Ghana ; arrêté par la FDA en juin 2013, ce Nigérian importait des faux médicaments depuis son pays natal, les stockait dans sa propre résidence et les fournissait à la demande aux pharmacies du Centre d'Affaires d'Accra⁷³. Il arrive également que des pharmaciens corrompus fassent volontairement entrer des faux médicaments dans leurs officines privées⁷⁴.

Bien souvent, les produits contrefaits sont impossibles à distinguer à l'œil nu par un non-spécialiste. Il est très facile, pour peu que les mesures de contrôle soient peu efficaces ou peu respectées, d'intégrer ces médicaments dans la filière officielle de distribution, de les mêler à de véritables produits de qualité sans qu'une différence visuelle soit frappante. La multiplication des acteurs tout au long de la chaîne favorise l'oubli de l'identité et de la provenance réelle des médicaments. Il est ainsi toujours délicat de déterminer la culpabilité réelle des intermédiaires⁷⁵, parfois impliqués malgré eux.

⁷² Entretien avec le Secrétariat permanent de l'ACAME, 13 décembre 2013.

⁷³ « Nigerian grabbed for peddling fake drugs », *Ghana Web*, 28 juin 2013, voir : www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/crime/artikel.php?ID=278116.

⁷⁴ Entretien avec Christophe Rochigneux, pharmacien et conseiller technique à l'Organisation mondiale de la santé, en poste au Burkina Faso puis au Bénin, 9 décembre 2013.

⁷⁵ Ainsi le Congolais Aben Iduku Hubert, installé à Guangzhou depuis 1988 et dont la compagnie de fret était accusée d'avoir transporté de larges quantités de faux médicaments, affirmait ignorer la présence de tablettes contrefaites insérées dans les enceintes qu'il exportait vers Luanda, Angola (affaire datée de juin 2012). Voir : B. Faucon, C. Murphy, J. Whalen, « Africa's Malaria Battle: Fake Drug Pipeline Undercuts Progress », *op. cit.*

Les trafiquants africains de faux médicaments : des réseaux mafieux ?

Le trafic de faux médicaments est transnational et implique une multitude d'acteurs engagés dans cette activité criminelle sur une durée relativement longue (et non pas ponctuellement). Il semble donc répondre aux critères d'une organisation criminelle⁷⁶, si l'on prend la définition, certes particulièrement flexible, de la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, signée à Palerme en 2000 et selon laquelle « un groupe criminel organisé » est « *un groupe structuré de trois personnes ou plus existant depuis un certain temps et agissant de concert en vue de commettre une ou plusieurs infractions graves pour en retirer un avantage financier ou un autre avantage matériel* ». Cette crainte de l'implication de la criminalité organisée dans le trafic de médicaments falsifiés s'exprime par exemple dans la résolution 20/6 de la 20^e session de la Commission sur la prévention du crime et la justice criminelle (2010-2011)⁷⁷.

Il est cependant délicat d'affirmer l'implication de véritables mafias dans ce trafic. Bien que l'étude approfondie de cette question soit rendue difficile par l'extrême flexibilité des réseaux et leur évolution constante, on semble avoir d'avantage affaire à des alliances circonstanciées d'acteurs contrôlant des portions de la chaîne de distribution et exploitant les « trous structureaux »⁷⁸ de la chaîne officielle pour mieux la pénétrer. L'implication de véritables mafias, dont notamment les fameuses triades chinoises, demeure non prouvée à ce jour. Cependant, les trafics de faux médicaments s'appuient sur les mêmes méthodes, procédés, voire trajets, que

⁷⁶ E. Przystwa, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », *op. cit.*

⁷⁷ Cette même résolution note par ailleurs que « Les différentes étapes de la filière des médicaments frauduleux, en particulier la distribution et le trafic, ne requièrent chez les délinquants ni infrastructure sophistiquée ni connaissances pointues et que, à mesure que de nouvelles méthodes d'identification des médicaments frauduleux sont mises au point, les délinquants améliorent leurs méthodes de reproduction des emballages, des hologrammes et d'autres éléments matériels ainsi que la composition chimique de leurs produits. » Voir : « Trafficking In Fraudulent Medicine », page sur le site de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDDC), consulté le 22 août 2013.

