

## LES « FAUX MÉDICAMENTS » : ANALYSE D'UNE NOTION AMBIGUË À PARTIR D'UNE ÉTUDE ANTHROPOLOGIQUE AU BÉNIN

Carine Baxerres \*

À travers les médias et le discours divulgué dans l'opinion publique, la question des *faux médicaments* est d'apparition relativement récente. Elle date, au moins en France et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, du mois d'octobre 2009 lorsque Jacques Chirac lance « l'appel de Cotonou » contre les « faux médicaments »<sup>1</sup>. Aujourd'hui cette terminologie est largement reprise : le Bénin crée en mai 2012 un *Comité national de lutte contre les faux médicaments*. Le quotidien français *La Croix* publie en octobre 2012 un article intitulé « L'Afrique face au fléau des faux médicaments » (26 octobre 2012). Le 25 septembre 2013, parmi les titres à la une de radios, chaînes de télévisions et sites internet d'actualités<sup>2</sup>, on retrouvait la question des « faux médicaments vendus sur internet ». Le thème de la journée scientifique organisée le 21 novembre 2012 par la Société de pathologie exotique, et dont ce texte est issu, le souligne encore : « Accès à des médicaments de qualité et lutte contre les faux médicaments ».

Avant cela, le terme de prédilection utilisé en France dans les médias et les événements publics était celui de *contrefaçon*. En mai 2006, est organisé à la faculté de pharmacie de Paris V par l'INSERM, les laboratoires Merck et l'Union des fabricants de France un colloque intitulé « Contrefaçon de produits de santé : la France victime ? Complaisante ? ». Quatre ans plus tard, en octobre 2010, est organisé place de la bourse à Paris par la Mutualité française, en partenariat avec les Fondations Chirac et Pierre Fabre, un colloque intitulé « Le trafic des faux médicaments. Comment le combattre ? ».

---

\* Anthropologue, chargée de recherche IRD, Merit (UMR 216), Cerpage, Cotonou, Bénin.

Une version antérieure de ce texte est parue dans le *Bulletin de la société de pathologie exotique* 2014, 107, 2, 121-126. Nous remercions la revue d'en avoir autorisé la reproduction.

1. Voir : <http://www.fondationchirac.eu/programmes/acces-aux-medicaments/mobilisation-internationale-contre-traffic-faux-medicaments/>, consulté en septembre 2013.
2. Voir : <http://destinationsante.com/medicaments-comment-acheter-sur-internet-en-toute-securite.html>.

## NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, avant le lancement de l'appel de Cotonou, la question centrale en la matière était celle du marché informel du médicament ou plutôt, tel que caractérisé variablement dans la presse et les discours publics, du marché illicite, parallèle, *clandestin*, noir... du médicament, encore appelé « les médicaments de la rue ».

On peut se demander ce que la notion de *faux médicaments* apporte dans le débat. Il semble globalement, nous allons le voir à présent, qu'au-delà de la volonté de situer le discours sur les problèmes de qualité et en dehors des questions de propriétés intellectuelles et de brevets industriels, cette nouvelle notion contribue à entretenir dans l'opinion publique le flou autour des différents phénomènes dont il est question et dont l'amalgame est souvent réalisé.

### DES AMALGAMES RÉCURRENTS

En effet, dans les discours, mais aussi souvent dans les articles écrits par des journalistes, et parfois également par des scientifiques, trois phénomènes, pourtant bien différents, sont souvent associés : celui de la contrefaçon pharmaceutique qui pose la question de la légalité des médicaments ; celui des malfaçons, des médicaments sous-standards qui interroge la qualité des médicaments ; et celui du marché informel du médicament qui questionne la formalité des circuits de distribution.

