



Géoéconomie du médicament illicite en Afrique de l'Ouest

Enjeux et perspectives

Antonin
Tisseron

Note 50
Septembre 2021





L'Institut Thomas More est un think tank libéral-conservateur et indépendant, basé à Bruxelles et Paris. Il est la fois un laboratoire de solutions innovantes, un centre d'expertise et un relais d'influence.

La démarche de l'Institut se fonde sur les valeurs proclamées dans sa Charte : la liberté et la responsabilité, le respect de la dignité de la personne, la subsidiarité, l'économie de marché, les valeurs universelles qui sont l'héritage commun des pays européens.

Paris

8, rue Monsigny
F-75 002 Paris
Tel : +33 (0)1 49 49 03 30

Bruxelles

Avenue Walkiers, 45
B-1160 Bruxelles
Tel : +32 (0)2 374 23 13

www.institut-thomas-more.org
info@institut-thomas-more.org

Géoéconomie du médicament illicite en Afrique de l'Ouest

Enjeux et perspectives

Antonin Tisseron

Note 50 Septembre 2021

Antonin Tisseron est chercheur associé à l'Institut Thomas More. Docteur en histoire des Relations internationales (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne), il a travaillé, entre 2016 et 2020, pour le bureau régional de l'ONUDC pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale. Il exerce comme consultant sur les thématiques de sécurité (clients publics et privés), avec un focus depuis plusieurs années sur la lutte contre l'extrémisme violent et la criminalité organisée en Afrique de l'Ouest, pour le compte d'organisations nationales et internationales dont l'AFD (Agence française de développement) et l'Union européenne. Il s'est rendu ces dernières années à de nombreuses reprises en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal et Togo) et au Tchad. Il a été chargé de cours à Sciences Po Paris (2015-2018) et est intervenant régulier à l'Université Gustave Eiffel depuis 2016 •

Sommaire

Résumé	6
Introduction	7
Quelle ampleur et quelle nature ?	9
Quelles origines des médicaments illicites ?	13
Une production ouest-africaine de faible ampleur	13
La Chine et l'Inde comme premiers producteurs	14
Des sources d'approvisionnement des marchés de rue	16
Quelles routes et quels modes opératoires ?	19
Acheminer en Afrique de l'Ouest	19
Un marché ouest-africain régionalisé	20
Qui sont les trafiquants ?	21
Quelles implications ?	24



Résumé

La question du médicament illicite en Afrique : une réalité multiforme • La circulation de « faux médicaments » est souvent présentée comme l'un des principaux défis de ce vingt-et-unième siècle pour l'Afrique de l'Ouest. Par-delà pourtant les discours alarmistes et les annonces de saisies de centaines de tonnes de produits pharmaceutiques au gré des interventions des services chargés de l'application de la loi, la question du médicament illicite est complexe.

Un miroir des tensions liées aux marchés pharmaceutiques mondiaux et africains • D'une part, elle recouvre des réalités plurielles dont rend compte, après une focalisation sur la contrefaçon, la distinction opérée en 2017 par l'OMS entre les produits falsifiés, de qualité inférieure et non enregistrés/non homologués. D'autre part, le médicament illicite est un miroir des tensions inhérentes aux marchés pharmaceutiques et à leurs configurations mondiales et ouest-africaines. Il s'inscrit à la fois dans les compétitions et les logiques des marchés mondialisés de la santé et de l'accès aux soins, dans l'intensité des circulations transfrontalières ouest-africaines, et dans le fonctionnement des circuits nationaux de production et de distribution.

Le fonctionnement et le contrôle du marché au centre du problème • En cela, l'illicite pharmaceutique n'est pas réductible à l'affaire de quelques brigands, tout comme il ne se limite pas à des analyses en termes de dysfonctionnements, de pratiques déviantes ou de défaillances des États, voire des organisations régionales. Révélateur des tensions des marchés, il appelle des réponses multiscalaires distinguant les différents enjeux sous-jacents mais imposant de mettre au centre des approches les fabricants, les contrôles qualité et la coopération internationale.

Introduction

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, la question de l'accès à des médicaments de qualité et les activités de groupes criminels dans la fabrication et la commercialisation de « faux médicaments » a fait l'objet d'une attention accrue durant l'année 2020. « Avec la croissance exponentielle de la demande de produits d'hygiène et de protection individuelle, les malfaiteurs cherchent à s'enrichir en vendant des produits contrefaits ou ne répondant pas aux normes, comme des masques chirurgicaux, voire de faux "médicaments contre le coronavirus" », rappelait alors Interpol (1). De même, l'édition 2020 de l'opération Pangea, initiative internationale ciblant la vente de produits pharmaceutiques en ligne coordonnée par l'organisation internationale de police criminelle, a fait ressortir une hausse d'environ 18 % des saisies d'antiviraux non autorisés et un bond de plus de 100 % de celles de chloroquine non autorisée (2).

Si la Covid-19 a rappelé que l'accès à des médicaments, à des vaccins et plus généralement à des produits pharmaceutiques de qualité est un enjeu de santé publique majeur, cette problématique n'est cependant pas nouvelle. Au tournant du XX^e siècle dans les Indes britanniques, « l'adultération des médicaments étaient considérée comme un problème majeur et fournissait l'un des principaux sujets de discussion à propos du marché pharmaceutique local » (3). Plus récemment, selon un rapport conjoint de l'OCDE et de l'European Union Intellectual Property Office (EUIPO), les ventes de médicaments contrefaits – c'est-à-dire délibérément et frauduleusement produit ou incorrectement étiquetés afin de tromper le consommateur – s'étaient élevées à 4 milliards d'euros en 2016 dans le monde, ce chiffre étant toutefois une estimation basse car ne tenant compte ni des médicaments contrefaits fabriqués et consommés sur un même territoire, ni des médicaments volés pendant leur transport et acheminés vers un autre marché ou pays (4).

Alors que la lutte contre les « faux médicaments » mobilise de plus en plus et nourrit depuis plusieurs années un discours alarmiste et contesté (5), cette note prend comme exemple l'Afrique de l'Ouest pour présenter les différentes facettes de cet enjeu géoéconomique aux ramifications politiques, réglementaires et sociales. Quelle est la nature et l'origine des médicaments illicites circulant en Afrique de l'Ouest ? Comment sont-ils acheminés ? Quels sont les acteurs impliqués ? Que nous dit, *in fine*, cette activité économique et marchande de la mondialisation dans le domaine pharmaceutique et des enjeux de pouvoir sous-jacents ?

Loin d'être réductible à l'activité de groupes criminels organisés attirés par la perspective de bénéfices importants, le médicament illicite s'inscrit en effet au niveau global dans les replis des marchés mondiaux de la santé et de l'accès aux soins dans un contexte d'exacerbation des concurrences pour accéder aux marchés de consommation. En Afrique de l'Ouest, il renvoie à l'intensité des circulations transfrontalières régionales et à des pratiques d'instrumentalisation marchandes de la frontière. Enfin, à

•

(1) Interpol, page « Faux médicaments », s.d., [disponible ici](#).

(2) Interpol, « Global operation sees a rise in fake medical products related to COVID-19 », communiqué de presse, 19 mars 2020. Pour une mise en perspective de la circulation de chloroquine en Afrique de l'Ouest ces dernières années, voir : Antonin Tisseron, « Circulation et commercialisation de chloroquine en Afrique de l'Ouest », IFRI, 3 juillet 2020.

(3) Mathieu Quet, *Impostures pharmaceutiques. Médicaments illicites et luttes pour l'accès à la santé*, Paris, La Découverte, 2018, chapitre 2. Mathieu Quet cite les travaux de l'historienne Nandini Bhattacharya.

(4) OCDE et EUIPO, *Trade in Counterfeit Pharmaceutical Products*, Paris, OECD Publishing, mai 2020 (version révisée).

(5) Mathieu Quet, *op. cit.* et Carine Baxerres, « Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique », dans Alice Desclaux et Marc Egrot, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceutisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan-IRD, 2015, p. 129-146.

une échelle nationale, il fait écho à la fois aux nombreuses vulnérabilités des États et au décalage entre l'offre en médicaments par les structures formelles et la demande des populations.

Pour explorer ces dimensions et leurs enchevêtrements, cette note est organisée autour de cinq parties (1). Après une présentation de l'ampleur et de la nature du trafic de médicaments illicites en Afrique de l'Ouest, nous interrogerons l'origine des produits en circulation, les routes et les modes opératoires utilisés pour les importer, avant de terminer par les types d'acteurs impliqués et les implications de cette structuration du marché (2).



-
- (1) Cette articulation reprend l'approche adoptée dans ONUDC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment*, Vienne, février 2013.
- (2) L'auteur remercie Laurent Amelot, Hélène Giraud et Nina Krotov-Sand pour leur relecture d'une première version de ce texte.

Quelle ampleur et quelle nature ?

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 42 % des médicaments de qualité inférieure ou falsifiés signalés dans le monde entre 2013 et 2017 l'ont été en Afrique (1). Et parmi l'ensemble des régions du continent, l'Afrique de l'Ouest semble particulièrement concernée. D'après une étude de l'OMS réalisée en 2011 sur la qualité des médicaments antipaludiques utilisés en Afrique et dans d'autres régions, c'est en effet en Afrique de l'Ouest qu'ont été enregistrés les taux d'échec thérapeutiques les plus élevés (2). Si les antipaludéens ont fait l'objet d'une attention particulière, les médicaments illicites sont loin de s'y réduire. Ainsi, selon l'Union européenne, 60 % du marché ouest-africain du médicament (en valeur) serait falsifié ou de qualité inférieure (3).