⁷⁸ Przystwa, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », *op. cit.*

certains trafics de drogues, laissant supposer des phénomènes de mimétisme, voire l'implication des mêmes acteurs.

Il est finalement plus juste de parler de « réseaux criminels » plutôt que d'organisations unifiées : les structures varient, mais l'on a peu vu de modèles à la hiérarchie forte et contrôlant l'ensemble de la chaîne de production et de distribution. Przyswa évoque plutôt la collaboration de « réseaux principaux » et « réseaux périphériques », plus ou moins autonomes ou interagissant les uns avec les autres, et dont les membres sont d'une grande variété de profils de « criminels à cols blancs », alliant grossièrement l'industriel asiatique, le négociant international, le douanier corrompu, le grossiste pharmaceutique, le distributeur à petite échelle, voire des experts financiers, juridiques ou des autorités de haut niveau. Tous ces acteurs seraient attirés par les revenus importants que ce commerce illicite suscite, tout en étant séduits par les faibles risques qu'ils encourent et la facilité de trafiquer des produits aisément transportables et dissimulables de par leur petite taille. La violence ne joue pas dans ces réseaux le rôle fédérateur, dissuasif et coercitif qu'elle joue dans les réseaux mafieux⁷⁹.

Les organisations impliquées dans le trafic de faux médicaments sont de toutes tailles. Les plus petites (moins de cinq personnes) s'appuient largement sur les techniques du e-commerce et de la vente en ligne et ne concernent pour leur majorité pas les importations sur le continent africain. Les plus importantes peuvent regrouper des centaines d'individus plus ou moins impliqués dans le trafic et s'appuient sur des constructions juridiques complexes transnationales et sur de multiples sociétés écrans et filiales locales. La prise de décision y est largement décentralisée, rendant possible une grande autonomie des différentes cellules.

⁷⁹ Elle n'est cependant pas totalement absente de ce trafic. Ainsi Dora Akunyili, Directrice de la NAFDAC nigériane depuis 2001, a-t-elle essuyé de nombreuses attaques physiques et menaces voulant entraver son action contre les faux médicaments au Nigeria, action que l'on verra décrite en conclusion (UNICRI, 2013).

Conclusion : lutter contre les faux médicaments en Afrique

Finalement, le trafic de médicaments contrefaits ou falsifiés est le fait d'une chaîne d'acteurs indépendants les uns des autres mais structurés entre eux et insérés dans des réseaux internationaux. Le lien est ainsi fait entre des producteurs étrangers, en majorité asiatiques, et les pays consommateurs, *via* des procédures et trajets complexes leur permettant d'éviter massivement les contrôles douaniers et sanitaires. Le continent africain, ainsi inséré dans une section illégale de la mondialisation, est particulièrement touché par ce fléau qui, s'il ne semble pas menacer directement sa sécurité et sa stabilité politique comme le font d'autres trafics⁸⁰, représente une lourde menace pour la santé des populations.

Certains États, loin de prendre la question à la légère, ont engagé une lutte ferme contre ces trafics. L'exemple le plus emblématique pour notre étude est celui du Nigeria. Ce pays avait vu la présence de faux médicaments sur ses marchés exploser à partir des années 1980. La junte militaire alors au pouvoir accordait de nombreuses licences d'importation peu contrôlées, dans un contexte de plans d'ajustement sévères, paupérisant l'ensemble de la fonction publique et favorisant l'essor de la corruption et du secteur informel. Dans les années 1990, quelques mesures avaient été prises pour tenter d'enrayer ce phénomène⁸¹ : loi interdisant l'importation de médicaments contrefaits (1990, la première du genre), décret obligeant l'enregistrement des médicaments importés et distribués sur le territoire (1993), création de la NAFDAC (Nigerian National Agency for Food and Drug Administration and Control, 1993). Sans succès. Au début des années 2000, les médicaments contrefaits ou sous-standards représentaient 70 % du marché⁸², un chiffre effrayant