Il convient de rappeler tout d'abord que *la contrefaçon pharmaceutique* est un terme juridique qui s'emploie avant tout lorsqu'il y a violation des droits de propriété intellectuelle en référence, depuis 1994, aux accords ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce – TRIPS en anglais) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) (Jourdain-Fortier & Moine-Dupuis 2013a ; Legris, 2005). Ces accords stipulent la protection d'un produit et de son procédé de fabrication pendant les vingt premières années de son existence, à compter de la date de dépôt du brevet (Cassier, 2004). Certains États ne définissent pas spécifiquement la contrefaçon médicamenteuse, mais la contrefaçon en général. En France, la contrefaçon se définit comme l'utilisation, sans le consentement du titulaire des droits, d'un élément de la propriété intellectuelle, comme la marque ou le brevet pharmaceutique, protégé par le Code de la propriété intellectuelle (Loi n° 2007-1544 du 29 octobre 2007). Il existe une jurisprudence relative à la contrefaçon de marque de médicaments, mais curieusement, elle est plutôt favorable au « contrefacteur » (Bonnard, 2013). D'autres pays, parmi lesquels les États-Unis, l'Inde, l'Australie et la Chine, ont tenté de définir juridiquement la contrefaçon, mais ces textes ne sont pas harmonisés à travers le monde. En 1992, l'Organisation mondiale de la santé donne une définition de la contrefaçon pharmaceutique, mais celle-ci n'a pas de valeur contraignante :

*Un médicament contrefait est un médicament qui est délibérément et frauduleusement muni d'une étiquette n'indiquant pas son identité et/ou sa source véritable. Il peut s'agir d'un médicament de marque ou d'un produit générique, et parmi les produits contrefaits, il en est qui contiennent les bons ingrédients ou de mauvais ingrédients, ou bien encore pas de principe actif et il en est d'autres où le principe actif est en quantité insuffisante ou dont le conditionnement a été falsifié.*

Legris, 2005, 11

La question de la contrefaçon pharmaceutique génère des polémiques au regard des litiges qu'elle peut sous-tendre en matière de brevets pharmaceutiques sur des territoires qui répondent à des législations différentes en la matière, et qui se posent notamment autour de la fabrication de médicaments génériques dans les pays émergents d'Asie et d'Amérique latine. C'est pourquoi certains acteurs tentent de soustraire du débat les questions juridiques. Dans la convention *Medicrime*, par exemple, adoptée le 8 décembre 2010 par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe et ouverte à la signature le 28 octobre 2011 aux 47 États membres du conseil de l'Europe ainsi qu'à des pays non européens tels que ceux du continent africain, il est question de contrefaçon pharmaceutique, mais il est bien précisé que « la Convention ne tend pas à répondre aux questions relatives aux droits de la propriété intellectuelle » (Voir Projet de Convention du Conseil de l'Europe sur la contrefaçon des produits médicaux et les infractions similaires menaçant la santé publique, Comité européen pour les problèmes criminels, 2009 ; Galloux, 2013). Comme le soulignent C. Jourdain-Fortier et I. Moine-Dupuis,

*On ne peut (...) que regretter l'emploi du terme contrefait dans la convention Medicrime, vocabulaire malheureux dans la mesure où il entretient une confusion juridique.*

Jourdain-Fortier & Moine-Dupuis, 2013b, 175

puisque le terme « contrefaçon » s'utilise précisément dans les cas d'infractions aux droits de la propriété intellectuelle.

Toujours pour éviter que soient associées au problème les questions de brevets pharmaceutiques, des experts introduisent une nouvelle terminologie. En 2006, l'OMS contribue à mettre en place le groupe Impact (International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce) qui clarifie la définition que cette institution donnait de la contrefaçon :

*Il ne faut pas assimiler les violations de brevets ou les litiges concernant des brevets à la contrefaçon de produits pharmaceutiques. Les produits médicaux (génériques ou de marque) dont la commercialisation n'est pas autorisée dans un pays donné, mais l'est ailleurs, ne sont pas considérés comme des produits contrefaits. Il ne faut pas assimiler les lots ne répondant pas aux normes, les défauts de qualité ou le non-respect des bonnes pratiques de fabrication ou de distribution des produits médicaux à des cas de contrefaçons.*

Conseil exécutif EB 124/14. Produits médicaux contrefaits. Rapport du secrétariat

En mai 2010, l’OMS décide, lors de son assemblée générale, de constituer un groupe de travail interne portant sur les produits « sous-dosés / douteux / mal étiquetés / falsifiés / contrefaits »<sup>3</sup>.