Nombre de saisies ont d'ailleurs été opérées ces dernières années. Exemple parmi d'autres, l'édition 2018 de l'opération régionale Heera d'Interpol – dont sont membres le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, le Sénégal et le Togo – a permis la saisie de 3,8 millions de dollars de produits médicaux illicites (4). 67,8 tonnes de produits pharmaceutiques « contrefaits », saisis entre juin 2018 et juin 2019, ont également été brûlés à Lomé en juillet 2019, tandis qu'en Côte d'Ivoire une saisie de 200 tonnes de médicaments illicites était réalisée en novembre de la même année à Abidjan par la gendarmerie ivoirienne (5).

Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cette prépondérance des médicaments illicites en Afrique de l'Ouest. D'abord, et cet argument n'est pas spécifique à cette région du monde, la contrefaçon de médicaments serait un marché très lucratif, et même davantage que celui des drogues dures. Selon l'IRACM (Institut de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments), association de loi 1901 en lien avec le secteur privé et plusieurs organisations internationales actives dans la lutte contre le trafic de médicaments, cette dernière activité rapporterait jusqu'à vingt fois plus que le trafic d'héroïne (6).

Ensuite, le trafic de médicaments est moins risqué que le trafic de stupéfiants en raison notamment de sanctions pénales moins lourdes. Il est également plus facile, des commandes pouvant être passées sur Internet en quelques clics auprès de producteurs ou de grossistes situés sur d'autres continents et notamment en Asie (7), lorsque ce n'est pas en s'appuyant sur la diaspora asiatique en Afrique de l'Ouest ou ouest-africaine en Asie, et la chaîne légale d'approvisionnement offre des opportunités pour exporter ou importer légalement des produits destinés au circuit informel.

Enfin, une grande partie des médicaments est vendue hors des officines, dans des marchés spécialisés ou non, aux coins des rues, etc. Il peut s'agir de revendeurs ambulants proposant des médicaments au milieu d'autres produits de consommation courante ou de lieux fixes et connus, pour certains avec un rayonnement national voire régional. « *L'Afrique subsaharienne concentre toutes les vulnérabilités qui*

(1) OMS, « Dans les pays en développement, 1 médicament sur 10 est de qualité inférieure ou falsifié », communiqué de presse, 28 novembre 2017.

(2) ONUDC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment*, op. cit., p. 40. Voir également les données publiées par le *WorldWide Antimalarial Resistance Network*, [disponibles ici](#).

(3) Commission européenne, « The EU launches a new project to fight falsified medicines in developing countries », communiqué de presse, 4 avril 2014.

(4) Pour une présentation des différentes opérations d'Interpol, [voir ici](#). Tous les pays membres ne participent pas forcément à chaque opération.

(5) AFP, « Togo : un sommet contre le fléau du trafic de faux médicaments en Afrique », 16 janvier 2020.

(6) Éric Przystwa, *Contrefaçon de médicaments et organisations criminelles*, IRCAM, 2013, p. 17.

(7) Pour des éléments de contexte sur les pharmacies en ligne, voir Aline Plançon, *Faux médicaments. Un crime silencieux*, Paris, Cerf, 2020, chapitre 5.



vont favoriser les médicaments de qualité inférieure ou falsifiés : la faiblesse de la gouvernance des systèmes de santé, une offre de soins et un maillage des pharmacies sur le territoire insuffisants, l'existence d'un marché parallèle quasiment toléré et la pauvreté des populations», résumait en 2019 le président de l'Ordre des pharmaciens du Togo (1).

Focus 1 • Le marché formel... et les marchés de rue

Selon les autorités ivoiriennes, 30-40 % des médicaments consommés dans le pays sont achetés dans la rue (2). Depuis les années 1980, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux marchés de rue, qu'il s'agisse de leur origine, de leur fonctionnement et des rationalités des usagers. Ces pratiques ont lentement émergé dans les pays francophones d'Afrique, sous l'effet notamment de pratiques coloniales consistant à autoriser des commerçants à vendre des médicaments en raison du faible nombre de pharmaciens (3), avant de s'accélérer dans les années 1970 et 1980 sous l'effet de facteurs internes et externes : pénurie dans le secteur formel et plus largement nombre de points de vente ou d'accès limité, chocs économiques et montée du prix des médicaments importés, émergence de producteurs asiatiques et structuration progressive du secteur informel (4). Les principaux marchés de rue sont en effet organisés, avec leurs règles et leur service d'ordre. Dans celui de Keur Serigne Bi (Dakar) par exemple, une commission de discipline composée de vendeurs est chargée de faire respecter des règles internes et toute personne qui se livre à des pratiques, attitudes ou comportements contraires à celles-ci est passible d'une sanction. Ainsi, sortir de l'enceinte pour démarcher des clients est interdit et tout vendeur qui déroge à cette règle doit payer une amende et se voit perdre son client au profit d'un autre (5). Certains de ces marchés ont un rayonnement régional, comme ceux d'Idumota et d'Onitsha au Nigeria ou de Madina en Guinée Conakry. Si celui de Cotonou a été fermé, les autres sont restés ouverts comme à Conakry et à Abidjan même si à plusieurs reprises les services chargés de l'application de la loi y opèrent des saisies et des arrestations... non sans se heurter à l'hostilité des vendeurs et des consommateurs, à la compromission de certains agents et à des interférences politiques (6). Enfin, les chercheurs ont identifié plusieurs raisons expliquant le recours aux marchés de rue : économiques (prix moins élevé des boîtes, vente au détail, etc.), géographique (meilleur maillage du territoire), pragmatiques (disponibilité, amplitude d'ouverture, achat possible sans ordonnance), sociales et culturelles (proximité avec les vendeurs, pratiques anciennes, etc.), ainsi que le manque de confiance envers le système formel (7).

(1) Cité dans Anne Prigent, « "Faux" médicaments en Afrique : la mort au bout du trafic », *Le Monde*, 31 juillet 2019.

(2) « Côte d'Ivoire : plongeon dans le trafic illicite et très lucratif des faux médicaments », *France 24*, 9 décembre 2016.

(3) Lauraine Rocher, *La contrefaçon des médicaments dans le monde : situation actuelle et perspectives*, thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie, soutenue le 13 juin 2014, Université Claude Bernard Lyon 1, p. 62-63.

(4) Carine Baxerres, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique? », *Politique africaine*, vol. 123(3), 2011, p. 117-136 ; Carine Baxerres et Jean-Yves Le Hesran, « Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin) », *Social Science and Medicine*, 73/8, 2011, p. 1249-1256 ; Kristin Peterson, *Speculative Markets: Drug Circuits and Derivative Life in Nigeria*, Londres-Durham, Duke University Press, 2014.

(5) El Hadji Malick Sy Camara, *La vente illicite des médicaments au marché parallèle de "Keur Serigne bi"*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), 2007.

(6) Divers entretiens téléphoniques, experts ouest-africains, 2020.

(7) Sjaak Van der Geest et Susan Reynolds Whyte, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 27(2), 2003, p. 97-118 ; Didier Fassin, « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, vol. 25(98), 1985 ; Yannick Jaffré, « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », *Bulletin de l'APAD*, Vol. 17, 1999, p. 63-70 ; Sjaak Van der Geest, Anita Hardon et Susan Reynolds Whyte, « Planning for Essential Drugs: Are We Missing the Cultural Dimension? », *Health Policy and Planning*, Vol. 5(2), 1990, p. 182-185 ; Carine Baxerres and Jean-Yves Le Hesran, « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal. Les atouts d'une offre de soins populaire », *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 30(3), 2006, p. 219-230 ; Augustin Pale and Joël Ladner, « Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahiers Santé*, Vol. 16(2), 2006, p. 113-117 ; Carine Baxerres et al., « Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique : retour sur l'étude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques », *Anthropologie & Santé*, Vol. 14, 2017 ; Jean-Pierre Olivier de Sardan, Nassirou Bako Arifari et Adamou Moumouni, « 6. La corruption dans le domaine de la santé », dans Giorgio Blundo and Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.), *État et corruption en Afrique*, Paris, Éditions Karthala, 2007, p. 225-247.

Ces discours sur l'importance de la circulation des médicaments illicites et, par effet de miroir l'impact de cette dernière en matière de santé publique pour les populations locales, ne sont cependant pas sans limites. D'abord, ils interrogent sur les sources utilisées et la scientificité des chiffres repris dans la presse et par les acteurs de la lutte contre le trafic de médicaments. Plusieurs chercheurs ont en effet dénoncé des discours performatifs sur les « faux médicaments » et la « contrefaçon », reposant des estimations ne reposant pas sur des données consolidées et précises et dont la fonction est avant tout politique, économique et sociale, avec une double finalité : mobiliser et défendre des intérêts à travers une reconfiguration des enjeux et une redéfinition des solutions (1).

Ensuite, et ce deuxième élément fait écho au premier, les discours sur une invasion de « faux médicaments » amalgame trois phénomènes très différents et peu comparables.

- Le premier est celui de la contrefaçon ou de la falsification. Ces médicaments sont fabriqués avec une intention de tromper (les distributeurs, les autorités, les prescripteurs, les patients, etc.), et ce dans un but lucratif. Ils se retrouvent aussi bien dans les circuits formels qu'informels/illicites. Si le lien entre falsification et mauvaise qualité n'est ni automatique ni systématique, il se vérifie souvent. Un médicament contrefait peut ne pas contenir le bon dosage de principe actif mais il peut aussi contenir d'autres substances actives moins chères, des substances inefficaces ou nocives (2). La principale caractéristique de la falsification est qu'elle est intentionnelle.
- Le deuxième phénomène renvoie à la qualité des médicaments. Le fabricant d'un médicament sous-standard – c'est-à-dire non conforme – est bien celui qui est indiqué sur les emballages et les documents, mais le produit contient des défauts inhérents à l'étape de fabrication (malfaçon) et/ou de distribution (dégradation). Les défauts peuvent être la conséquence d'erreurs, de négligences et/ou d'insuffisances au niveau des équipements, des locaux, du savoir-faire, etc. Les médicaments sous-standards peuvent être aussi bien des médicaments sur-dosés et/ou sous-dosés, des médicaments instables (par exemple quand les substances actives sont dégradées en raison d'un emballage défectueux ou inadapté), des médicaments non bio-disponibles (lorsque la substance active n'est pas libérée correctement dans le corps), des médicaments contaminés ou non stériles, des médicaments dégradés par des conditions de transport et de stockage inappropriées, ou des médicaments mal étiquetés suite à une erreur (3).
- Le troisième phénomène renvoie à la circulation et à la distribution de médicaments hors du cadre formel imposé par l'État et par le système de santé qui prévaut dans un pays, ou dans ce cadre formel mais à la suite de pratiques de contournement des systèmes de régulation. Les médicaments qui sont vendus dans les marchés de rue rentrent dans cette catégorie. Ces médicaments peuvent entrer illégalement en Afrique de l'Ouest ou être autorisés dans un pays (c'est-à-dire qu'ils bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché et ont été importés conformément à la réglementation) et revendus dans un autre où ils ne bénéficient pas d'autorisations de mise sur le marché. Ils peuvent à l'inverse être entrés légalement et être autorisés mais vendus par des détaillants non autorisés. Ils peuvent être de qualité inférieure ou falsifiés.

(1) Voir notamment : Mathieu Quet, *op. cit.* ; Carine Baxerres, « Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique », *art. cit.* ; Carine Baxerres, « Faux médicaments, de quoi parle-t-on ? Contrefaçons, marché informel, qualité des médicaments... Réflexions à partir d'une étude anthropologique conduite au Bénin », *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 107, 2014, p. 121-126.

(2) OMS, « Alerte Produit Médical No. 3/2015. Faux Vaccins contre la méningite en circulation en Afrique de l'Ouest MISE À JOUR », 27 mai 2015, Ref. RHT/SAV/MD/3/2015.

(3) Jacques Pinel, *Les médicaments de contrefaçons et sous-standards : un danger de mort*, p. 11, [disponible ici](#).

Focus 2 • L'OMS et les médicaments illicites : de la contrefaçon aux médicaments falsifiés et de qualité inférieure

La notion de « contrefaçon » est utilisée occasionnellement dans l'après-guerre pour décrire le problème des médicaments illicites. En 1985, elle fait une entrée officielle dans les textes de l'OMS à l'occasion de la conférence de Nairobi, avant de prendre de l'ampleur avec les premières réunions dédiées aux médicaments contrefaits et ce dans un contexte marqué par une offensive d'acteurs de l'industrie pharmaceutique. Lors d'un atelier coorganisé avec l'IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers), l'OMS se dote en effet alors d'une définition non contraignante du « médicament contrefait ». Il s'agit d'« *un médicament qui est délibérément et frauduleusement muni d'une étiquette n'indiquant pas son identité et/ou sa source véritable. Il peut s'agir d'un médicament de marque ou d'un produit générique et, parmi les produits contrefaits, il en est qui contiennent les bons ingrédients ou de mauvais ingrédients, ou bien encore pas de principe actif, et il en est d'autres où le principe actif est en quantité insuffisante ou dont le conditionnement a été falsifié.* » Cette définition a fait l'objet de débats et a été critiquée en raison des litiges qu'elle sous-tendait en matière de brevets pharmaceutiques sur des territoires répondant à des législations différentes. Quatre ans après avoir annoncé l'exclusion de la contrefaçon « *les lots ne répondant pas aux normes, les défauts de qualité ou le non-respect des bonnes pratiques de fabrication ou de distribution des produits médicaux* » (1), et pour mieux rendre compte de la pluralité des phénomènes liés au marché du médicament, l'OMS a mis en place en mai 2010 un groupe de travail interne portant sur les produits « *sous-dosés / douteux / mal étiquetés / falsifiés / contrefaits* ». À la suite des travaux menés, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2017, après plusieurs mois de débats, l'énoncé « *produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés* » (2). Trois catégories de produits sont distinguées : (1) ceux de qualité inférieure, aussi appelés produits « *non conformes aux spécifications* », qui ne répondent pas aux normes de qualité ou aux spécifications annoncées ou ne sont conformes ni aux unes ni aux autres ; (2) ceux non enregistrés/non homologués, en l'occurrence qui n'ont pas été évalués et/ou approuvés par l'autorité nationale et/ou régionale de réglementation pour le marché sur lequel ils sont commercialisés/distribués ou utilisés ; (3) ceux falsifiés, dont l'identité, la composition ou la source est représentée de façon trompeuse, et ce de façon délibérée (3).

(1) OMS, « Produits médicaux contrefaits. Rapport du Secrétariat », 124e session du Conseil exécutif, EB124/14, 18 décembre 2008.

(2) Cet énoncé désigne les médicaments, excipients et substances actives, ainsi que les dispositifs médicaux, les pièces et matériaux qui les composent et les accessoires utilisés avec ces dispositifs. OMS, « Dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/ faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits. Rapport du Directeur général », 70e Assemblée mondiale de la Santé, A70/23, 20 mars 2017, p. 1.

(3) *Ibid.*, appendice 3 de l'annexe.

Quelles origines des médicaments illicites ?

L'origine géographique des médicaments illicites reflète l'organisation mondiale de la production. S'ils viennent pour partie de producteurs ouest-africains, la plupart de ceux vendus en Afrique de l'Ouest sont fabriqués en Chine et en Inde, deux pays qui produisent une grande partie des substances actives et des médicaments consommés dans le monde. Ceci étant, les produits disponibles sur les marchés de rue nuancent cette image et rendent compte d'un autre aspect de l'origine des médicaments illicites.

Une production ouest-africaine de faible ampleur

L'industrie pharmaceutique est peu représentée en Afrique de l'Ouest, avec un décalage important entre les pays anglophones et francophones. Selon un rapport publié en 2020, il y aurait en effet 172 sociétés pharmaceutiques locales dans les États de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), dont 120 pour le seul Nigeria, 37 au Ghana, 5 au Sénégal et en Côte d'Ivoire, et 1 au Bénin, au Burkina Faso, au Cap-Vert et en Guinée Conakry (1). Il en résulte que la plupart des médicaments sont importés, avec toutefois des variations d'un pays à l'autre. Ainsi, la part des produits locaux est majoritaire au Nigeria et au Ghana (2). À l'inverse, en Côte d'Ivoire, selon les autorités, le pays importait près de 94 % de sa consommation en 2018 (3). À noter qu'aux côtés des producteurs autorisés coexistent des « laboratoires » illégaux fabriquant des produits divers et variés relevant davantage de la parapharmacie. Au Niger, les autorités ont ainsi démantelé en 2019 un laboratoire clandestin et annoncé la saisie de dix tonnes de faux médicaments « fabriqués à base de plantes locales et d'autres composants importés de l'extérieur » incluant des aphrodisiaques, des produits contre les hémorroïdes et des substances destinées à faire grossir les femmes (4).

Ce secteur est confronté à plusieurs défis. Ceux-ci comprennent notamment l'accès aux matières premières – plus de 90 % des ingrédients pharmaceutiques actifs pour la fabrication locale sont importés –, le manque de main-d'œuvre qualifiée, l'absence pour nombre de producteurs de la pré-qualification de produits par l'OMS, des coûts de production peu compétitifs, etc (5). En matière de lutte contre les médicaments falsifiés et de qualité inférieure, les organismes en charge de la réglementation manquent souvent de moyens et de ressources humaines pour faire appliquer les normes en vigueur ou contrôler les produits, sans compter le peu d'attractivité des postes dans les administrations publiques (6). Dans ce contexte, la probabilité que les médicaments fabriqués localement soient frauduleux serait même plus grande que dans le cas des médicaments importés selon une étude de l'OMS (7). En 2009, 84 enfants nigériens sont d'ailleurs morts après avoir consommé du sirop au paracétamol produit par Barewa Pharmaceuticals (Nigeria) et contenant du diéthylène glycol, un produit chimique utilisé dans le secteur

(1) Tom Ogada et al., *Construire une industrie pharmaceutique locale compétitive et socialement inclusive en Afrique de l'Ouest. Stratégies de développement des ressources humaines pour le secteur*, THE SCINNOVENT CENTER, 2020, p. 2.

(2) ONUDC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment*, op. cit., p. 40.

(3) AFD, « Synthèse de conférence Le médicament en Afrique : comment mieux répondre aux enjeux d'accessibilité et de qualité ? », ID4D, 3 avril 2018, p. 2.

(4) AFP, « Niger : démantèlement d'un laboratoire clandestin de faux médicaments », 5 mars 2019.

(5) Tom Ogada et al., op. cit., p. 2.

(6) Ibid.

(7) OMS, *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in six countries of sub-Saharan Africa*, Genève, janvier 2011.



automobile (1). La même année, des agents de la Section scientifique et du laboratoire de l'ONUDC inspectaient en Guinée une unité de fabrication de produits pharmaceutiques dans laquelle étaient fabriqués des emballages et des cartons ressemblant à ceux d'une société pharmaceutique européenne. Les boîtes de médicaments portaient la mention « amoxicilline » et contenaient des capsules de gélatine remplies de farine (2).

Si des entreprises européennes sont présentes en Afrique de l'Ouest avec des structures de production, des entreprises à capitaux chinois et indiens se sont également installées ces dernières décennies, à l'exemple du chinois Tong Mei et de l'indien Sprukfield dans la zone franche du port de Lomé, respectivement en 1998 et en 2007. Cette deuxième entreprise a notamment été accusée à plusieurs reprises de fabriquer et de commercialiser des produits non conformes et dangereux pour la santé (3). Quant à Tong Mei, elle s'est vu reprocher par la justice béninoise l'absence d'autorisation administrative de son responsable au Bénin pour vendre dans le pays, en d'autres termes des pratiques commerciales illégales (4). Plus récemment, en 2018, le chinois Fosun International, déjà présent depuis 2012 sur le marché ivoirien à travers sa filiale Guilin Pharma spécialisée dans la distribution de produits pharmaceutiques, annonçait la construction d'une usine d'antipaludéens en Côte d'Ivoire (5).

La Chine et l'Inde comme premiers producteurs

L'immense majorité des médicaments falsifiés, de qualité inférieure ou entrant illégalement en Afrique de l'Ouest est produite en Asie, et particulièrement en Chine et en Inde, même si d'autres pays se sont illustrés ces dernières années lors de saisies. En août 2020 en effet, et après l'inscription sur liste de contrôle du tramadol par l'Inde en 2018 (6), les autorités nigérianes saisissaient dans le port d'Apapa du tramadol, de la codéine et d'autres médicaments non autorisés dans un conteneur provenant du Pakistan – où les produits avaient été fabriqués – et ayant transité par Hambourg (7). Autre exemple, plus ancien, une entreprise française a été condamnée après la découverte au Niger, en 2013, de médicaments antipaludiques ne répondant pas aux normes requises (principe actif en quantité insuffisante) et de tests diagnostics rapides du paludisme pour lesquels elle ne possédait ni autorisation de fabrication, ni autorisation de commercialisation (8).

Dans les années 1970-1980, l'industrie pharmaceutique se développe en effet en Asie, en Amérique latine, au Moyen-Orient et au Maghreb. Dans ce contexte, les pays anglophones d'Afrique de l'Ouest s'ouvrent progressivement à des médicaments en provenance des pays « émergents » d'Asie et notamment d'Inde, de Chine et d'Indonésie (9), poussés par la forte croissance des médicaments

(1) AFP, « Un médicament frelaté tue au moins 84 enfants au Nigeria », *Le Monde*, 11 février 2009.

(2) ONUDC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment*, op. cit., p. 45.

(3) Pierre-Claver Kuvo, « Togo : Quand de faux médicaments sont fabriqués en toute tranquillité », *aLome.com*, 30 avril 2020.

(4) « Tong Mei a-t-il été sanctionné au Bénin pour trafic de faux médicaments ? », *Sciences Actu*, 5 août 2018.

(5) Emmanuel Atcha, « Pharmaceutique : Fosun International annonce la construction d'une usine en Côte d'Ivoire », 21 mars 2018.

(6) Voir : Antonin Tisseron et Nina Krotov-Sand, *At the Crossroads of Licit and Illicit. Tramadol and other pharmaceutical opioids trafficking in West Africa*, UNODC Research, avril 2021 ; Antonin Tisseron, « Un nouveau trafic très lucratif : le tramadol en Afrique de l'Ouest », dans Laurent Guillaume (dir.), *Africa Connection*, Paris, La manufacture de livres, p. 231-249 ; Antonin Tisseron et Nina Kro

(7) Adebayo Folorunsho-Francis, « Nigerian drug traffickers now smuggle tramadol, codeine from Pakistan – NDLEA », *Healthwise* (Nigeria), 19 août 2020.

(8) OMS, *WHO Global Surveillance and Monitoring System for substandard and falsified medical products*, Genève, 2017, p. 31.

(9) Carine Baxerres et Jean-Yves Le Hesran, « Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin) », art. cit.

génériques après leur reconnaissance formelle dans la législation américaine au milieu des années 1990 et secondairement la promotion par l'OMS de « médicaments essentiels » présentant une efficacité prouvée, ayant un rapport qualité-coût satisfaisant ainsi qu'une sécurité et une qualité pharmaceutique acceptables. Dans les pays francophones, la dévaluation brutale du franc CFA en 1994 semble également avoir joué un rôle de catalyseur dans cette recherche de sources d'approvisionnement alternatives. « À ce moment-là, [du fait de la montée des prix des médicaments,] on a commencé à rechercher des solutions moins coûteuses, notamment les génériques », se souvient un pharmacien camerounais. Certes, des génériques provenant d'Europe étaient déjà présents mais, « petit à petit, les fabricants indiens se sont mis à s'intéresser aux pays africains francophones en répondant aux appels d'offres » (1).

D'après des chiffres de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) repris par les médias, 60 % des médicaments frauduleux et contrefaits vendus en Afrique viendraient de Chine (2). Ils seraient pour partie originaires d'entreprises agréées fabriquant soit des médicaments falsifiés soit de mauvaise qualité – sous l'effet notamment de la pression concurrentielle, de l'éloignement entre les zones de production et d'utilisation et du faible nombre de contrôles en Afrique de l'Ouest (3) –, ou d'unités de production illégales. Si ce chiffre de 60 % est probablement trop important et mériterait d'être précisé sur les produits concernés, plusieurs ressortissants chinois ont été arrêtés pour trafic de produits pharmaceutiques dans la région ces dernières années, comme au Togo et en Côte d'Ivoire. Ainsi, parmi les produits saisis en novembre 2019 à Abidjan par la gendarmerie, de nombreux emballages avaient des inscriptions en chinois et, parmi les 4 suspects arrêtés, l'un était Chinois (4). Notons enfin la présence d'une importante communauté ouest-africaine en Chine, dans des villes comme Guangzhou, connue pour son industrie pharmaceutique (5). Cependant, constatait un chercheur ayant travaillé sur le secteur pharmaceutique chinois au Nigeria, « les entreprises chinoises souffrent d'un relatif handicap [dans les pays anglophones]. [...] Leurs homologues indiens, eux, sont non seulement mieux implantés dans les communautés indiennes bien établies de Lagos, mais ils peuvent converser en anglais sans difficulté » (6).

L'Inde possède la troisième plus grande industrie pharmaceutique mondiale en termes de volume et la quatorzième en termes de valeur. Elle revendique 20 % de la production mondiale de médicaments génériques et le plus grand nombre d'usines pharmaceutiques conformes aux normes US-FDA (plus de 262) en dehors des États-Unis, près de 1 400 usines pharmaceutiques conformes aux bonnes pratiques de production de l'OMS et 253 usines approuvées par la Direction européenne des médicaments de qualité (EDQM) (7), sur un total de 10 500 unités de production enregistrées dans le pays (8). Si l'on ajoute les produits cosmétiques, la médecine traditionnelle (Ayurveda et Unani) ainsi que l'homéopathie, ce nombre atteint même 18 000 unités, pour environ 800 000 grossistes et détaillants agréés. Dans ce contexte, le secteur pharmaceutique est particulièrement stratégique pour le pays, avec un impact sur

(1) Séverine Charon et Laurence Soustras, « Vers une industrie pharmaceutique africaine », *Le Monde Diplomatique*, décembre 2020, p. 12.

(2) « L'Afrique se lève contre le trafic de faux médicaments », *Le Point Afrique*, 15 janvier 2020.

(3) Cela renvoie à la pression pesant sur les coûts et les délais, mais aussi à une différenciation de la production selon les espaces de régulation et de consommation.

(4) AFP, « Côte d'Ivoire : saisie record de 200 tonnes de faux médicaments à Abidjan », 18 novembre 2019.

(5) Yang Yang, « African Traders Guangzhou, China: Routes, Profits, and Reasons », p. 1, [disponible ici](#).

(6) Gernot Klantschnig, « Négocier les profits et la facticité : le commerce des produits pharmaceutiques entre la Chine et le Nigeria », *Politique africaine*, 2014/2, n°134, p. 89-110, p. 108.

(7) Données officielles indiennes, [disponibles ici](#). Si des usines de production existaient déjà en Inde au début du XXe siècle, ce développement a réellement démarré après l'indépendance. Il a été étroitement lié au soutien et à l'encadrement de l'État, en particulier à partir des années 1970. Dans les années 1990, le marché indien s'est progressivement libéralisé.

(8) « L'industrie pharmaceutique en Inde – Tendances et opportunités », *India Briefing* (Inde), 18 avril 2019.



les tentatives de régulation et de contrôle. Comme le rappelait le Premier ministre indien Narendra Modi en 2020, après la publication des résultats de l'année fiscale entre avril 2019 et mars 2020, « *la pandémie a montré une fois de plus que l'industrie pharmaceutique indienne est un atout non seulement pour l'Inde mais pour le monde entier* » (1). Tout comme en Chine, le secteur de production indien est très divers avec des producteurs allant de l'atelier artisanal aux conditions rudimentaires jusqu'à l'unité industrielle. Il est également extrêmement concurrentiel, avec une forte compétition entre les acteurs de la production pour l'accès aux canaux de distribution permettant d'accéder à des marchés, si besoin en prenant quelques libertés avec les réglementations.

À noter une mobilisation croissante des autorités indiennes ces dernières années, avec plusieurs conteneurs exportés légalement dont les références ont été communiquées à des services chargés de l'application de la loi ouest-africains. « *Le gouvernement sait qu'en Afrique, par exemple, beaucoup de médicaments sont commandés par Internet et arrivent de Nhava Sheva, le port à conteneurs de Bombay, pas forcément falsifiés mais illégaux, c'est-à-dire non conformes à la législation des pays destinataires, et en ayant souvent perdu en qualité à cause de conditions de transport inadaptées au climat tropical* » (2). Toutefois, ces efforts sont entravés par le caractère stratégique de l'industrie pharmaceutique dans le pays, la corruption (3) et le manque d'inspecteurs. Ces derniers sont en effet trop peu nombreux. En 2019 par exemple, au sein de la Central Drugs Standard Control Organisation (CDSCO), qui opère dans l'ensemble du pays pour le gouvernement, sur 287 postes d'inspecteurs 64 étaient vacants. Au total, le nombre d'inspecteurs dans le pays était alors bien inférieur à ce qui était préconisé dans le rapport Mashelkar sur la régulation pharmaceutique de 2003 (entre 2 500 et 3 200 pour le pays) et ne permettait pas de réaliser les inspections annuelles des détaillants et fabricants prévues par la loi (4).

Des sources d'approvisionnement des marchés de rue

La provenance des médicaments disponibles sur les marchés de rue ouest-africains apporte toutefois un contrepoint à ce discours porté par les principaux acteurs mondiaux de la lutte contre le trafic de médicaments illicites. Les études sur leur origine distinguent deux sources principales d'approvisionnement : des pays voisins et des détournements opérés à partir des canaux de distribution nationaux (5). Cette dernière catégorie regroupe plusieurs sous-catégories de produits. À propos du marché de Keur Serigne Bi à Dakar, El Hadji Malick Sy Camara différencie ainsi les médicaments écoulés à la suite de braquages de pharmacies, les reventes par des personnes ayant fini leur traitement ou qui se sont vu prescrire des médicaments mais ne les utilisent pas, et les reventes par des professionnels de santé (6). Carine Baxerres, à partir du recensement de 1 492 médicaments vendus entre 2005 et 2007 dans le marché de Dantokpá à Cotonou – depuis fermé par les autorités –, distingue quatre types de médicaments :



(1) Tom Miller, « Inde : le laboratoire pharmaceutique du monde », *Conflits*, 24 juillet 2020.

(2) « L'Inde, laboratoire mondial des médicaments non conformes », *Le Monde*, 11 janvier 2018.

(3) Un exemple de la corruption de certains fonctionnaires est donné par la décision du Gouvernement indien de licencier 15 douaniers pour corruption en juin 2019 (PTI, « Crackdown on corruption: Govt sacks 15 customs, central excise officers on charges of corruption, bribery », *The Economic Times* (Inde), 18 juin 2019).

(4) Shree Agnihotri et Sumathi Chandrashekar, *Drug Regulation in India. The Working And Performance Of CDSCO And SDRAs*, Thakur Foundation, septembre 2019, p. 45.

(5) Voir notamment les travaux de Sjaak Van der Geest, Didier Fassin, Carine Baxerres ou Donna Patterson.

(6) El Hadji Malick Sy Camara, *La vente illicite des médicaments au marché parallèle de "Keur Serigne bi"*, op. cit.

- Les médicaments « *du Nigeria et du Ghana* », qui sont des génériques peu onéreux portant un nom commercial et fabriqués au Nigeria, au Ghana ou dans des pays d'Asie, principalement l'Inde et l'Indonésie. Ils représentent 18 % des médicaments recensés.
- Les médicaments « *français* » ou médicaments « *de la pharmacie* », qui sont des médicaments – génériques ou non – portant un nom commercial et fabriqués pour la plupart par des firmes pharmaceutiques nord-américaines et européennes. Ils représentent 42,6 % des médicaments.
- Les médicaments « *pharmaquick* », qui sont des génériques peu onéreux commercialisés sous leur dénomination commune internationale et fabriqués par des industries pharmaceutiques installées au Bénin (d'où le nom donné à ces médicaments, qui provient d'une firme située dans le pays) ou dans les pays voisins (Ghana, Nigeria et Togo) ainsi que dans des pays d'Asie (Inde et Chine). Ils représentent 37,9 % des médicaments vendus dans le marché.
- La dernière catégorie, minoritaire, regroupe les « *médicaments "chinois"* ». Elle représente 1,41 % des médicaments (1).

En d'autres termes, les principales sources d'approvisionnement du marché de Dantokpá entre 2005 et 2007 étaient les circuits formels du Bénin et des pays francophones voisins (Burkina Faso, Niger et Togo), à la suite d'une diversion après un achat par des intermédiaires autorisés (professionnels de la santé) auprès des grossistes publics et privés de ces pays ; et les circuits formels du Nigeria et du Ghana, avec des médicaments achetés dans des marchés comme ceux d'Idumota (Lagos) et d'Okaishie (Accra) où sont installés des grossistes qui distribuent des produits autorisés par les agences nationales en charge de la régulation des médicaments dans ces pays (National Agency for Food and Drug Administration and Control (NAFDAC) au Nigeria et Food and Drugs Authority (FDA) au Ghana), mais qui pour la plupart ne sont pas autorisés à la vente au Bénin. Ces données sont anciennes et des travaux comparables mériteraient d'être menés dans d'autres pays. Ceci étant, les anecdotes disponibles sur la région vont toutefois dans le même sens et invitent à prendre de la distance avec l'amalgame récurrent entre les médicaments de rue et les phénomènes de la contrefaçon et de la falsification.

Certes, les risques sont plus élevés pour le consommateur des marchés informels en raison des conditions de stockage, de l'absence de contrôles, du manque de connaissances d'une grande partie des vendeurs et de la présence de produits illégalement introduits dans la sous-région, à l'exemple des comprimés et gélules de tramadol vendus avec un dosage supérieur à 100 mg. Cependant, nombre de médicaments qui sont distribués sur les marchés informels peuvent être achetés dans des officines du pays ou d'un pays voisin. Le groupe Upsa, dont on retrouve l'Effergal sur les étalages de marchands illicites, abonde dans le même sens : « *Il s'agit principalement de vrais médicaments qui ont été détournés du circuit officiel de distribution locale. Nous n'avons jamais eu de remontée de produits falsifiés concernant Effergal* » (2). Davantage que la falsification de médicaments, les questions qui se posent à travers les médicaments vendus dans les marchés de rue renvoient en cela aux mécanismes de diversion des chaînes d'approvisionnement officielles, à l'hétérogénéité des systèmes pharmaceutiques et des procédures d'enregistrement des médicaments en Afrique de l'Ouest, ainsi qu'à la circulation illicite de produits d'un pays ou d'un continent à l'autre.

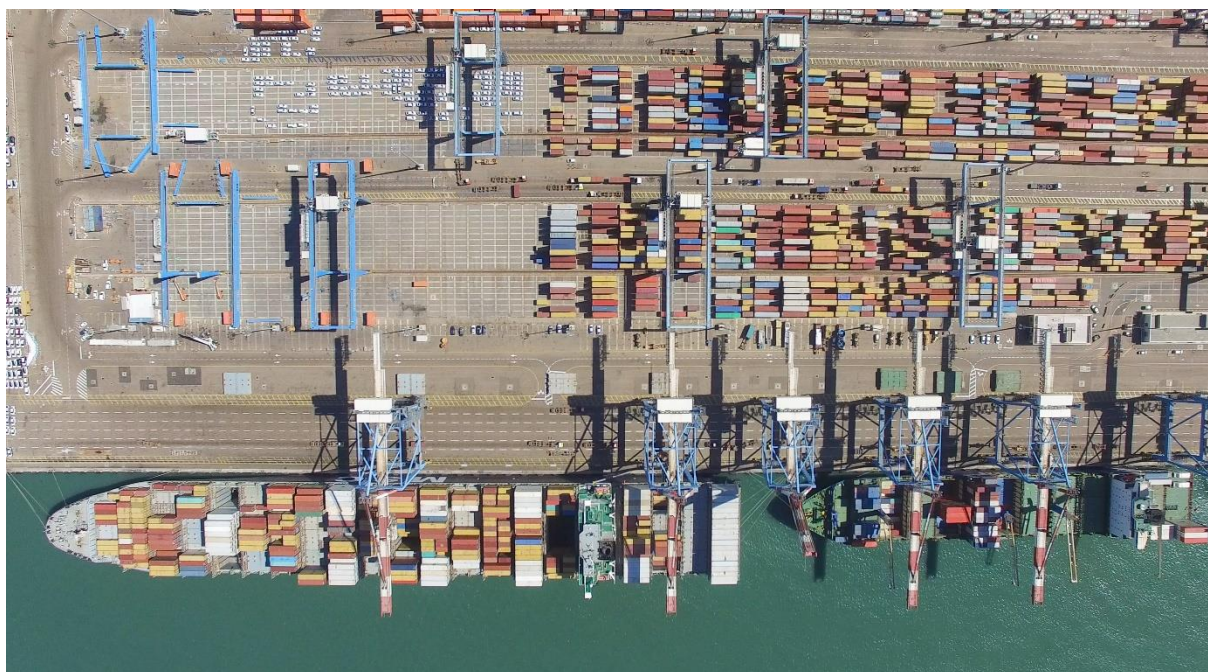
•

(1) Carine Baxerres, « Faux médicaments, de quoi parle-t-on ? Contrefaçons, marché informel, qualité des médicaments... Réflexions à partir d'une étude anthropologique conduite au Bénin », *art. cit.*, p. 124.

(2) Cité dans Séverine Charon et Laurence Soustras, *art. cit.*

Focus 3 • La distribution dans les marchés francophones et anglophones

On distingue généralement deux systèmes de distribution des médicaments en Afrique de l'Ouest. Dans les pays francophones, comme le Bénin, la Côte d'Ivoire ou le Togo, le système est plutôt centralisé avec un nombre limité d'importateurs publics et privés. Ainsi, au Bénin, il existe un grossiste semi-public, la CAME, et 5 grossistes-répartiteurs privés. Dans les pays anglophones par contre, le marché est plus ouvert avec des acteurs nombreux. Ainsi, au Ghana, le *Ministry of Health* (MoH), dispose de deux unités étatiques : le *Central Medical Store* et le *Stores Supplies and Drugs Management*. Elles importent et distribuent des médicaments en s'appuyant sur des antennes régionales et en s'approvisionnant par le biais d'appels d'offres, d'acteurs transnationaux mais également auprès de grossistes privés ghanéens. S'y ajoutent 640 grossistes privés, parmi lesquels 398 sont à la fois grossistes et détaillants. Au contraire de leurs homologues béninois, les grossistes ghanéens ne sont pas obligés de distribuer une grande partie des médicaments achetés dans le pays, ce qui explique en partie leur nombre élevé (1). Cette dichotomie doit cependant être nuancée, tout du moins concernant le nombre d'importateurs autorisés. Des pays francophones disposent de plusieurs dizaines d'importateurs officiels, comme la Mauritanie, le Niger et, jusqu'à récemment, la Guinée (une centaine de grossistes importateurs il y a quelques années, une cinquantaine début 2021, 10 suite à l'abrogation de 40 sociétés par un arrêté du 18 mars 2021) (2), ce dernier pays étant ces dernières années une source pour l'approvisionnement des marchés informels au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso et même au Niger.



- (1) Stéphanie Mahamé et Carine Baxerres, « Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana », dans *Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants*, 2015, p. 24-34.
- (2) « Importation des médicaments en Guinée : Pr Falaye Traoré brise le silence... », *Flammeguinée.com* (Guinée Conakry), 12 février 2020 ; arrêté du Ministère de la Santé de Guinée en date du 18 mars 2021, A/2021/357MS/SGG.

Quelles routes et quels modes opératoires ?

Pour présenter les routes et principaux modes opératoires, il convient de distinguer deux étapes très différentes, même si les vulnérabilités exploitées sont comparables. La première correspond à l'acheminement en Afrique de l'Ouest, la deuxième à la circulation dans la région.

Acheminer en Afrique de l'Ouest

Les médicaments importés illégalement arrivent principalement par bateau, 80 % du commerce mondial s'effectuant par porte-conteneurs (1). Le voyage est souvent long, avec des transits multiples (Émirats arabes unis *via* Dubaï, Égypte, etc.). Il est cependant difficile de parler véritablement de « routes » du trafic, les trajets étant mouvants, en constante évolution pour réduire les risques de ciblage et le trafic de médicaments se fondant dans le commerce mondial.

Les modes opératoires utilisés dans le transport maritime transcontinental sont multiples (2) : fausses informations sur le manifeste de cargaison (marchandises « générales », médicaments licites, matériel médical, pièces détachées pour véhicules, etc.) ; (2) falsification de documents tels que les licences d'importation (fausse déclaration, coordonnées du destinataire falsifiées, etc.) ; (3) emballages frauduleux (dissimulation des comprimés illégaux dans des cartons mentionnant le transport d'aliments divers ou une référence à une organisation internationale) ; (4) dissimulation des produits illicites parmi des médicaments pharmaceutiques autorisés et légalement importés ; (5) déclaration d'un transit vers un pays de l'hinterland dans le port d'arrivée d'Afrique de l'Ouest afin de réduire le risque de contrôle par les douanes et les services d'application de la loi. Si lors d'un transit le manifeste peut être modifié afin d'indiquer une destination différente de celle initialement déclarée (3), d'autres informations peuvent être changées comme la nature des marchandises transportées par le conteneur. Une autre méthode utilisée pendant les transits est le reconditionnement des médicaments (4).

Dans les ports maritimes d'Afrique de l'Ouest, seule une minorité de conteneurs sont contrôlés et fouillés. À Cotonou, par exemple, l'Unité mixte de contrôle des conteneurs, appuyée par l'ONUDC, a une capacité de contrôle théorique de 1 % des conteneurs entrants, tandis que 10 % seulement des conteneurs sont scannés (5). En outre, dans un contexte de concurrence exacerbée entre les ports maritimes ouest-africains, la priorité est donnée à la fluidité et à la rapidité, avec pour conséquence des pressions sur les services chargés de l'application de la loi afin qu'ils n'entravent pas la circulation et le débarquement des marchandises. Un autre problème concerne la coopération entre les différents services dans les ports maritimes. Par exemple, en juin 2018, la NAFDAC a publiquement dénoncé le refus des douanes nigérianes de lui donner accès à 24 conteneurs suspectés de contenir des médicaments non autorisés (6).

•
(1) Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement, *Étude sur les transports maritimes 2016*, New York et Genève, Nations Unies, 2016, p. 6.

(2) Camille Niaufre, *art. cit.*, p. 9-11.

(3) Devesh K. Pandey, « Global trail: Tramadol high on drug enforcement agenda », *The Hindu* (Inde), 15 juillet 2018.

(4) Camille Niaufre, *art. cit.*, p. 7.

(5) Axel Klein et al. *Tramadol in Africa. Scarcity and Excess of Pain Medication in a Poorly Regulated Market*, ACK Consultants, 2018, p. 18.

(6) « Customs seized 35 containers of tramadol but handed only 9 to us », *The Vanguard* (Nigeria), 10 juin 2018.



Une partie des médicaments illicites entrant (légalement ou non) en Afrique de l'Ouest utilise le transport aérien. Les modes opératoires sont relativement semblables à ceux employés dans le transport par voie maritime : fausses déclarations, falsification de documents, reconditionnement, etc. Les transitaires ont parfois des complices au sein même des aéroports, comme l'illustre la saisie de 4 tonnes de tramadol surdosé (250mg par comprimé, la législation nationale autorisant les comprimés en 50 et 100 mg) à l'aéroport international de Lagos en mai 2018. Outre des informations fausses et incomplètes sur le manifeste, ni l'importateur ni l'agent de dédouanement ne sont venus récupérer la marchandise alors que la National Drug Law Enforcement Agency (NDLEA) avait déployé un dispositif de surveillance à la suite de renseignements reçus d'un pays étranger (1).

Les médicaments peuvent être transportés par des passeurs qui empruntent des vols commerciaux (2). Pour autant, les principaux transitaires de médicaments illicites privilégient le transport maritime en conteneurs pour exporter des volumes importants à moindre coût, le transport par des passagers relevant davantage de pratiques individuelles et de réseaux criminels de faible ampleur.

Un marché ouest-africain régionalisé

En 2014, des médicaments de type placebo étaient saisis à l'aéroport de Ouagadougou. Des Nigériens les avaient cachés dans leurs valises afin d'escroquer de potentiels consommateurs. Si des médicaments illicites circulent en Afrique de l'Ouest par la voie aérienne, dans la très grande majorité des cas les voies terrestres sont privilégiées (3). Les modes de transport utilisés sont multiples : camions, autobus (comme fret ou avec un transport par des passagers), taxis, voitures, motocyclettes, bicyclettes, etc. Il est possible de distinguer deux types de routes : les grands axes commerciaux et les pistes et routes secondaires.

- Une grande partie des médicaments est transportée d'une ville ou d'un pays à l'autre en circulant sur les principaux axes commerciaux. Pour passer les points de contrôle, les trafiquants recourent à des complicités et à la corruption (4). La marchandise est insérée dans le flux de véhicules, cachée sous d'autres denrées comme des habits ou des fruits (5). Les mécanismes de facilitation des échanges commerciaux entre États favorisent ce trafic. Dans un article publié en 2013, Carine Baxerres mentionnait ainsi le cas de détaillants béninois se rendant au Nigéria pour acheter des médicaments chez un grossiste avant de mandater des intermédiaires nigériens pour s'occuper du stockage des médicaments, de leur transport au Bénin et de leur dédouanement contre un prix forfaitaire quel que soit le type de marchandise transporté (6).

•

(1) « NDLEA impounds four tonnes of imported Tramadol at Lagos airport », *PUNCH.ng* (Nigeria), 18 mai 2018. Le tramadol est entré dans le pays via la même compagnie aérienne en deux temps. Le premier lot est arrivé au Nigeria le 23 avril 2018, le second deux jours plus tard.

(2) ONUDC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment*, op. cit., p. 41.

(3) Jérémy Lachartre, « Le trafic illicite de médicaments au Burkina Faso, une menace grandissante ? Faiblesses structurelles et conjoncture défavorable », *Sécurité Globale*, n°22, 2020, p. 7-23, p. 10-11.

(4) *Ibid.*

(5) Mouhamadou Kane, « How COVID-19 is fuelling the trafficking of fake chloroquine in Senegal », *ENACT*, 6 juillet 2020.

(6) Carine 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 de Bénin », *Autrepart*, Presses de Sciences Po, No. 63, 2013/1, p. 51-68, p. 56.

- Certains trafiquants évitent les axes fréquentés, comme à la frontière entre le Togo et le Burkina Faso. Ils traversent la brousse à vive allure sur des motos et n'hésitent pas, en cas de risque d'arrestation, à abandonner leur motocyclette et les produits pour fuir à pied. Ils peuvent former des groupes de 30 à 40 individus (1). Un autre exemple concerne la frontière entre le Niger et le Nigeria, les trafiquants disposant également d'un système d'entrepôts dans des maisons particulières de part et d'autre de la frontière (2).

Ces modes de transport se combinent les uns et les autres. En décembre 2018, l'Office Central de Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS) du Niger a démantelé un réseau criminel qui opérait entre le Burkina Faso et la Libye. Sur le tronçon Ouagadougou-Niamey, les comprimés de tramadol étaient cachés dans un camion parmi d'autres marchandises. À Niamey, le tramadol était récupéré et acheminé vers Agadez et la Libye via des bus de voyageurs (3). Un autre exemple, encore qu'il ne concerne pas les médicaments mais les armes, est donné par la contrebande de sucre entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire. « *Tout commence par un appel téléphonique d'un "patron" ou d'un "commerçant" qui demande de l'aide pour décharger le sucre contenu dans un camion situé à un endroit précis. [...] Après réception de l'appel du commanditaire, le transporteur mobilise donc des amis, des collègues, d'autres chauffeurs, voire des équipes de chauffeurs dignes de confiance et suffisamment compétents pour effectuer la livraison. À l'heure dite, l'équipe de transporteurs se rend au lieu de collecte par petits groupes pour ne pas éveiller les soupçons. Tous procèdent au déchargement du sucre et se répartissent la cargaison. [...] À partir du point de rendez-vous, les transporteurs [empruntent] différentes pistes qui serpentent dans la savane ou [progressent] dans le lit de rivières asséchées ou sur d'autres pistes bénéficiant d'un camouflage naturel jusqu'à ce qu'ils puissent rejoindre le réseau routier en toute sécurité* » et, par petits groupes, la ville ivoirienne de Bouaké pour livrer la marchandise (4).

Qui sont les trafiquants ?

L'une des caractéristiques principales du marché illicite de médicaments est l'imbrication entre le secteur formel et le secteur informel. Plus précisément, les chercheurs identifient deux espaces de rencontre (5). Le premier concerne l'origine des produits. Ainsi, au Nigéria, dans un documentaire diffusé par la BBC sur la consommation non-médicale de sirop codéiné contre la toux, un représentant de la société nationale Emzor Pharmaceuticals se vantait de pouvoir vendre au marché noir un million de cartons de sirop par semaine (6). De même, des médicaments arrivant illégalement en Afrique de l'Ouest ont été exportés légalement et fabriqués dans des usines agréées, à l'exemple du tramadol avec un dosage supérieur à 100 mg ces dernières années.

•

(1) Jérémy Lachartre, *art. cit.*, p. 11.

(2) Entretien téléphonique, humanitaire travaillant au Nigeria, février 2021.

(3) Tcherny Madjo Abarchi, « Niger : sur les routes du Tramadol », CENOZO, 11 mars 2019.

(4) Roberto Sollazzo et Matthias Nowak, *TRANSIT TRIFRONTALIER. Les trafics et la contrebande à la frontière du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Mali*, Security Assessment in North Africa et Small Arms Survey, octobre 2020, p. 13.

(5) Voir notamment : Sjaak van der Geest, « The intertwining of formal and informal medicine distribution in south Cameroon », *Canadian Journal of African Studies*, vol. 19, 3, 1985, p. 569-587 ; Sjaak van der Geest, Anita Hardon et Susan Reynolds Whyte, « The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, *art. cit.*

(6) BBC Afrique, « Emzor suspend la distribution d'un sirop incriminé au Nigeria », 1er mai 2018.



Le deuxième espace de rencontre renvoie aux acteurs de la distribution et de la vente. Des professionnels de la santé vendent clandestinement et sans prescription des médicaments à des clients ou des revendeurs. Une partie des médicaments disponible sur les marchés de rue en Côte d'Ivoire vient ainsi des officines. « *Il y a des vrais médicaments du circuit licite qui se retrouvent dans la rue par la faute de certains pharmaciens* », observait un professeur ivoirien il y a quelques années (1). Ces professionnels peuvent aussi servir d'intermédiaires pour des tierces personnes. En novembre 2017, à la suite de la saisie de 13 tonnes de médicaments contrefaits au Niger, les médias locaux ont déclaré que les médicaments étaient arrivés d'Inde via un port ghanéen et que, pour faciliter l'entrée des produits au Niger, les trafiquants avaient rémunéré un pharmacien afin d'utiliser son nom et son numéro professionnel (2).

La connexion entre le pays de production et d'importation peut être assurée de différentes manières. La trajectoire d'importateurs nigériens de médicaments chinois en fournit un exemple. Dans un premier temps, ils se rendaient en Chine à la recherche de « partenaires ». Progressivement, les voyages se sont espacés et des intermédiaires de confiance en Asie se sont mis à passer les commandes pour le compte des importateurs nigériens (3). Les diasporas jouent aussi un rôle important. Ainsi, les autorités chinoises ont engagé des poursuites à l'encontre d'un homme d'affaires nigérian résidant en Chine qui avait commandé de faux médicaments antipaludiques à un exportateur chinois. Ce dernier a ensuite sous-traité le marché à un employé d'une entreprise de produits pharmaceutiques, à des professionnels du conditionnement, et à un transporteur qui a regroupé la commande avec une autre cargaison de médicaments contrefaits (4). Autre exemple, en 2012, 40 cartons de Coartem saisis dans un magasin d'électronique de Lagos avaient été expédiés par un commerçant nigérian habitant la ville chinoise de Guangzhou, réputée pour ses marchés de rue (5). Plusieurs affaires mettent aussi en avant le rôle joué par des membres des diasporas indiennes et chinoises dans l'importation illégale de produits en Afrique de l'Ouest. Ainsi, au Nigeria, un entrepreneur indien actif dans le négoce de produits non pharmaceutiques était arrêté en février 2021 et accusé d'être à l'origine de l'importation d'Inde de deux conteneurs contenant du tramadol non autorisé dans le pays (6).

Plusieurs affaires témoignent, ces dernières années, de ramifications avec les pouvoirs en place. Au Bénin, lors d'une perquisition en décembre 2017 suite à l'interpellation d'un véhicule chargé d'une importante quantité de médicaments, la police découvrait dans des entrepôts appartenant au député Mohammed Atao Hinnouho près de 1 000 cartons de médicaments génériques, non référencés – et donc non déclarés – dans les bases de données de la douane (7). Le rôle de la confrérie mouride dans l'organisation des marchés informels et leur approvisionnement au Sénégal illustre d'une autre façon le lien entre trafic de médicaments et autorités (8). À la suite de l'arrestation de deux camions chargés de médicaments illicites, le 11 novembre 2017 à Touba Belel, le Syndicat des pharmaciens privés sénégalais dénonçait en effet l'existence de plusieurs centaines d'entrepôts illégaux dans la ville de Touba et ses environs, ainsi que le

(1) Professeur Anglade Malan, directeur du laboratoire national ivoirien de la santé publique, interviewé dans « Côte d'Ivoire : plongeon dans le trafic illicite et très lucratif des faux médicaments », France 24, 9 décembre 2016.

(2) AFP, « Niger : 3 tonnes de médicaments contrefaits en provenance d'Inde », 20 novembre 2017.

(3) Gernot Klantschnig, « Négocier les profits et la facticité : le commerce des produits pharmaceutiques entre la Chine et le Nigeria », *art. cit.*, p. 100.

(4) ONUDC, *Transnational Organized Crime in West Africa: A Threat Assessment*, *op. cit.*, p. 45.

(5) OCDE, *Flux financiers illicites. L'économie du trafic illicite en Afrique de l'Ouest*, Paris, Éditions OCDE, 2018, p. 90.

(6) « NDLEA Intercepts Container-load of Tramadol in Apapa Port », *This Day* (Nigeria), 25 février 2021.

(7) Hermann Boko, « Au Bénin, un député soupçonné d'être un "baron" du trafic de médicaments », *Le Monde*, 7 août 2018.

(8) Didier Fassin, « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *art. cit.* ; Donna Patterson, « The illegal Trade in Pharmaceuticals: Historical Cases from West Africa », dans Gernot Klantschnig et al. (dir.), *Drugs in Africa. Histories and Ethnographies of Use, Trade, and Control*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2014, p. 125-143.

climat d'impunité entourant les marabouts mourides et leur influence politique (1). De manière générale, le constat fait par les auteurs d'un rapport de la West Africa Commission on Drugs (WACD) à propos du trafic de drogue s'applique également aux médicaments du fait des sommes en jeu : « *Traffickers seem to connect easily with people of influence and are able to establish and operate informal social networks, allowing them to avoid detection by the formal security apparatus or co-opt it when necessary* » (2).

Il n'y a pas de preuves sur une implication des mafias traditionnelles (triades, Ndrangheta, etc.), quoi que les méthodes employées manifestent parfois un degré de sophistication élevé. Si cette absence d'implication renvoie aux limites de la connaissance et des enquêtes, le trafic de médicaments en Afrique de l'Ouest semble plutôt rassembler des réseaux de taille limitée interagissant les uns avec les autres, et dont les membres sont d'une grande variété de profils opérant dans le secteur formel, informel ou à la croisée des deux (fabricants, intermédiaires, transitaires, importateurs, distributeurs à petite échelle, transporteurs, vendeurs et revendeurs) auxquels s'ajoutent des agents de l'État corrompus. Une étude réalisée au Togo a ainsi montré l'attractivité du trafic régional de médicaments en Afrique de l'Ouest pour des « amateurs » s'improvisant trafiquants. « *Nous étions tombés sur un cas où des antipaludiques avaient été contrefaits, puis introduits ici et au Ghana voisin, se souvient un docteur ayant participé à cette étude, et nous avons découvert que celui qui importait ces médicaments faisait à l'origine du commerce de matériel de construction. En allant pour affaires en Asie, il s'est rendu compte que trafiquer de médicaments était plus bien intéressant et s'y est lancé !* » (3).

L'implication des groupes armés jihadistes dans le trafic de médicaments fait partie des sujets débattus. Certains rapports liés à l'industrie pharmaceutique mentionnent l'implication du Hezbollah et de l'Armée républicaine irlandaise (IRA) dans cette activité (4), tandis que des journalistes ont affirmé que les groupes armés jihadistes pratiqueraient le trafic de médicaments pour financer leurs activités (5). L'un des arguments invoqués repose sur le fait que les dirigeants d'Al-Qaïda auraient appelé leurs partisans à poursuivre des activités de contrebande pour financer leurs opérations (6). Concernant l'Afrique de l'Ouest, aucune preuve n'existe toutefois sur une implication structurante des groupes armés jihadistes dans ce trafic et celle-ci est très peu probable. Certes, les combattants ont besoin de médicaments et d'antidouleurs. Ils peuvent prélever des taxes sur les produits transitant par leurs territoires et certains se seraient insérés dans les circuits locaux d'achat et de revente comme entre le Nigéria et la région de Diffa au Niger (7).

À l'image des sociétés ouest-africaines, des combattants de ces groupes sont également des consommateurs de produits comme le tramadol ou le diazepam, et il n'est pas à exclure que des cadres donnent ces produits à leurs hommes à des fins utilitaristes (moyen de pression sur eux à travers la dépendance créée, désinhibition, etc.) même si des lignes fractures semblent diviser la mouvance et qu'il y a probablement coexistence d'approches diverses. Cependant, les discours qui tendent à présenter les groupes jihadistes comme les principaux acteurs et bénéficiaires du trafic de médicaments ne sont pas

(1) « Toubas – Affaire des faux médicaments d'une valeur de 1,335 milliards saisis : l'Ordre et le Syndicat des pharmaciens exigent une réaction de Macky Sall », *Le Quotidien* (Sénégal), 17 novembre 2017.

(2) Lansana Gberie et Camino Kavanagh, *Not Just in Transit. Drug, the State and Society in West Africa*, WACD, juin 2014, p. 22.

(3) Cité dans « Faux médicaments : la plaie de l'Afrique », *France Culture*, 19 juin 2020.

(4) Éric Przyswa, *Contrefaçon de médicaments et organisations criminelles*, op. cit. ; Union des Fabricants (Unifab), *Counterfeiting and Terrorism*. Edition 2016, Paris, 2016.

(5) Voir notamment : Angela Giuffrida, « Italian police intercept €50m Tramadol haul potentially bound for ISIS », *The Guardian*, 3 novembre 2017. Cet exemple n'est pas sans évoquer le captagon, décrit à tort comme la drogue des jihadistes (Laurent Laniel, *Captagon : déconstruction d'un mythe*, OFDT/OEDT, juillet 2017).

(6) Union des Fabricants (Unifab), op. cit.

(7) Entretien téléphonique, chercheur spécialiste du Niger, décembre 2018. Cette insertion n'implique pas que la hiérarchie le cautionne.



sans évoquer la thèse du « narcoterrorisme » en minimisant l'implication d'autres acteurs au rôle autrement plus structurant dans la chaîne de valeur (1) ou, suivant l'émetteur, en cherchant au contraire à mobiliser les partenaires internationaux.

Quelles implications ?

Il n'existe pas de remède miracle pour répondre aux multiples défis concernant l'accès à des médicaments de qualité en Afrique de l'Ouest. Beaucoup a également déjà été écrit sur le sujet, et notamment l'importance de l'accessibilité pour les populations. Les pages qui précèdent interpellent toutefois sur deux enjeux. D'abord, l'illicite pharmaceutique n'est pas seulement l'affaire de quelques brigands. Il s'inscrit dans les replis des marchés de la santé et de l'accès au soin. Il ne se réduit pas à des analyses en termes de dysfonctionnements, de pratiques déviantes ou de défaillances des États voire des organisations régionales, mais est aussi une conséquence de la structuration des marchés, un révélateur de leurs tensions (2).

Ensuite, il convient de distinguer deux enjeux très différents et appelant des réponses différenciées.

- La falsification est l'œuvre d'organisations criminelles, et c'est donc aux services responsables de la sécurité et de la justice d'agir au niveau national (police, gendarmerie, douanes, etc.) et au niveau international (Interpol, Europol, Organisation mondiale des douanes), en s'appuyant sur des cadres juridiques criminalisant le trafic de médicaments illicites et permettant des sanctions dissuasives. « *Aujourd'hui, des trafiquants peuvent être condamnés simplement à des amendes ou à des peines de prison ridicules. Il n'y a donc aucun effet de dissuasion. Il faut inciter chaque État membre à créer des infractions nouvelles, spécifiques au trafic et à la distribution* », rappelait l'ancien juge antiterroriste Jean-Louis Bruguière à l'occasion de l'Initiative de Lomé en janvier 2020 (3). C'est d'ailleurs l'un des intérêts de la Convention MEDICRIME du Conseil de l'Europe, entrée en vigueur en janvier 2016, qui « *criminalise la contrefaçon mais aussi la fabrication et la distribution de produits médicaux mis sur le marché sans autorisations* » (4).
- La circulation et la commercialisation de produits de qualité inférieure et illégaux est liée au fonctionnement des marchés et aux limites des dispositifs nationaux de contrôle. La réglementation qui encadre spécifiquement les médicaments devrait permettre d'éviter les sous-standards et d'assurer la qualité à travers des instruments juridiques (législation), réglementaires (homologation, licences, inspections) et techniques (contrôles qualité). Ce n'est le plus souvent malheureusement pas le cas en raison du manque de ressources des institutions des pays concernés (5), avec pour conséquences une image négative du secteur formel auprès d'une partie de la population et un manque de confiance.

•

(1) Wolfram Lacher, « Challenging the Myth of the Drug-Terror Nexus in the Sahel », Commission ouest-africaine sur les drogues, Document de référence, n°4, 2013.

(2) Mathieu Quet, *Impostures pharmaceutiques*, op. cit., chapitre 6.

(3) Cité dans « Faux médicaments : la plaie de l'Afrique », *France Culture*, 19 juin 2020.

(4) Pour plus de détails sur la convention MEDICRIME et l'état des signatures et ratifications, [voir ici](#). Une limite – loin d'être spécifique au domaine pharmaceutique – renvoie toutefois au décalage entre l'adoption de dispositifs juridiques et leur mise en application, soit les normes officielles et les normes pratiques.

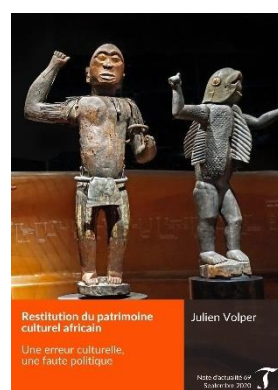
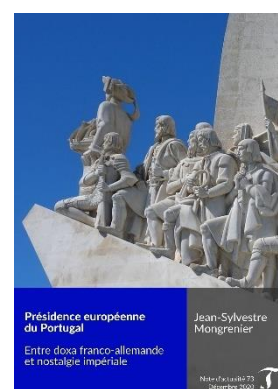
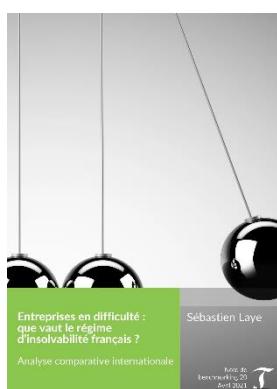
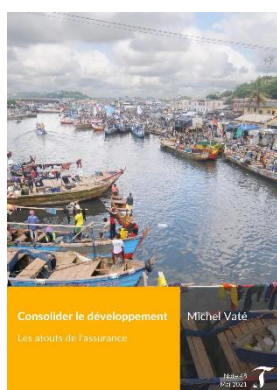
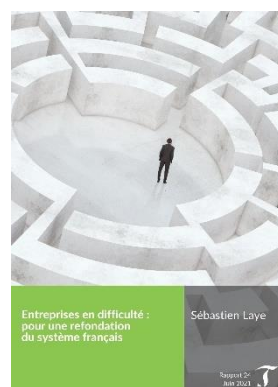
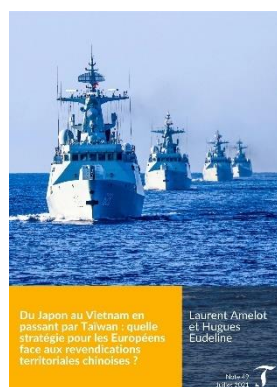
(5) Jacques Pinel, op. cit., p. 20.

Dans cette perspective, il apparaît prioritaire de renforcer les capacités des agences de régulation en place et de contrôler régulièrement la qualité des médicaments aux différents niveaux du système pharmaceutique (fabrication, importation, distribution, vente). Cette question est d'autant plus importante qu'elle renvoie à la mise en place d'une industrie ouest-africaine du médicament capable de produire des médicaments de qualité. Sans contrôle effectif en effet, comme le rappellent plusieurs exemples ces deux dernières décennies, nombre de produits seront de qualité inférieure ou alimenteront le secteur informel. Du fait de la circulation de médicaments d'un pays à l'autre, une approche régionale en matière de réglementation et d'achat de produits pharmaceutiques pourrait également permettre de simplifier le travail des agences de réglementation nationales. La création d'une liste régionale de produits et de producteurs approuvés/interdits, ou encore la mise en place de mécanismes régionaux de contrôle qualité et de délivrance des autorisations de mise sur le marché, offriraient aussi la possibilité de réduire le nombre de médicaments légaux en circulation, de mettre fin à des différentiels de produits entre États sur lesquels s'appuient les trafiquants, et de réorienter une partie des effectifs des agences nationales de régulation vers les contrôles.

Reste que de telles approches posent la question du rôle et de la mobilisation de la CEDEAO, de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) ainsi que de la coopération entre les pays producteurs et ceux d'Afrique de l'Ouest. De même, elles supposent une volonté politique forte de ces derniers. Plusieurs signaux témoignent d'une progressive mobilisation ces dernières années, comme l'Initiative de Lomé ou encore le processus de ratification du traité portant création d'une Agence africaine du médicament sous l'égide de l'Union africaine en 2019. Celle-ci demeure toutefois encore limitée à l'échelle de la région, du fait notamment des enjeux sociaux et financiers associés aux médicaments illicites et, encore souvent, dépendante de l'appui d'un secteur privé ou d'acteurs internationaux dont les intérêts ne coïncident que partiellement avec ceux des États et des populations.

Publications récentes

Retrouvez toutes nos publications sur www.institut-thomas-more.org





Programme

Enjeux internationaux

Dans un contexte de fortes tensions internationales, d'émergence de nouveaux acteurs étatiques et non-étatiques et d'accroissement des menaces pour l'Europe, le Programme *Enjeux internationaux* décrypte les dynamiques internationales et géopolitiques actuelles sous l'angle spécifique de la sécurité et de la défense des intérêts vitaux de l'Europe et des Européens.

Ce document est la propriété de l'Institut Thomas More asbl. Les propos et opinions exprimés dans ce document n'engagent que la responsabilité de l'auteur. Sa reproduction, partielle ou totale, est autorisée à deux conditions : obtenir l'accord formel de l'Institut Thomas More asbl et en faire apparaître lisiblement sa provenance.

© Institut Thomas More asbl, septembre 2021