⁸⁰ Même si certains auteurs avancent que les revenus du trafic de faux médicaments ont pu être utilisés pour le financement de certains groupes terroristes de par le monde, tels que le Hezbollah ou l'Irish Republican Army (E. Przywa, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », *op. cit.*). Mais, par exemple, aucune donnée solide ne vient aujourd'hui soutenir l'hypothèse d'un financement d'AQMI par ces fonds illégaux.

⁸¹ W.O. Erhun, O.O. Babalola, M.O. Erhun, « Drug Regulation and Control in Nigeria: The Challenge of Counterfeit Drugs », in *Journal of Health & Population in Developing Countries*, n°4(2), 2001, voir :

www.nigeriapharm.com/Library/Drug_regulation.pdf.

⁸² R. Bate, « The Deadly World of Fake Drugs », *op. cit.*

aux conséquences sanitaires dramatiques bien que peu mesurées. La situation était telle que certains pays de la sous-région interdisaient l'import de produits pharmaceutiques nigériens⁸³. En 2001, l'énergique Dora Akunyili prit la tête de la NAFDAC. Sous sa direction, les mesures anti-traffic se multiplièrent :

- restriction des importations de médicaments à deux aéroports et deux ports uniquement, dans lesquels du personnel de la NAFDAC est présent ;
- ban sur l'importation de certains produits indiens et chinois⁸⁴ ;
- contacts directs avec les autorités de ces pays pour réguler et contrôler leurs exportations de médicaments au Nigeria ;
- multiplication des contrôles aux frontières et des saisies ;
- révision des procédés de délivrance des documents de certification ;
- raids multiples pour contrôler la qualité des médicaments produits et distribués sur le territoire et saisir les produits fallacieux ;
- encouragement du développement d'une industrie pharmaceutique locale⁸⁵ ;
- alourdissement des peines encourues par les trafiquants (qui risquent désormais 3 600 \$ d'amende et 5 ans de prison⁸⁶ contre 80 \$ et 3 – hypothétiques – mois de prison auparavant⁸⁷).

Selon des études conduites sur le terrain, les résultats de ces efforts sont saisissants. En 2007, la part des médicaments de mauvaise qualité était tombée à 16 % et serait toujours en diminution⁸⁸.

⁸³ Selon une information de 1994, ces pays étaient notamment le Ghana, la Sierra Leone et la Côte d'Ivoire. K. M. Lybecker, « Rx Roulette: Combatting Counterfeit Pharmaceuticals in Developing Nations », in *Managerial and Decision Economics*, Vol. 28, n° 4/5, juin-août 2007, p. 509-520.

⁸⁴ En 2008, les produits de 19 entreprises chinoises et indiennes étaient soumis à un ban à l'importation au Nigeria. Voir O. Chinwendu, *The fight against fake drugs by NAFDAC in Nigeria*, 44th International Course in Health Development (ICHHD), Royal Tropical Institute, Vrije Universiteit, Amsterdam, 2008