Des chercheurs experts en santé publique qui font partie du groupe World Wide Antimalarial Resistance Network (WWARN) mettent en évidence, dans un article de 2011 (Newton *et al.*), la différence de taille qui existe entre la question de la contrefaçon et celle de la malfaçon (*substandard medicines*). Cette dernière concerne des médicaments qui proviennent de fabricants authentiques, mais qui comportent des problèmes de qualité. Ces chercheurs soulignent qu’il est effectivement essentiel de bien distinguer ces deux phénomènes. Ils mettent en évidence que la contrefaçon, au contraire de la malfaçon, est produite intentionnellement avec une volonté délibérée de tromper. C’est cet aspect, qui comprend généralement – mais pas toujours (Legris, 2005) – des problèmes de qualité des produits, qu’ils veulent mettre en avant, et non les questions de propriété intellectuelle. C’est pourquoi ils pensent, qu’au lieu de *contrefaçon*, les termes *faux* et *falsifiés* sont plus adéquats. En droit français, depuis l’ordonnance du 19 décembre 2012 (n° 2012-1427, transposée de la directive européenne 2011/62/UE du 8 juin 2011), les médicaments falsifiés sont définis juridiquement comme des médicaments qui comportent une fausse présentation de leur identité (emballage, étiquetage, nom, composition), de leur source (fabricant, pays de fabrication, pays d’origine, titulaire de leur autorisation de mise sur le marché) ou de leur historique (autorisations, enregistrements, documents relatifs aux circuits de distribution utilisés) et qui présentent donc un défaut de qualité (Jourdain-Fortier & Moine-Dupuis, 2013b). Mais force est de constater qu’à travers les articles de presse et dans l’opinion publique, il est difficile de toujours savoir de quoi il est question : de problèmes juridiques ? de problèmes de qualité des produits ? d’intention frauduleuse ?<sup>4</sup>. Dans les pays francophones d’Afrique de l’Ouest, une autre question est généralement sous-jacente à ces débats : celle du marché informel du médicament.

#### FALSIFICATION ET MARCHÉ INFORMEL DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE DE L’OUEST

Le « marché informel du médicament » désigne les pratiques de vente et d’achat de médicaments qui se déroulent hors du cadre formel imposé par l’État et par le système de santé biomédical qui prévaut dans un pays (Fassin, 1986 ; Pouillot *et al.*, 2008). Concrètement, il s’agit de médicaments qui sont vendus

---

3. *Substandard / spurious / falsely-labelled / falsified / counterfeit* medical products en anglais, soit SSFFC. Sur Impact et le groupe de travail de l’OMS, se référer au site de l’organisation : [www.who.int/impact/en/](http://www.who.int/impact/en/), consulté en septembre 2013.

4. Voir l’article du quotidien *La Croix* déjà cité.

hors des officines, dans les marchés, aux coins des rues, de porte en porte, par des acteurs qui ne disposent pas d'une reconnaissance officielle. Ces pratiques ont lentement émergé dans les pays francophones d'Afrique au cours des années 1950 (Baxerres, 2011).

À partir du milieu des années 1990, lorsque les institutions sanitaires nationales décident de prendre des dispositions pour lutter contre ce marché, se développe, portée par différents acteurs (ministères de la santé, ordres des pharmaciens, associations, organisations non gouvernementales, fondations), une opinion radicalement défavorable au marché informel du médicament. Elle s'articule autour de quelques points parmi lesquels se retrouvent systématiquement les notions de contrefaçon et de qualité douteuse des médicaments vendus.

Dans le cadre de mes travaux en anthropologie (Baxerres, 2014), une observation participante a été conduite durant plus de deux ans (2005-2007) dans le centre de la vente informelle de médicaments à Cotonou qui est situé dans le grand marché *Dantokpá*, dont un secteur comprenant environ mille boutiques bien achalandées est spécialisé dans le médicament pharmaceutique industriel. Ce travail a permis de réaliser une typologie des médicaments vendus dans le marché informel en trois catégories spécifiques, aux intitulés utilisés par les vendeurs informels (Baxerres & Le Hesran, 2011) :

