

LA GEOSTRATEGIE DES FIRMES PHARMACEUTIQUES FACE AUX DEFIS SANITAIRES DE LA ZONE INTERTROPICALE A L'AUBE DU 21^E SIECLE

Marc-Louis ROPIVIA
Département de Géographie
Université Omar Bongo
Libreville - GABON

Résumé

Les paradigmes du développement inégal, de la dépendance et de la mondialisation structurent le Nouvel Ordre Pharmaceutique Mondial, c'est-à-dire les nouveaux rapports de forces inégaux qui s'instaurent, depuis l'apparition de la pandémie du Sida, entre les pays industrialisés et les pays en développement dans le domaine de l'accès aux médicaments antirétroviraux. Ces rapports qui visent à maximiser les profits des grandes firmes pharmaceutiques transforment, au détriment des pays en développement d'Afrique et du reste du monde, les enjeux sanitaires et thérapeutiques en enjeux purement commerciaux plus ou moins cautionnés par l'organisation sanitaire internationale mais surtout avalisés par l'OMC. La victoire des pays en développement sur le Nouvel Ordre Pharmaceutique Mondial pourrait être acquise à la fois par un non-alignement aux politiques de l'OMS et de l'OMC et par l'élaboration puis l'application par les Etats de politiques d'assainissement fondées sur la philosophie de l'hygiénisme.

Mots-clés : *développement inégal, Nouvel Ordre Pharmaceutique Mondial, médicaments antirétroviraux, non-alignement, politiques d'assainissement, hygiénisme*

Abstract

The theories of unequal development, dependence and globalization structure the New Global Pharmaceutical Order, that is to say the new unequal forces relationships that have been settled, since the AIDS pandemic, between industrialized countries and developing ones as far as the access to the antiretroviral medicines are concerned. These relationships aiming to maximize the benefits of big pharmaceutical firms change, to the detriment of African developing countries and the other part of the world, sanitary and therapeutic stakes into purely trading stakes more or less supported by the international sanitary organization but specially guaranteed by WTO. The developing countries victory on the New Global Pharmaceutical Order could be acquired at the same time through a non-alignment to the policies of WHO and WTO and through the elaboration then the application of states sanitary policies founded on the hygienism philosophy.

Key words : *unequal development, New Global Pharmaceutical Order, antiretroviral medicines, non-alignment, sanitary policies, hygienism.*

I- GEOGRAPHIE, GEOPOLITIQUE ET GEOSTRATEGIE DE LA SANTE ET DES MALADIES DU MONDE TROPICAL : UNE POSITION NOUVELLE DU PROBLEME

La géographie médicale traditionnelle (celle de la santé, des soins de santé, de l'identification et de l'aménagement des milieux pathogènes) n'a eu jusqu'ici que très

peu de préoccupation pour les enjeux liés à la mise en marché des nouveaux médicaments, pour les rapports de forces et les champs d'affrontement issus de la division internationale du travail dans le domaine de la production thérapeutique ; rapports de forces inégaux, récemment aiguisés par « la bataille autour des antirétroviraux », qui s'instaurent entre les groupes dominants et les acteurs dominés de l'ordre phar-

maceutique mondial, ainsi que pour les stratégies mises en œuvre par les différents acteurs (les Etats, l'organisation sanitaire internationale, les firmes pharmaceutiques, les organisations humanitaires et caritatives, les groupes altermondialistes) qui participent à l'édification des ordres pharmaceutique et thérapeutique mondiaux. Ces différents acteurs, dans le cadre des conséquences de leurs interactions politico-spatiales aux

niveaux bilatéral ou multilatéral ainsi qu'aux échelles nationale ou internationale, constituent la problématique privilégiée de la géopolitique et de la géostratégie.

Malheureusement, la géopolitique et la géostratégie de la santé qui sont des approches nouvelles¹ n'intègrent pas encore la controverse, sinon les antagonismes ou la conflictualité, qui se développe entre les pays industrialisés et les pays en développement au sujet des thérapies concernant les maladies qui se développent ou se propagent dans la zone intertropicale. Cet article est donc l'occasion d'aborder cette nouvelle thématique et quelques unes des problématiques qui lui sont rattachées.

Appréhender la géographie de la santé et des maladies du monde tropical aujourd'hui revient d'une part, à faire le point sur cette importante branche de la science géographique, et d'autre part, à se poser les questions essentielles relatives à la géographie et à la problématique des soins de santé dans le monde tropical et, surtout, à cerner la géopolitique de l'accès inégal aux soins de santé entre les pays industrialisés et les pays en développement. Cette même géopolitique est sous-tendue par la géostratégie du contrôle de l'espace pharmaceutique mondial élaborée par les grandes firmes dominantes dans ce secteur d'activité.

Une question centrale détermine cette nouvelle problématique dans un paradigme (le développement inégal, la dépendance) pourtant bien ancien : le Nouvel Ordre Pharmaceutique Mondial

aujourd'hui élaboré par les grandes firmes pharmaceutiques et le Nouvel Ordre Thérapeutique Mondial actuellement façonné conjointement par les grandes firmes pharmaceutiques et l'organisation sanitaire internationale, en l'occurrence l'OMS et la Fédération internationale de l'industrie pharmaceutique, peuvent-ils par leurs stratégies thérapeutiques médicamenteuses ou vaccinales futures contribuer, comme par le passé, à l'éradication des grandes endémies et pandémies dans les pays en développement de la zone intertropicale en général et de l'Afrique noire en particulier ? De nouveaux enjeux et intérêts purement mercantiles ne pervertissent-ils pas aujourd'hui la philosophie humanitaire d'éradication qui avait prévalu jusque-là ? A partir de ces deux interrogations, deux hypothèses pourraient structurer toute réflexion visant à cerner les stratégies des acteurs dominants des ordres pharmaceutique et thérapeutique mondiaux et à réorienter la vision des décideurs des politiques de santé dans les pays en développement du continent africain.

La première hypothèse est que les grandes firmes pharmaceutiques, en exerçant leur monopole sur la production des médicaments contre les maladies et pandémies qui se développent ou se propagent dans les pays en développement de la zone intertropicale, n'élaborent pas des stratégies thérapeutiques de guérison mais s'inscrivent plutôt dans une logique d'atténuation de la virulence et de gestion de la chronicité aux fins de rentabiliser plus durablement, dans les pays industrialisés, les investissements consentis dans la recher-

che et le développement des médicaments liés aux maladies qui se développent dans le monde tropical.

La deuxième hypothèse qui fait office d'approche renouvelée de la géographie de la santé dans le monde tropical en développement consiste à prendre en compte les préceptes d'un mouvement social du 19^e siècle qui contribua énormément à l'éradication des grandes endémies et de l'insalubrité en Europe occidentale : *l'hygiénisme*². Cette philosophie préconisait la régression de la morbidité par l'amélioration du cadre de vie, des conditions sociales d'existence, l'assainissement des milieux urbains et le *tout-à-l'égoût*. La recherche pharmaceutique n'étant pas encore très développée à cette époque, ce n'est donc pas par des thérapies d'officine que les pays industrialisés d'aujourd'hui ont vaincu les grandes endémies qui existaient chez eux mais bien par des grands travaux d'assainissement et, notamment, de drainage des zones marécageuses et d'aménagement de réseaux d'évacuation des effluents urbains. Les grandes endémies qui sévissent dans le monde tropical d'aujourd'hui ne constituent donc pas une fatalité. Elles perdureront longtemps encore tant que leur longévité et leur virulence seront proportionnelles à l'inefficacité des politiques d'assainissement mises en place par les Etats.

Par rapport à ces deux hypothèses, notre travail examine les points suivants : les questions essentielles qui réorientent les thématiques, les problématiques et

les approches en géographie de la santé dans le monde tropical ; les Etats perturbateurs de l'ordre pharmaceutique mondial ; les enjeux géopolitiques et géostratégiques qui déterminent la stratégie des firmes pharmaceutiques dominantes ; la doctrine géostratégique de ces firmes ; enfin, les axiomes analytiques de la stratégie des grandes multinationales de la pharmacie ;

II- LES GRANDES QUESTIONS ESSENTIELLES LIEES A LA PROBLEMATIQUE DE LA SANTE ET DE LA GUERISON DANS LE MONDE TROPICAL

La problématique de la santé et de la guérison dans le monde tropical et les pays en développement ne saurait être exhaustivement appréhendée au travers des deux interrogations centrales précédentes. Une série de questions subsidiaires est nécessaire pour conforter cette problématique aux répercussions forts complexes.

1°- Les grandes firmes pharmaceutiques qui disposent du monopole des thérapies et contrôlent le processus de guérison, en même temps qu'elles s'inscrivent dans une logique capitaliste de profit, élaborent-elles, pour les pays en développement, des stratégies de thérapies curatives ou de gestion de la chronicité des maladies tropicales ?

2°- La difficile accessibilité aux multithérapies (cas du SIDA) dans les pays en développement n'est-elle pas qu'une stratégie momentanée (de moyen terme) qui permet de garantir dans le long

terme des profits durables générés par la croissance démographique et la chronicité généralisée ?

3°- L'organisation sanitaire internationale, en l'occurrence l'OMS, peut-elle atteindre son objectif d'éradication des grandes endémies actuelles du monde tropical et de diminution du taux de morbidité dans les pays en développement, en se fiant uniquement aux seules stratégies thérapeutiques des groupes pharmaceutiques des pays industrialisés produisant des médicaments par seule logique de profit alors que leurs propres populations sont hors d'atteinte de ces grandes maladies tropicales ?

4°- Prisonniers de la logique du médicament, les Etats africains peuvent-ils comprendre, excepté le cas du SIDA, que les politiques d'aménagement du territoire et d'assainissement de l'environnement constituent des stratégies préventives à prioriser au détriment des stratégies thérapeutiques proposées par les grandes firmes pharmaceutiques ?

5°- Les pays en développement de la zone intertropicale qui disposent, à travers leurs forêts, fleuves et océans, d'immenses ressources en matière de biodiversité, comprendront-ils que leur victoire sur les épidémies et les pandémies passent aussi par l'organisation d'une recherche scientifique nationale, la création d'industries phytothérapeutiques autonomes et par la coopération Sud-Sud en matière de biotechnologies ?

Cet ensemble

d'interrogations invite les analystes des rapports de forces planétaires dans le domaine de la santé, et singulièrement les chercheurs africains, à se pencher plus activement sur la philosophie et les comportements de l'organisation sanitaire internationale et des firmes pharmaceutiques. Leurs attitudes stratégiques sont de trois ordres. D'une part, abandonner les recherches thérapeutiques sur les pathologies tropicales. Cette première attitude conduit à l'apparition du concept de « *maladies négligées* », c'est-à-dire celles dont seulement 1% de nouveaux médicaments sont mis sur le marché en vingt cinq ans¹. Les maladies visées sont les suivantes : *trypanosomiasés, leishmaniose, onchocercose, ulcère de Buruli, schistosomiasés, filariosés, paludisme, tuberculose, etc.* D'autre part, interdire, par des coûts prohibitifs, l'accès des populations démunies des pays en développement aux médicaments antirétroviraux. Cette deuxième attitude est fallacieusement présentée comme la conséquence des coûts très élevés consentis pour la recherche/développement des nouvelles thérapies tels que semble le montrer le tableau ci-après.

¹ Un numéro spécial de Hérodote, revue de géographie et de géopolitique, n° 92, a été consacré en 2000 à la *géopolitique de la santé*.

² Claudine Herzlich, *Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social*, in Marc Augé, Claudine Herzlich (sous la dir. de), *Le sens du mal*, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Editions des archives contemporaines, 1984, pp. 189-215.

³ Jeune Afrique/L'Intelligent, N°2162, 17-23 juin 2002, p.115.

**Tableau N°1 : Les budgets de Recherche et Développement
des plus grandes firmes pharmaceutiques**

BUDGET (En Milliards de dollars)	1 à 2	2 à 3	+ de 3
GROUPE PHARMACEUTIQUES	Bristol Myers Squibb (E.-U.) Merck & Co (E.-U.) American Home Products (E.-U.) Johnson & Johnson (E.-U.)	AVENTIS PHARMA (Fr.-All.) ASTRA ZENECA (G.BR-Suède) Roche (Suisse) Novartis (Suisse)	GLAXO-SMITHKLINE (G.BR) Pfizer (E.-U.)

Source des données: *Science et Vie*, N°218, hors série, Mars 2002, p. 146.

La troisième attitude, enfin, qui est un réflexe de contrôle du marché et de protection de leur monopole sur la conception, la production et la diffusion du médicament, consiste dans le refus de déréglementer les brevets tombés dans le domaine public aux fins d'empêcher et de décourager la délocalisation, dans les pays en développement, de la production des médicaments génériques. Voici, à cet effet, le commentaire d'un grand spécialiste de cette question au sein même de l'OMS :

Depuis la naissance, en 1995, de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), le prix des médicaments est de plus en plus soumis aux contraintes de l'Adpic, un accord commercial portant sur les aspects des droits de propriété

intellectuelle qui touchent au commerce.

La logique du système - si l'on peut appeler logique ce cercle sans issue - veut que la généralisation du système des brevets (d'une durée minimum de vingt ans) imposée par l'accord sur les Adpic soit indispensable pour permettre aux sociétés pharmaceutiques privées de continuer à faire de la recherche. L'argument est le suivant : la recherche coûte cher, mais elle sera financée par les brevets qui, en assurant un monopole aux firmes pharmaceutiques, leur per-

met de maintenir des prix élevés.

Or ces prix empêchent la plupart des personnes qui en ont besoin de se procurer ces nouveaux produits ! s'il faut préserver la recherche et le développement de nouveaux médicaments, il est tout aussi essentiel que ceux-ci puissent sauver des vies dès le moment de leur découverte, et pas vingt ans après !

Ces molécules, issues des hautes recherches, que l'on ne veut pas diffuser dans les pays en développement réputés trop pauvres pour les acquérir font donc l'objet d'une stricte protection juridique, intellectuelle et commerciale élaborée avec

quelque connivence de l'organisation sanitaire internationale et de l'OMC. En voici la panoplie actuelle:

Tableau N°2 : Les antirétroviraux, objets d'enjeux géostratégiques entre les Pays industrialisés et les pays en développement*

CLASSE THERAPEUTIQUE	Inhibiteur Nucléosidique de la transcriptase Inverse (NUC)	Inhibiteur Nucléotidique de la transcriptase inverse (NUC)	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (NNUC)	Inhibiteur de l'intégrase	Inhibiteur de la protéase	FIRMES PHARMACEUTIQUE PROPRIETAIRES DES BREVETS
MOLECULE ORIGINALE OU SON GENERIQUE	AZT (Zidovudine) 3TC (Lamivudine) Didanosine Stavudine Zalcitabine Abacavir	Tenofovir (Vers l'AMM)	Delavirdine Neviparine Efavirenz DPC083 (ECD)	Aucun actuellement	Saquinavir Ritonavir Indinavir Nelfinavir Amprenavir Zerit (Vers l'AMM)	Glaxo-Smithkline; Pfizer ; Novartis ; Roche ; Astra Zeneca ; Aventis Pharma ; Bristol Myers Squib Merck&Co; AmericanHome Products; Johnson&Johnson; Boehringer; Abbott; Sanofi-Synthelabo

*Ce tableau serait à l'heure actuelle incomplet si l'on ajoutait pas une nouvelle molécule, le T 20, que l'on pourrait classer comme inhibiteur de la pénétration cellulaire

AMM : Autorisation de mise en marché ; ECD : En cours de développement

La question centrale de la réduction du prix de ces molécules et son enjeu principal qu'est leur accès au plus grand nombre dans les pays en développement a fini par déboucher sur une philanthropie généralisée de la part des grandes firmes, sans doute pour se faire bonne conscience. Malheureusement, force est de constater que

ces annonces fracassantes d'accords bilatéraux entre firmes pharmaceutiques et Etats du Tiers-Monde au sujet de l'abaissement des coûts des ARV ressemble aujourd'hui à une vaste mystification au vu des résultats infimes obtenus. C'est justement celle-ci que vient corroborer le constat ci-après

Accord le plus important des dernières années pour la réduction des prix des antirétroviraux dans les pays en voie de développement, l'initiative pour accélérer l'accès (IAA) a permis de faire passer ceux-ci d'un coût annuel par patient de 12 000 dollars en

2000 à 420 dollars en 2003. Lancée en mai 2000 par Onusida, en partenariat avec plusieurs agences des Nations unies et cinq entreprises pharmaceutiques (Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Glaxo SmithKline, Merck & Co et Hoffmann-La Roche), cette montagne a accouché d'une souris : en trois ans, 80 pays ont exprimé leur intérêt ; parmi ces 80 pays, 39 ont développé des plans d'action, dont moins de la moitié (19) ont finalement permis de conclure des accords avec des entreprises-le nombre de patients qui reçoivent des antirétroviraux dans ces 19 pays est inférieur à 1 %.

¹ Ce passage est tiré de l'article de German Velasquez, Coordinateur du programme d'action sur l'accès aux médicaments des pays en développement au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à Genève, paru dans Le Monde diplomatique de Juillet 2003.

Au total, cela concerne 27 000 personnes en Afrique, alors que le continent compte 30 millions de séropositifs¹ !

Les trois attitudes stratégiques précédemment décrites ainsi que les molécules inventoriées qui constituent aujourd'hui les grands enjeux médicaux, commerciaux et stratégiques entre les pays en développement et les pays industrialisés obligent les premiers à œuvrer pour un non-alignement au Nouvel Ordre Thérapeutique Mondial et au Nouvel Ordre Pharmaceutique mondial élaborés sous la houlette de l'organisation sanitaire internationale et de l'OMC.

III- LES ETATS PERTURBATEURS DE L'ORDRE PHARMACEUTIQUE MONDIAL

Un certain nombre de puissances émergentes, refusant les diktats de la politique thérapeutique très dispendieuse imposés par les pays industrialisés et confrontés à l'expansion fulgurante, incontrôlée et ravageuse des pandémies sur leurs populations, ont entrepris de créer leur propre industrie pharmaceutique nationale, basée sur la fabrication de médicaments génériques, avec pour but avoué de diminuer les coûts des soins de santé et de faire accéder les populations les plus nombreuses et les plus démunies aux thérapies les plus efficaces. Ces Etats qui ont décidé de dessiner un front uni à la fois contre le Nouvel Ordre Pharmaceutique Mondial et le Nouvel Ordre Thérapeutique Mondial et de voler au secours des autres pays en développement sont les suivants : le Brésil, le Mexique,

l'Inde, l'Afrique du Sud, l'Egypte et la Thaïlande.

Le Nouvel Ordre Thérapeutique Mondial qui s'élabore aujourd'hui sous la bienveillance de l'organisation sanitaire internationale répond à des logiques de profit, à des stratégies de domination du marché mondial du médicament et à des politiques de contrôle de l'action sanitaire dans les pays en développement. Plus concrètement, ce NOTM se caractérise par :

-l'inégal accès des populations de la planète aux traitements d'éradication des grandes endémies ou des pandémies ;

-La mise en place, dans la majorité des pays en développement, par l'organisation sanitaire internationale de politiques thérapeutiques de plus en plus exclusivement basées sur des approches médicamenteuses ou vaccinales qui renforcent la domination du marché par les grandes firmes pharmaceutiques ;

-l'abandon, sous l'influence de l'organisation sanitaire internationale, par les pays en développement des politiques des grands travaux d'assainissement et d'aménagement sanitaire ;

-la non-structuration, dans les pays en développement, de la recherche médicale et pharmaceutique basée sur les pharmacopées et les phytothérapies traditionnelles ;

-la non-prise en compte des résultats positifs de la recherche sur l'éradication des grandes endémies effectuée dans les pays en développement (cas du vaccin

contre le paludisme découvert en Colombie par le professeur Patarroyo).

C'est pour toutes ces raisons que la doctrine du non-alignement thérapeutique ou pharmaceutique élaborée dans les pays émergents de la zone intertropicale s'exprime aujourd'hui par la montée en puissance de certains laboratoires pharmaceutiques du Sud (Cipla, Ranbaxy) qui ont décidé de concurrencer les grandes firmes du Nord dans la course à la fourniture des médicaments génériques aux populations les plus démunies des pays les plus pauvres de la planète.

IV- LES ENJEUX GEOPOLITIQUES ET GEOSTRATEGIQUES LIES A LA STRATEGIE DES FIRMES PHARMACEUTIQUES DOMINANTES

Un article au titre belliciste du genre « Sida. La bataille des antirétroviraux »² dévoile des enjeux géopolitiques et géostratégiques ainsi que des objectifs stratégiques qui opposent fortement les pays industrialisés aux pays en développement :

² Jeune Afrique/L'intelligent, n°2092, du 13 au 19 Février 2001, p. 23.

¹ Idem.

Tableau N°3 : Les enjeux géopolitiques et géostratégiques liés au nouvel ordre pharmaceutique mondial

NATURE DE L'ENJEU	OBJECTIF STRATEGIQUE DES GRANDES FIRMES PHARMACEUTIQUES ET/OU DES PAYS INDUSTRIALISES	OBJECTIF STRATEGIQUE DES PAYS EN DEVELOPPEMENT
Sanitaire	Lutter contre les politiques nationales d'indépendance thérapeutique des pays en développement	Lutter contre l'expansion des endémies et pandémies et instaurer des stratégies thérapeutiques autonomes
Commercial	Contrôler le marché mondial du médicament	Procurer aux entreprises pharmaceutiques nationales des parts de marchés (notamment dans d'autres pays en développement)
Géopolitique et géostratégique	-Maintenir la division internationale inégale du travail dans l'industrie pharmaceutique entre le Nord (fabricant) et le Sud (fournisseur de mat. premières et consommateur) ; -accroître la dépendance médicamenteuse des pays en développement vis-à-vis des pays industrialisés	-briser le monopole pharmaceutique des pays industrialisés dans la production des médicaments contre les maladies tropicales ; -Produire dans la zone intertropicale des médicaments plus adaptés et plus efficaces dans le traitement des maladies tropicales

Les voies choisies par les grandes firmes pharmaceutiques et leurs pays d'origine pour atteindre leurs objectifs stratégiques conduisent à identifier clairement leur doctrine stratégique.

V- LA DOCTRINE STRATEGIQUE ET THERAPEUTIQUE DES GRANDES PUISSANCES OCCIDENTALES

Dans le contexte d'affrontement Nord-Sud qui caractérise aujourd'hui « la bataille des antirétroviraux », il n'y a pas grand

peine à identifier le ou les grands principes qui fondent toute la stratégie mise en œuvre par les grandes multinationales pharmaceutiques en vue d'atteindre leur objectif suprême de contrôle du marché mondial des médicaments. Leur doctrine fondamentale du moment semble être la non-prolifération, la non-dissémination et la non-duplication des médicaments antirétroviraux ou de tout autre type de thérapie devant conduire à l'éradication des grandes endémies tropicales. A l'opposé, il se développe simultanément dans les

puissances émergentes du Sud un principe de refus d'une division internationale du travail qui assigne aux pays en développement le rôle exclusif de consommateur de thérapeutiques non curatives élaborées dans les pays industrialisés aux seules fins d'entretenir les grandes endémies du monde tropical comme source pérenne d'activité de recherche, monopole de production des médicaments contre les maladies tropicales et fontaine inépuisable de profits. Ce refus des puissances émergentes est la poursuite logique d'un combat depuis

longtemps engagé contre le pacte colonial d'abord, puis la dépendance et le développement inégal qui continuent de caractériser les relations économiques Nord-Sud actuelles. Il en résulte que, comprendre la stratégie des firmes pharmaceutiques aujourd'hui, c'est s'interroger sur comment le mythe de la virulence des maladies tropicales a-t-il été socialement construit par les milieux coloniaux comme imaginaire valétudinaire insurmontable devant justifier l'illusion thérapeutique permanente qui gouverne aujourd'hui l'univers de la médecine tropicale d'inspiration coloniale.

VI- LES AXIOMES ANALYTIQUES DE LA GEOSTRATEGIE DU CONTRÔLE DU MARCHÉ MONDIAL DES THERAPEUTIQUES

Axiome 1^{er} :

La croissance démographique, en absence de toute politique de contrôle des naissances, est un phénomène exponentiel.

Axiome 2^e :

Toute maladie, épidémie, endémie, pandémie voit sa virulence s'atténuer dans le temps du fait de l'augmentation de l'échelle spatiale, de l'échelle numérique de sa contamination et de l'acquisition généralisée de l'immunité, passant ainsi du stade mortel de ses débuts au stade chronique de sa pérennité.

En d'autres termes, toute morbidité finit toujours par se situer entre mortalité et chronicité. C'est le stade d'équilibre où la rentabilité de l'industrie du médicament devient aussi efficace que les

politiques d'assainissement ou de couverture socio-sanitaire des Etats.

Le deuxième axiome est parfaitement corroboré par le Professeur Edmond Bertrand, Doyen honoraire de la faculté de médecine d'Abidjan et membre correspondant de l'académie de médecine, lorsqu'il analyse l'évolution historique de trois grandes épidémies antérieures en vue d'inférer sur le comportement ultérieur du SIDA :

L'histoire ancienne ou récente de la médecine nous a montré des évolutions étonnantes.

Plus de cent fois depuis l'Antiquité, la peste a répandu la terreur. Beaucoup de malades mouraient. Mais chaque fois l'épidémie régressait alors même qu'on ne connaissait ni traitement ni moyen de prévention efficaces. Des cas de peste isolés sont aujourd'hui encore observés dans le monde, y compris dans des ports européens. Personne n'en parle car la maladie est devenue facilement curable, comme j'ai pu le constater à Madagascar.

Après avoir été localisé en Asie, le choléra a ravagé plusieurs parties du monde au cours de six épidémies successives au XIX^e siècle. Celles-ci ont toutes régressé sans traitement et sans prophylaxie efficaces. Depuis les années soixante-dix, le choléra a réapparu, et on enregistre encore des milliers de cas. Mais la mortalité est négligeable lorsqu'on réhydrate les malades. Le choléra ne fait plus peur...

Et la syphilis ! Quelle catastrophe elle a été : mondiale, difficile à traiter, entraînant la

mort à moyen ou long terme après diverses complications.

Aujourd'hui des malades sont encore observés : on sait les soigner ; le plus souvent on les guérit. Peu de personnes en parlent. Or la syphilis avait mobilisé les opinions en son temps. Il est vrai que c'était une maladie faisant intervenir des symboles puissants : le sexe et la mort ! Toutes ces affections ont été gravissimes et redoutées. Et pourtant elles ont été contrôlées grâce aux connaissances acquises, aux traitements et aux moyens de prévention découverts. Probablement aussi grâce à l'acquisition par l'homme et par les sociétés d'immunités de types divers. D'où l'évolution de ces maladies selon leur « génie épidémique » (Nicolle), résultat encore un peu mystérieux des interactions entre les bactéries, les virus, les hommes et l'environnement....

Pour rester raisonnable et cohérent, on peut dire que, comme toutes les épidémies, le sida a une phase de croissance ; il aura une phase de stabilisation (avec hélas des millions de malades et de morts). Comme les autres épidémies, on peut penser qu'il aura sa phase de régression.

A partir des axiomes précédents, il est aisé de comprendre que les firmes pharmaceutiques jouent sur le temps, la contamination généralisée et la virulence atténuée. Elles attendent d'exploiter le stade de la chronicité qui correspondra à la phase de stabilisation et qui leur permettra de produire plus abondamment et de créer une gamme plus importante de molécules qui dès lors seront présentées comme capa-

bles de surmonter les résistances progressives. L'expérience du paludisme est bien là pour corroborer cette analyse. L'on sait aujourd'hui que des insecticides autrefois utiles dans l'assainissement et la prévention ont été décriés nocifs pour la santé des populations, semble-t-il plus nocifs encore que les vecteurs qu'ils combattaient pourtant avec efficacité ! De même, des efforts de découverte de vaccins dans les pays en développement n'ont-ils pas été tournés en dérision ? Tout cela aux seules fins de décourager les stratégies préventives des pays de la zone intertropicale et de privilégier l'approche médicamenteuse ; la seule qui garantisse des profits durables à la recherche et à l'industrie pharmaceutiques des pays industrialisés.

CONCLUSION

La « bataille des antirétroviraux » est la nouvelle expression de la belligérance entre les pays industrialisés et les pays en développement. Et le rapport des forces est pour le moment à l'avantage des premiers. Mais la bataille des ARV seule ne saurait déboucher sur une victoire décisive dans la guerre thérapeutique que se livrent les pays industrialisés et les pays en développement d'une part, et que les deuxièmes livrent à l'hostilité des milieux naturels tropicaux et à la précarité des conditions sociales d'un environnement humain sous-équipé d'autre part. Si le mot

malaria (paludisme) est d'origine italienne, c'est qu'il désigne une pathologie qui a sévi autrefois dans ce pays. Si elle n'y existe plus aujourd'hui, cela revient à dire que la géographie médicale italienne (ou de tout autre pays européen ayant connu le paludisme) acquiert pour les pays de l'Afrique intertropicale une valeur d'exemplarité. Quatre batailles peuvent ainsi permettre aux pays en développement de l'Afrique intertropicale de supplanter la stratégie médicamenteuse et vaccinale prohibitive des grandes firmes pharmaceutiques et le mythe de la fatalité pathologique de son environnement durablement véhiculé par les milieux coloniaux. Ces quatre batailles que les pays en développement d'Afrique doivent livrer pour mettre fin à la guerre thérapeutique sont les suivantes :

- la réalisation de grands travaux de drainage et d'assainissement des zones marécageuses où pullulent les vecteurs des grandes endémies tropicales. L'exemple d'éradication de la *malaria* en Italie et en France où elle sévissait jusqu'au 19^e siècle nous vient de l'assèchement des marais pontins, de l'aménagement de la vallée du Pô, de la Vendée, des Landes et du delta du Rhône ;

- l'amélioration de l'hygiène et de la santé publiques en éliminant les zones insalubres en milieux urbain et rural et en intensifiant les stratégies de

prévention. Comme en Europe au 19^e siècle, les villes africaines du 21^e siècle, pour concrétiser leurs conceptions hygiénistes, ont grandement besoin de pratiquer une politique du *tout-à-l'égout* ainsi que de ramassage et de traitement industriel et sanitaire des ordures ménagères et déchets industriels ;

- le développement, par le biais de la coopération Sud-Sud, d'une industrie pharmaceutique exploitant le grand potentiel de biodiversité de la zone intertropicale et mettant en exergue les pharmacopées traditionnelles et les grandes capacités techniques de la recherche phytochimique et phytothérapeutique ;

- enfin, le renforcement de la solidarité et du front uni des associations humanitaires et caritatives ainsi que des ONG de la société civile altermondialiste afin de décourager la politique unilatérale et anti-humanitaire des brevets actuellement pratiquée par l'OMC.

ORIENTATION BIBLIOGRAPHIQUE

- AUBERTIN Cathérine, VI-VIEN Franck-Dominique, Les enjeux de la biodiversité, Paris, Economica, 1995, 225 p.

- BENKIMOUN Paul, Morts sans ordonnance, Paris, Hachette Littératures, 2002, 229 P.

¹ Edmond Bertrand, *L'Afrique mourrante du SIDA ?* Jeune Afrique/L'Intelligent, N°2087, 09-15 janvier 2001, pp.30-31.

-BULARD Martine, *Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire*, Le Monde diplomatique, Janvier 2000, pp.8-9.

-GILLES Bertin, WYATT Sally, *Multinationales et biodiversité, le contrôle de la technologie mondiale*, Paris, PUF / IRM, 1986, 192 p.

-HIANCE Martin, PLASSERAND Yves, *Brevets et sous-développement, la protection des inventions dans le Tiers-Monde*, Paris, LITEC, 1972, 223 p.

-MOTCHANE Jean-Loup, *Quand l'OMS épouse la cause des firmes pharmaceutiques*, Le Monde diplomatique, Juillet 2002. pp.10-11.

-QUEAU Philippe, *A qui appartient les connaissances ?*, Le Monde diplomatique, Janvier 2000, pp.6-7.

-SANTÉ, numéro spécial consacré à la géographie de la santé en Afrique subsaharienne, Cahiers d'études et de recherches francophones, vol. 8, N° 6, Nov.-Déc. 1998, pp. 399-474.

-SCIENCE ET VIE, hors série, *La révolution du médicament*, N°218, Mars 2002.

-SEURET Franck, ALI BRAC DE LA PERRIERE Robert, *L'Afrique refuse le brevetage du vivant*, Le Monde diplomatique, Juillet 2000, p.24.

-VEASQUEZ German, *L'industrie du médicament et le Tiers-Monde*, Paris; l'Harmattan, 1983, 207p.

.....
Le profit contre la santé, Hold-up sur le médicament, Le Monde diplomatique, N° 592, Juillet 2003.