⁸⁵ UNICRI, 2012

⁸⁶ O. Chinwendu, *The fight against fake drugs by NAFDAC in Nigeria*, *op. cit.*

⁸⁷ R. Bate, « The Deadly World of Fake Drugs », *op. cit.*

⁸⁸ R. Bate, « The Deadly World of Fake Drugs », *op. cit.*

Il serait hasardeux de donner le Nigeria comme modèle absolu à suivre. D'abord, parce que la bataille est encore loin d'être remportée, alors que les saisies massives se multiplient toujours et que les réseaux criminels nigériens sont toujours parmi les plus cités dans les trafics en tous genres. Ensuite parce que cette lutte peut avoir des effets secondaires qu'il faut connaître pour mieux contrer. Ainsi, la NAFDAC étant désormais connue dans la région comme institution fiable de contrôle des médicaments, les contrefacteurs n'hésitent pas à plagier son label de garantie de qualité et l'apposent sur leurs produits falsifiés. Cependant, le cas nigérien montre que la situation n'est pas inéluctable et qu'il est possible de contrer de manière efficace la présence massive de faux médicaments en une décennie. Sur les traces du Nigeria, le Ghana a également lancé de vastes campagnes de lutte contre les faux médicaments. Bien que plus récentes, leurs effets sont déjà visibles sur les marchés de la capitale⁸⁹. Le Ghana a ainsi développé un système efficace de pré-alerte sur l'importation de médicaments⁹⁰, et bénéficie d'une équipe de ciblage de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD). Les deux pays francophones de notre étude seraient à l'inverse toujours vulnérables face aux faux médicaments, ce qui peut paraître paradoxal au vu des précautions prises, du moins en théorie, pour contrôler l'importation de produits pharmaceutiques.

Les tentatives pour fédérer les États à un niveau régional voire continental pour apporter une réponse coordonnée et unie à ce problème qui dépasse les cadres nationaux n'ont pour l'instant pas abouti à des résultats satisfaisants. À titre d'exemple, une table ronde sur les faux médicaments en Afrique de l'Ouest s'est tenue à Ouagadougou du 27 au 29 septembre 2011 ; sa synthèse finale recommandait notamment l'adoption d'un plan stratégique d'action régional et l'élaboration d'une législation cadre régionale sur le thème des faux médicaments. Deux ans plus tard, ces recommandations n'ont pas abouti à des résultats concrets, des suites notamment de « *grandes réticences et résistances, liées aux intérêts qui se cachent derrière ces trafics* »⁹¹. La CEDEAO a également monté un groupe de travail sur cette question⁹², rassemblant des pharmaciens de ses pays membres ; leur plan d'action régional est en préparation. Au-delà de ces lourds processus politiques, nécessaires mais aux

⁸⁹ R. Bate, K. Hess, « Anti-malarial drug quality in Lagos and Accra – a comparison of various quality assessments », in *Malaria Journal*, n°9, juin 2010.

⁹⁰ Entretien avec un expert de l'IRACM, décembre 2013.

⁹¹ Entretien avec Christophe Rochigneux, pharmacien et conseiller technique à l'Organisation mondiale de la santé, en poste au Burkina Faso puis au Bénin, 9 décembre 2013.

⁹² Appelé Comité de lutte contre la contrefaçon des produits médicaux de la CEDEAO (EMACCOM), ce groupe a été créé en avril 2013 dans le cadre de l'Organisation Ouest-africaine de la Santé et a pour mission « *d'assurer la supervision de la mise en œuvre du Plan stratégique régional de lutte contre la contrefaçon et le commerce illicite des produits médicaux dans l'espace CEDEAO* ». Voir *Bulletin de liaison de l'OOAS*, n°1, avril-juin 2013, voir : www.wahooas.org/IMG/pdf/Bulletin_Liaison_OOAS-2.pdf.

conclusions incertaines, des organismes internationaux spécialisés multiplient les initiatives ; de nombreux efforts sont notamment placés par l'IRACM ou l'OMD pour mieux former les douaniers à la détection et la saisie des médicaments fallacieux⁹³. Mais seule une volonté politique claire et déterminée, portée sur plusieurs années, peut lutter efficacement contre le trafic. Et c'est peut-être là que le bât blesse. Malgré les conséquences dramatiques pour la santé des populations en grande partie inconscientes de cette menace, les hauts responsables politiques semblent peu incités à affûter leurs armes contre cette fraude massive qui peut rapporter beaucoup, en termes de droits de douanes et recettes d'importation⁹⁴ d'une part, et revenus illégaux et pouvoir d'autre part.