- les médicaments *du Nigeria et du Ghana*, qui sont des médicaments génériques peu onéreux portant un nom commercial et fabriqués au Nigeria, au Ghana ou dans des pays d'Asie et principalement l'Inde et l'Indonésie. Au regard d'une base de données réalisée durant six mois au début de l'étude, ils représentent 18 % des médicaments vendus à *Dantokpá*<sup>5</sup>.
- les médicaments *français* ou médicaments *de la pharmacie*, qui sont des médicaments – génériques, de référence ou protégés par un brevet – coûteux,

---

5. Durant les six premiers mois de terrain, réalisés auprès de trois vendeurs du secteur de vente informelle de médicaments du marché *Dantokpá*, à raison de 4 h d'observation trois fois par semaine, j'ai noté exhaustivement, pour chaque acheteur, le nom de chacun des médicaments achetés, sa quantité, son prix, la catégorie à laquelle il appartient (médicament « du Nigeria ou du Ghana », médicament « français » ou « de la pharmacie », médicament « pharmaquick ») ainsi que le sexe du client, sa tranche d'âge approximative (enfant, jeune adulte, adulte d'âge moyen, personne âgée), la nature de sa demande vis-à-vis du vendeur (est-ce une demande directe d'un médicament précis ou l'exposition de symptômes en vue d'une *prescription* ?), son statut (est-ce un malade, un revendeur de médicaments, un professionnel de santé ?) et sa fréquentation de la boutique (est-ce un client régulier ou une personne qui n'est jamais venue ?). Pour réaliser les pourcentages présentés ici, j'ai pris en compte les clients qui ont acheté au maximum dix médicaments, à savoir 518 clients sur les 539 que compte la base de données. Le pourcentage est ainsi réalisé sur un total de 1492 produits achetés (n = 1492).

portant un nom commercial et fabriqués pour la plupart par des firmes pharmaceutiques nord-américaines et européennes. Ils représentent 42,65 % des médicaments achetés dans le marché.

- les médicaments *pharmaquick*, qui sont des génériques peu onéreux commercialisés sous leur dénomination commune internationale et fabriqués par des firmes pharmaceutiques installées au Bénin (d'où le nom donné à ces médicaments qui provient d'une firme pharmaceutique située au Bénin) ou dans les pays voisins (Togo, Ghana, Nigeria) ainsi que dans des pays d'Asie (Inde, Chine). Ils représentent 37,94 % des médicaments vendus dans le marché <sup>6</sup>.

Les caractéristiques de ces trois types de médicaments et la manière dont les vendeurs se les procurent invalident l'amalgame récurrent entre ces produits et le phénomène de la contrefaçon ou celui de la falsification. En effet, deux sources principales d'approvisionnement de ces médicaments ont été mises en évidence. Il s'agit premièrement des circuits formels du Bénin et des pays francophones voisins (Togo, Burkina Faso, Niger). Les médicaments sont alors achetés par le biais d'intermédiaires autorisés (professionnels de santé) auprès des grossistes publics et privés de ces pays. Le fait qu'un même médicament ne soit pas vendu officiellement au même prix dans ces différents pays francophones explique la circulation transfrontalière des produits entre ces pays qui vendent globalement les mêmes produits, issus des mêmes fabricants et par le biais des mêmes centrales d'achat et transitaires. Ces différentiels de prix entre pays francophones, même proches géographiquement, s'expliquent par des facteurs tels que le volume de produits vendus, les négociations entre les firmes pharmaceutiques et les ministères de la santé, le coût du transport, les éventuelles taxes sur les produits, le taux de marge bénéficiaire accordé aux grossistes, les stratégies commerciales de l'industrie pharmaceutique variables d'un pays à l'autre, etc.

La deuxième source d'approvisionnement du marché informel béninois provient des circuits formels des pays anglophones voisins, le Nigeria et le Ghana. Les médicaments sont achetés par les vendeurs informels dans des marchés – le marché *Idumota* de Lagos et le marché *Okaishie* d'Accra – dans lesquels sont installés des grossistes formels qui distribuent des produits autorisés par les agences en charge de la régulation des médicaments dans ces pays, à savoir la Nafdac (National Agency for Food and Drug Administration and Control) au Nigeria et la *Food and Drugs Board* au Ghana. La plupart de ces médicaments ne sont, par contre, pas autorisés à la vente au Bénin. C'est le cas des médicaments *du Nigeria et du Ghana* et des médicaments *pharmaquick* fabriqués au Nigeria, au Ghana ou en Asie.

---

6. Une autre catégorie de médicaments, les médicaments chinois, qui représentent 1,41 % des médicaments vendus à *Dantokpa*, n'est pas présentée ici.

Il n'est pas question ici de dire que le marché informel n'est pas confronté à la question des médicaments falsifiés, tels que définis depuis 2012 par le droit français (voir ci-dessus). Plus un marché est soumis à une régulation stricte, moins les risques de circulation de produits frauduleux sont élevés. Mais si des copies frauduleuses de médicaments intègrent le marché informel, elles ne constituent pas, loin de là, la majorité des médicaments qui y sont distribués. Par contre, ces constats mettent en évidence qu'il existe des différences notoires en matière d'approvisionnement pharmaceutique entre le Bénin, et plus globalement les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, et le Nigeria et le Ghana, pays anglophones. Les mêmes médicaments n'y sont pas autorisés et donc distribués légalement. Alors que les approvisionnements pharmaceutiques des pays francophones sont aujourd'hui encore très dépendants des pays occidentaux et particulièrement de la France, les pays anglophones se sont ouverts depuis les années 1970-1980 à des médicaments en provenance des pays émergents d'Asie et notamment de l'Inde, de la Chine et de l'Indonésie. Plus que la falsification de médicaments, les questions qui se posent à travers les médicaments vendus dans le marché informel du Bénin concernent l'hétérogénéité des systèmes pharmaceutiques et des procédures d'enregistrement des médicaments à l'échelle de l'Afrique de l'Ouest, ainsi que la commercialisation de produits dans un pays où ils ne sont pas enregistrés officiellement.

#### LES FAUX MÉDICAMENTS, UN DISCOURS FANTASMÉ

Nous l'avons vu, la question des faux médicaments est complexe et génère souvent des amalgames entre des phénomènes différents. On peut mettre en évidence dans les médias, dans l'opinion publique, ainsi que dans les discours institutionnels, des propos peu scientifiques à ce sujet.

En effet, la contrefaçon pharmaceutique et la falsification de médicaments sont des phénomènes qui se prêtent très mal aux évaluations quantitatives (Siva, 2010). Il est également très difficile d'en apprécier l'impact sur la santé des individus : les effets sur les patients de ces médicaments sont difficiles à détecter et à quantifier. Ainsi, comme le soulignent des experts, l'essentiel de la littérature sur les faux médicaments provient de journalistes d'investigation locaux qui pratiquent peu l'investigation scientifique de santé publique (Cockburn *et al.*, 2005). Certains chercheurs parlent en la matière de « poor science » (Newton *et al.*, 2011). De telles recherches posent d'ailleurs d'infinis problèmes méthodologiques : Comment réaliser des investigations pour obtenir des données réellement représentatives de ces phénomènes ?

Pourtant, à travers les médias, dans les discours des acteurs institutionnels ainsi que dans des articles scientifiques, des chiffres sont avancés. La contrefaçon représenterait 10 % du marché mondial du médicament, 15 % dans

les pays développés et plus de 50 % en Afrique et en Asie (Hellstrom, 2011 ; Bate & Attaran, 2010 ; Cockburn *et al.*, 2005). Il est également dit fréquemment que ces médicaments sont responsables de 200 000 décès par an, sans que l'origine de ce chiffre ne soit réellement explicitée. Lors du colloque d'octobre 2010, organisé par la Mutualité française (« Le trafic des faux médicaments. Comment le combattre ? »), un intervenant a précisé que ce chiffre provenait d'une étude réalisée par l'OMS en 2006. Mais un agent de cette institution a immédiatement nié ce fait. Après quoi, un membre de l'organisation Médecins sans frontières a souligné que cette évaluation était issue du bulletin d'une amicale et qu'il était peu fiable. Les faux médicaments sont ainsi souvent l'objet d'évaluations fantaisistes, extrapolées et pourtant reprises sans trop de précaution dans les discours.

Au-delà des chiffres, certains faits divers, tels que celui de « faux » vaccins contre la méningite introduits au Niger en 1995, sont régulièrement évoqués par différents acteurs, et encore récemment dans l'article de *La Croix* cité précédemment, sans que l'on sache bien s'il s'agit de contrefaçon ou de malfaçon<sup>7</sup>.

Ces caractéristiques du discours porté sur les faux médicaments (chiffres fantaisistes, extrapolés, faits divers constamment ré-évoqués) mettent en évidence la construction de propos « fantasmés » sur un phénomène finalement mal connu et mal maîtrisé (Baxerres, 2015). Les enjeux économiques que suscitent ces questions, les polémiques autour des brevets pharmaceutiques évoquées précédemment, ainsi que la concurrence actuelle entre les firmes pharmaceutiques d'origine occidentale et celle des pays émergents, expliquent sûrement en partie les caractéristiques de ce discours.

L'étude anthropologique réalisée au Bénin (Baxerres, 2014) a, par exemple, souligné que les questions de faux médicaments et de contrefaçons – mises en exergue à travers la presse, des événements publics et des discours institutionnels – tendaient à maintenir les sources d'approvisionnement des médicaments en Europe et pour beaucoup en France, à travers les services de centrales d'achat et de transitaires français et européens. Au contraire, comme précisé précédemment, les pays anglophones se sont ouverts depuis les années 1970-1980 aux médicaments en provenance des pays émergents d'Asie. À travers des entretiens réalisés avec les dirigeants de grossistes installés au Bénin, le fait que les médicaments transitent par des centrales d'achat françaises ou européennes est apparu garantir leur qualité et leur traçabilité. Or, dans les faits, il est délicat de se fonder sur ce critère en raison des lacunes que connaît la

---

7. Dans les faits, il s'agissait de vaccins dans lesquels il n'y avait pas de produits actifs (Cockburn *et al.*, 2005), mais cela n'est que très rarement précisé dans les articles de presse.



législation de l'exportation de certains pays européens (Galloux, 2013). Face à cela, dans les perceptions des dirigeants de ces grossistes pharmaceutiques, les médicaments fabriqués en Asie, ou même au Nigeria et au Ghana, surtout s'ils sont acheminés directement depuis ces pays, sont considérés *a priori* comme de qualité douteuse, et leurs liens avec la contrefaçon ou les faux médicaments sont perçus comme importants.

## CONCLUSION

En conclusion, il apparaît nécessaire de clarifier les définitions des différents phénomènes dont il a été question dans cet article (contrefaçon pharmaceutique, malfaçon, mauvaise qualité des produits, circuits informels de distribution) et d'éviter absolument le flou en la matière, sur lequel les discours les plus fantaisistes peuvent se greffer.

En lien avec cela, il est important de réfléchir aux solutions adaptées à chacun de ces phénomènes. La malfaçon qui, suivant plusieurs experts (Newton *et al.*, 2011 ; Prescrire, 2009), représenterait un problème de santé publique plus important que la contrefaçon, appelle un travail d'amélioration de la compétence des fabricants et de renforcement de l'efficacité des contrôles de qualité mis en place par les agences de régulation des pays exportateurs comme importateurs.

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, dont les systèmes de prise en charge des dépenses de santé sont bien souvent embryonnaires, et pour lesquels l'accès à des médicaments génériques de qualité à moindre coût est crucial, il convient, plutôt que discréditer les firmes pharmaceutiques des pays émergents, de renforcer les capacités des agences de régulation en place et de contrôler régulièrement la qualité des médicaments aux différents niveaux du système pharmaceutique (importation, fabrication, distribution grossiste, détaillante). En effet, ces questions sont indissociables de la problématique de l'accessibilité géographique et financière de médicaments de qualité. Il est important que ce soit les autorités publiques, à travers des activités de régulation et de contrôle, qui prennent en charge ces questions. Car, si c'est l'industrie pharmaceutique qui se positionne en la matière, il y a beaucoup trop de conflits d'intérêts.

## BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BATE R., ATTARAN A., 2010. « A Counterfeit Drug Treaty: Great Idea, Wrong Implementation », *Lancet*, 376, 1446-1448.
- BAXERRES C., 2011. « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, 123, 117-136.
- BAXERRES C., 2014. *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.

## NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

- BAXERRES C., 2015. « Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique », in A. Desclaux, M. Egrot, (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan, Éditions IRD, 129-146.
- BAXERRES C., LE HESRAN J.Y., 2011. « Where Do Pharmaceuticals on the Market Originate? An Analysis of the Informal Drug Supply in Cotonou (Benin) », *Social Science & Medicine*, 73, 8, 1249-1256.
- BONNARD H., 2013. « La contrefaçon de marque de médicament », in C. Fortier, I. Moine-Dupuis (dir.), *La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale*, Paris, Lexis Nexis, 11-21.
- CASSIER M., 2004. « Brevets pharmaceutiques et santé publique en France : opposition et dispositifs spécifiques d'appropriation des médicaments entre 1791 et 2004 », *Entreprises et histoire*, 36, 29-47.
- COCKBURN R., NEWTON P.N., KYEREMATENG A., AKUNYILI D., WHITE N.J., 2005. « The Global Threat of Counterfeit Drugs : Why Industry and Government Must Communicate the Dangers », *Plosmedicine*, 2, 4, e100.
- FASSIN D., 1986. « La vente illicite des médicaments au Sénégal. Conséquences pour la santé des populations », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 79, 4, 557-570.
- GALLOUX J.C., 2013. « La contrefaçon de brevet pharmaceutique », in C. Fortier, I. Moine-Dupuis (dir.), *La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale*, Paris, LexisNexis, 23-39.
- HELLSTROM W.J.G., 2011. « The Growing Concerns Regarding Counterfeit Medications », *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1, 1-3.
- JOURDAIN-FORTIER C., MOINE-DUPUIS I., 2013a. *La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale*, Paris, LexisNexis.
- JOURDAIN-FORTIER C., MOINE-DUPUIS I., 2013b. « La falsification de médicaments ou les promesses de l'aube de la lutte contre le "faux" médicament », in C. Fortier, I. Moine-Dupuis (dir.), *La contrefaçon de médicaments : les premiers pas d'une réaction normative internationale*, Paris, LexisNexis, 169-186.
- LEGRIS C., 2005. *La détection des médicaments contrefaits par investigation de leur authenticité. Étude pilote sur le marché pharmaceutique illicite de Côte d'Ivoire*, Thèse de pharmacie, Université de Nancy I.
- NEWTON P.N., AMIN A.A., BIRD C., PASSMORE P., DUKES G., TOMSON G. *et al.*, 2011. « The Primacy of Public Health Considerations in Defining Poor Quality Medicines », *PlosMedicine*, 8, 12, e1001139.
- POUILLOT R., BILONG C., BOISIER P., CISS M., MOUMOUNI A., AMANI I., NABETH P., 2008. « Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 101, 2, 113-118.
- PRESCRIRE, 2009. « Contrefaçons de médicaments : vrais et faux problèmes », *Prescrire*, 306, 298-303.
- SIVA N., 2010. « Tackling the Booming Trade in Counterfeit Drugs », *Lancet*, 376, 1725-1726.

sous la direction de  
*Mamadou Badji & Alice Desclaux*

**NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT  
EN AFRIQUE**

**ANALYSES EN ANTHROPOLOGIE, DROIT ET SANTÉ PUBLIQUE**



## SÉLECTION D'OUVRAGES DES AUTEURS

- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2014. *L'enseignement du droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2013. *Dire le droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2012. *Conflictualité en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2010. *Pouvoirs et États en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., CABANIS A., CROUZATIER J.-M. et al., 2009. *Francophonie et relations internationales*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines/AUF.
- BADJI M. (dir.), 2005. *Droit et santé en Afrique*, Bordeaux, Les Études Hospitalières.
- DESCLAUX A., EGROT M. (dir.), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., LANIÈCE I., NDOYE I., TAVERNE B. (dir.), 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (dir.), 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- DESCLAUX A., RAYNAUT C. (dir.), 1997. *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- BENOIST J., DESCLAUX A. (dir.), 1996. *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Paris, Karthala.

© L'HARMATTAN-SÉNÉGAL, 2015

10 VDN. Sicap Amitié 3. Lotissement Cité Police. Dakar

<http://www.harmattansenegal.com>  
senharmattan@gmail.com  
senlibrairie@gmail.com

ISBN : 978-2-343-08072-7

EAN : 9782343080727