⁹³ Voir également les efforts de l'initiative de l'OMS IMPACT, une initiative « basée sur la participation volontaire des 193 États membres de l'OMS ainsi que d'organisations internationales, autorités nationales de régulation dans le secteur de la santé, organisations de police et de douanes, ONG, associations représentant des industriels et distributeurs pharmaceutiques, professionnels de la santé et regroupements de patients. Ces groupes travaillent à améliorer la coordination et l'harmonisation entre pays afin de faire cesser à terme la production, le commerce et la vente de faux médicaments » (Définition extraite de la Brochure d'IMPACT, traduite par l'auteur).

⁹⁴ C. Zimmerman dans l'émission de radio *Le débat africain*, A. Foka, RFI, 6 février 2012.

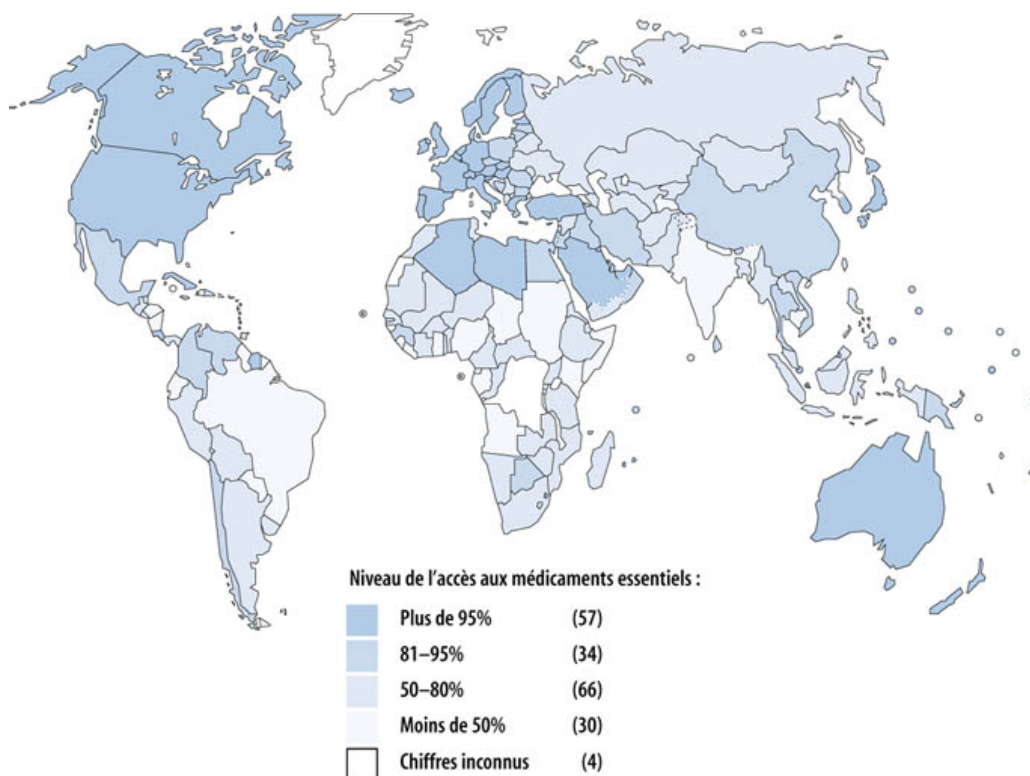
Annexe I : Impacts sanitaires des médicaments contrefaits

Type de médicament « contrefait »	Impact sur la santé
Problèmes de qualité du contenu⁹⁵	
Médicament contenant les bons principes actifs mais en sous-dosage.	Développement de résistances au traitement habituel.
Médicament sans principe actif.	Au mieux, effet placebo. Au pire, détérioration de l'état de santé du malade, pouvant entraîner la mort.
Médicament contenant des substances dangereuses.	Risque d'intoxication mortelle, détérioration de l'état de santé du malade.
Manipulation de l'emballage	
Modification de la date d'expiration.	Médicament de moins bonne qualité, pouvant entraîner une détérioration de l'état de santé du malade, voire la mort.
Emballage contrefait (copie d'une grande marque, tromperie sur le contenu réel, etc.).	Dépend du contenu.

⁹⁵ Consulter à ce sujet : <www.safemedicines.org/2012/03/no-drugs-at-all-.html>.

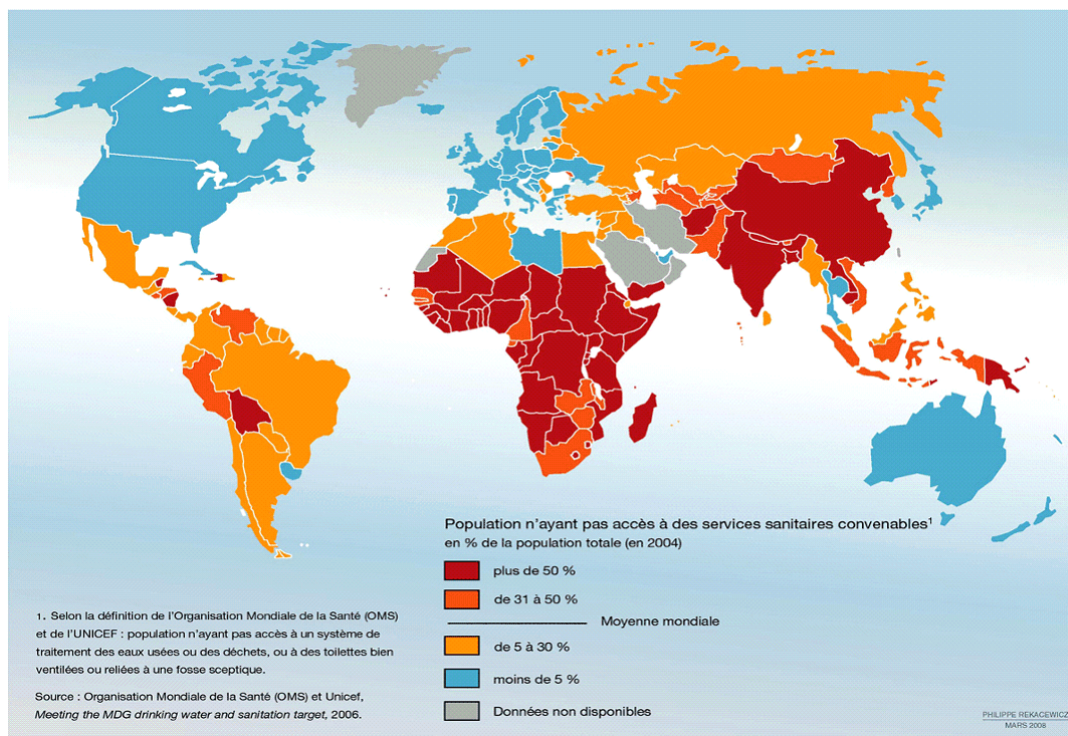
Annexe 2 : Les difficultés d'accès à la santé en Afrique en cartes

Carte 1 : Inégalités d'accès aux médicaments essentiels



Source : *Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques, 2000-2003*, OMS, 2000, voir : <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2282f/8.2.html>.

Carte 2 : Inégalités d'accès à des services sanitaires convenables



Source : F. Keller, Les nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes, Rapport d'information du Sénat n° 638 (2011-2012), 2012, voir : www.senat.fr/rap/r11-638/r11-638_mono.html.

Annexe 3 : Organismes impliqués dans la lutte contre les faux médicaments en Afrique et cités dans l'étude

Organisations internationales

Institute of Research against Counterfeit medicines (IRACM)

Interpol

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC)

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Organisation Mondiale des Douanes (OMD)

United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI)

Organismes africains

Association Africaine des Centrales d'Achat de Médicaments (ACAME)

Communauté économique des États de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO)

Food and Drugs Authority (FDA, Ghana)

Nigerian National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC, Nigeria)

Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS)