

ENJEUX n°18

Janvier - Mars 2004

**LA SANTE EN AFRIQUE CENTALE :
ENTRE LOGIQUE MARCHANDE, SERVICE
PUBLIC ET JUSTICE SOCIALE**

SOMMAIRE

Ouverture

p.3 **Permanences, Dissonances, Résiliences**, Fred Eboko

Dossier

p.7 **A propos du droit a la santé : brèves considérations théoriques**, Alain Didier OLINGA

p.11 **La lutte contre le paludisme en Afrique centrale, problèmes d’hier et d’aujourd’hui**, Jean-Paul Bado

p.16 **Géopolitique de la pandémie du paludisme au Gabon : Crise et mobilisation**, Charles M’BOUTSOU

p.20 **Persistance du commerce frauduleux de produits pharmaceutiques dans les rues des villes camerounaises : acteurs, stratégies, raisons et réseaux**, Alex MENGUE MBOM

p.27 **Interview de monsieur le ministre de la santé publique du Cameroun M. Urbain Olenguena Awono**

Tendance

p.31 **La République démocratique du Congo : Un eldorado pétrolier des années 2000 ?**
Joseph Vincent NTUDA EBODE

Bibliographies

p.33 **Pour une lecture différentielle des soins de santé**, Joseph OWONA NTSAMA

p.35 **Le paradigme de la « puissance » au scanner**, Jean Bosco OYONO

p.36 **Le deuxième conflit irako-américain : Regards du sud**, Alain Didier OLINGA

p.37 **La contribution du Cameroun a la construction d’un Espace de sécurité en Afrique centrale**, Joseph Vincent NTUDA EBODE

Prisme

p. 39 **Les travaux de Cancun : du recentrage autour des priorités de développement à la radicalisation des positions**, Achille BASSILEKIN

Ouverture

PERMANENCES, DISSONANCES, RESILIENCES

Fred Eboko, Socio-politologue, France

La problématique générale des questions de santé publique en Afrique centrale constitue un miroir à plusieurs facettes de la sous-région. Au-delà de cette dernière, c'est le couple intégration - marginalisation de toute l'Afrique subsaharienne qui peut être déconstruit, au regard des performances et des contradictions qui parcourent la tentative d'alignement du continent sur les directives internationales¹. Alors que le XX^e siècle s'était ouvert sous la tutelle coloniale et sous l'emprise de grandes endémies en Afrique centrale, le XXI^e siècle reconduit une perspective de péril sanitaire. Le paludisme est reconduit à sa toute puissante morbidité sous formes de résistances diverses, malgré les progrès thérapeutiques, la trypanosomiase (la maladie du sommeil) que l'on pensait achevée ébauche un retour atavique, tandis que le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) caracole en tête du cortège des préoccupations internationales et nationales. D'autres pathologies tardent à être traduites en politiques publiques effectives, pour des raisons qui ne sont pas liées à leurs prévalences pourtant élevées mais à des contingences anthropologiques et politiques ; c'est le cas de la drépanocytose (« les hématies falciformes »). En l'espace de plus d'un siècle, à compter du début de l'ère coloniale, ce sont aussi des permanences inégalitaires qui se donnent à voir dans chaque pays, des dissonances au niveau de *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale*² et, enfin, des tentatives tous azimuts des groupes sociaux à résister et à inventer, y compris à leur détriment, des formes de survie, des tactiques pour pallier les carences sanitaires des systèmes. Ces résiliences parcourent autant la lutte contre le paludisme que la confrontation collective et individuelle à la pandémie du sida, pour ne reprendre que deux des formes les plus achevées de la « biopolitique³ » en œuvre en Afrique centrale.

Permanences

Par la figure tutélaire du médecin militaire, c'est par un symbole de pouvoir discriminatoire que les premiers programmes de santé ont vu le jour pendant la période coloniale. Qu'ils aient été allemands, britanniques ou français, les principes édictés pour lutter contre les maladies dites tropicales visaient d'abord à protéger et soigner les administrateurs coloniaux, les militaires, puis les colons. Ensuite, les lignes d'étape de l'investissement productif à l'intérieur des terres qui furent en ligne de mire pour préserver le capital humain, la main d'œuvre dans les plantations, donc le capital tout court. Ces options de santé publique, par ordre de priorité politique et économique, concernaient autant le paludisme que les maladies vénériennes dont la prévalence attestait aussi, dès le début du XX^e siècle, de l'inéluctable échanges d'humeurs et de flux entre populations via une morbide unification bactériologique qui frappait aussi les « maîtres ». La lutte contre la trypanosomiase fut sans doute une des grandes incursions dans le champ sanitaire indigène, au-delà de la culture politique de la discrimination sanitaire promue par les administrations coloniales. Près d'un siècle plus tard,

¹ Voir Gruénais M.-E. et Pourtier R., eds, *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis, Afrique contemporaine*, n° spécial, 3^{ème} trimestre 2000.

² Gruénais M.-E., dir., *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale*, Convention MIRE/IRD n° 10/99, SHADYC, Marseille, août 2001, 201 p.

³ Selon une formule de Michel Foucault, la « biopolitique » est « *le droit de faire vivre et de laisser mourir* » ; Foucault M., *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France 1976, Paris, Gallimard-Seuil, coll. « Hautes Etudes », 1997.

l'entrée dans la troisième décennie de la pandémie du sida semble tracer certains contours de cette biopolitique planétaire. La problématique effective de l'accès aux antirétroviraux (ARV, molécules associées dans les polythérapies contre le sida) en Afrique centrale a d'abord concerné les grandes entreprises. La mortalité des cadres et des employés de ces sociétés a vite fait d'être jugée plus coûteuse que la prise en charge des travailleurs, par la reconduction du principe de préservation du capital humain et économique. L'exclusion de la majorité des patients africains de ces thérapies atteste des inégalités qui frappent l'Afrique en général mais qui distinguent aussi en son sein, d'infimes îlots de privilèges de la majorité des porteurs du VIH (dont moins de 1% en Afrique de ceux qui ont en un besoin impérieux y accède). C'est une métaphore tragique des permanences inégalitaires qui traversent le continent en général et l'Afrique centrale en particulier depuis un siècle. Contre ces continuités épidémiologiques et politiques, les organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé (OMS), prescrivent des directives et des politiques publiques aux Etats membres. Ces prescriptions verticales dans des Etats aux situations différentes produisent des configurations qui alternent des perspectives encourageantes et des dissonances significatives.

Dissonances

La pandémie du sida en Afrique subsaharienne (70% des cas recensés dans le monde) de contamination est sans doute l'illustration la plus brutale des apories internationales qui concerne le continent. Mais elle n'est pas la seule. La prévalence du paludisme et les maladies (et la mortalité) infantiles déploient aussi les drapeaux des infortunes sanitaires dont l'Afrique centrale – au sens large, du Cameroun aux Grands Lacs – n'est pas le moindre des biotopes. Si l'on considère que les politiques contre le sida en Afrique représentent un « modèle dissonant de politique publique »⁴ du fait de la verticalité des initiatives et de la relative déconnexion entre « communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique »⁵, les ripostes contre les autres grandes endémies ne sont en reste. De la Conférence d'Alma Ata à celle d'Arare, passant par « l'initiative de Bamako », c'est toute la question de la régulation politique et économique des systèmes de santé dans les pays en développement qui s'est posée, pour le bénéfice du plus grand nombre sans faire implorer les systèmes publics de santé déjà mis à mal par les crises budgétaires des Etats⁶. Au cas par cas, plusieurs constatations tracent les principales contradictions. Par exemple, les actions locales de santé (les systèmes de soins confessionnels par exemple au Cameroun) relèvent de dynamiques qui leur sont propres. Elles transcendent quelques fois les directives étatiques et internationales ; c'est le cas des initiatives confessionnelles, au Cameroun qui couvrent, avec un succès probant auprès des populations locales, des territoires (régions synodales par exemple) sans lien avec l'avènement des cartes sanitaires édifiées par les institutions. Or dans les dispositions internationales, ce « district » est sensé devenir l'unité de base de tout l'édifice. Toujours au Cameroun, le pays doit à des initiatives d'apparence contradictoire du point de vue du droit international, la baisse des prix des ARV la plus spectaculaire que connaisse aujourd'hui l'Afrique subsaharienne. En effet, de l'année 2000 à nos jours, des accords avec les laboratoires fournisseurs de génériques aux laboratoires pharmaceutiques détenteurs de brevets sur les ARV, les autorités sanitaires semblent avoir opté pour la signature de tous les

⁴ Kerouedan D. et Eboko F., *Politique publique du sida en Afrique*, Bordeaux, CEAN, Travaux et Documents, n° 61-62, 1999, 73 p.

⁵ Gruénais M-E., « Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique », In Hours B., dir., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, coll. « Médecines du Monde », 2001 : 67-85.

⁶ Voir Okalla R., « L'évolution des systèmes de santé en Afrique centrale », in Gruénais M.-E., *rapport cité*. pp. 2-15.

accords susceptibles de favoriser la plus grande accessibilité possible aux ARV. Résultat : depuis le 1^{er} janvier 2004, les patients adhérents aux réseaux thérapeutiques en question peuvent bénéficier d'une trithérapie pour sept mille francs CFA par mois. Pour ce faire, il a fallu transcender et adapter les contingences internationales au défi épidémiologique local (le Cameroun avec 12% de taux de séroprévalence est le pays d'Afrique où l'épidémie à VIH a progressé le plus vite ces dernières années). Autre grande dissonance au niveau de l'Afrique centrale et pas des moindres : les indicateurs économiques très inégaux d'un pays à l'autre dans la sous-région n'ont pas de traduction proportionnelle en ce qui concerne les performances sanitaires. Le PIB du Gabon est plus de dix fois supérieur à celui de la RCA et huit fois supérieur à la moyenne de celui de la RCA et du Cameroun. Pour autant, la différence entre les niveaux de mortalité maternelle par exemple n'est pas statistiquement significative d'un pays à l'autre. Il n'y a sans doute pas meilleur exemple pour signifier la dissonance entre les richesses et l'accès aux ressources via les systèmes de santé de ces pays aux potentiels si différents (voir tableaux).

Résilience

Au bas de l'échelle sociale et sanitaire, c'est-à-dire le lieu où se situe la majorité des groupes sociaux, il s'agit de résister à tous ses chocs épidémiologiques et à inventer au quotidien des formes de survie : des résiliences sanitaires. Qu'il s'agisse de patients atteints par le VIH/sida, avec ou sans trithérapies, qu'il s'agisse de résister aux assauts du paludisme ou à gérer en communautés les cas de drépanocytose, c'est aussi avec la marge du système que composent les individus, comme le font quelques Etats à la marge du désordre international. La prolifération des médicaments de contrebande, les itinéraires thérapeutiques qui vont du recours au religieux jusqu'à l'hôpital public, en passant par les médecines traditionnelles, sont aussi les modalités de l'intégration/désintégration de l'Afrique face à des relations internationales en pleine recomposition qui n'assurent pas à l'Afrique la place que les Africains exigent de plus en plus. Sous la crise, la colère monte ; sous les signatures internationales, la dissidence afro-centrique menace avec des dérives potentielles sous-estimées. L'Afrique est en marche, forcée ou volontaire, l'Afrique centrale avec elle. Vers des desseins qui cumulent des permanences, des dissonances et des résiliences.

Données sur la situation des pays

Tableau 1 : Les pays de la sous-région Afrique centrale (1995)

Pays	Population (en milliers d'habts)	PIB par hbt. (US\$)	Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes	Espérance de vie à la naissance (années)
Guinée équatoriale	400	440	111	49
Cameroun	13.288	570	56	56
Gabon	1.098	3.820	89	54
Tchad	6.448	160	117	48
République centrafricaine	.275	350	97	49
Congo	2.633	610	90	51

(Source : Banque Mondiale, 1995). Cité par Raphaël Okalla (2001).

Tableau 2 : Données comparatives des trois pays à l'étude (1997)

	Cameroun	Gabon	RCA
Superficie	475000 Km ²	267000	623000
Population	14305000	1167000	3485000
espérance de vie (femmes)	56	54	47
espérance de vie (hommes)	53	51	43
Taux mortalité infantile	74	87	98
Taux de mortalité maternelle	550	500	700
IDH	0.468 (133)	0.562 (120)	0.355 (151)
PIB	570	3820	350
Nombres d'habitants / médecin	13513	2758	26000
Sages-femmes	200000	2692	17000
Pharmacie	230645	24755	388 888
Niveau central	MSP	MSPP	MSPP
Niveau intermédiaire	10 Provinces	10 Régions	5 Régions
Niveau périphérique	135 districts	50 départements	16 Préfectures
Nombre moyen d'habitants/district	105 962	23 000	217 812
Financement de la santé sur le budget national	31.322.000.000	34.734.000.000	3.098.528.000
Financement sur fonds publics de la santé par habitants (en F cfa)	2189	29763	889

(Sources : OMS, UNICEF, PNUD, documents des ministères) ; Cité par Raphaël Okalla (2001).

A PROPOS DU DROIT A LA SANTE : BREVES CONSIDERATIONS THEORIQUES

Par Alain Didier OLINGA, IRIC/FPAE

Le droit à la santé est un droit de l'homme clairement énoncé dans les textes internationaux acceptés par les Etats d'Afrique centrale, textes incorporés dans leurs ordres juridiques respectifs. Il s'agit même, à maints égards, d'un droit fondamental, si du moins l'on entend par cette locution, non seulement un droit consacré par la constitution et bénéficiant d'une protection constitutionnelle, un droit dont l'importance est telle qu'il ne peut bénéficier en droit que d'une telle qualification, mais aussi un droit particulièrement utile pour la survie et la dignité de son bénéficiaire. La fundamentalité d'un droit procéderait ainsi non seulement de sa source normative, de la protection dont il bénéficie, mais aussi de son importance objective pour la personne humaine. Il est donc compréhensible que le droit à la santé soit consacré dans des instruments obligatoires souscrits par les Etats. Cette circonstance, toutefois, n'est pas suffisante pour assurer à ce droit sa pleine effectivité de manière générale, en Afrique centrale en particulier. Il en est ainsi du fait d'abord de la relative difficulté théorique à circonscrire le contenu conceptuel du droit à la santé, du fait ensuite des imperfections de la garantie de ce droit au plan normatif, et surtout du fait de l'environnement socio-économique des sociétés politiques d'Afrique centrale, sans oublier la responsabilité des individus et des communautés dans la réalisation du droit à la santé.

Le droit à la santé, un droit au contenu conceptuel complexe

Autant il est aisé, par expérience quotidienne, de se représenter ce qu'est l'état de santé notamment quand on l'a perdu, autant il est complexe de préciser ce qu'est le droit à la santé. Ce droit « à », qui se distingue d'un droit « de », est décliné de différentes manières dans les instruments relatifs aux Droits de l'Homme. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme n'évoque pas du tout, en tant que tel, le droit à la santé, mais plutôt le fait que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille (...)* » (article 25 alinéa 1). La santé, dans cette perspective, n'est pas un bien disponible que l'on peut octroyer ou retirer à un individu ; elle est la conséquence d'une existence reposant sur des moyens minimums incompressibles, qui constituent ce « *niveau de vie suffisant* ». Assurer sa santé est une responsabilité de la personne ; en revanche, ce qu'il faut lui octroyer, c'est le cadre lui permettant de jouir d'un niveau de vie suffisant. Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ratifié par tous les Etats d'Afrique centrale, énonce à son article 12 alinéa 1 que « *les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». C'est exactement la même formulation que retient l'article 16 alinéa 1 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples. Ce libellé est important et consacre pleinement le fait que la santé de l'individu dépend pour l'essentiel de sa capacité d'action, de son sens de l'initiative, de son dynamisme. Parce que ceux-ci ne peuvent être les mêmes d'un individu à un autre, le droit à la santé ne peut avoir le même plafond pour tout le monde. Cette approche est, d'un point de vue idéologique, absolument libérale, dans la mesure où le socle de la réalisation du droit à la santé n'est pas d'abord dans la prise en charge de la société par l'Etat-Providence, mais l'aptitude à la lutte des individus. C'est pour consacrer définitivement cette perception que le discours relatif à la santé se décline de moins en moins en termes de « *droit à la santé* » mais plutôt en termes de « *accès aux soins* ». Ce qui change radicalement la problématique : il ne s'agit plus d'accéder à la santé, ce qui du reste n'a guère de sens, mais plutôt d'accéder à des instruments qui, mobilisés

par l'individu, peuvent lui permettre d'atteindre et de préserver sa santé. La question du droit à la santé revient ainsi à organiser l'accessibilité à ces instruments dont la disponibilité quantitative, qualitative et spatialement ventilée avec équité aura déjà été assurée préalablement.

Le droit ainsi décliné comporte pour les Etats une responsabilité particulière, qui est celle de mettre en place des dispositifs d'accessibilité des soins, celle de créer « *les conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* » (art.12 alinéa 2d du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels). Ces conditions sont devraient viser à encourager l'initiative en matière de création de centres de santé, à faciliter l'accès aux produits médicamenteux, à éduquer et informer les populations, à fournir de la part de l'Etat un minimum sanitaire à tous, en particulier aux plus nécessiteux. Cette exigence est impérative pour les Etats d'Afrique centrale, confrontés à la grande pauvreté et dont les populations n'ont été nullement préparées au retrait ou à l'effondrement de l'Etat social hérité de la colonisation et à l'ombre douillette duquel ils avaient longuement vécu. Cette idée de *paquet sanitaire minimum* est, dans l'optique de la réalisation du droit à la santé, celle qui doit être creusée et approfondie, pour que l'exclusion par rapport à la santé ne soit pas la ligne de passage de la fracture sociale, de la fracture citoyenne. Dans cette tâche d'approfondissement conceptuel, la jurisprudence de la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des peuples est d'une utilité certaine, dans la mesure où elle a permis de dégager des obligations sociales minimums de la part des Etats, indépendamment de leur situation économique et sociale. Elle a déjà dégagé le contenu minimum du droit du logement ; on pourrait également objectiver le contenu minimum du droit à la santé, qui pourrait se ramener à l'accès intangible et permanent aux soins de santé primaire. Là se situe le noyau intangible du droit à la santé, dont il faut assurer la garantie.

Un droit de garantie juridique difficile

Le droit à la santé fait partie de la galaxie des droits économiques, sociaux et culturels, dont l'une des caractéristiques fâcheuses est la faible justiciabilité, du moins par rapport aux droits civils et politiques. Bien que cela soit inévitable d'un point de vue logique, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a clairement énoncé que les obligations qui pèsent sur les Etats en matière de garantie desdits droits seront exécutées « *au maximum des ressources disponibles* » et cela de manière *progressive*. Conditionnalité économique et progressivité sont au cœur du programme normatif des de cette catégorie de droits. A priori, à obligations souples correspond un contrôle minimum, notamment par la voie des rapports périodiques, dont l'examen est insusceptible d'aboutir à une condamnation. L'action des organes internationaux de contrôle est donc, par principe, une action d'accompagnement vigilant, critique et pédagogique des efforts fournis sur le plan national. Toutefois, sans remettre en cause cette dynamique de progressivité, le principe de l'indivisibilité des droits a conduit la Commission africaine des droits de l'homme à retenir une jurisprudence audacieuse en matière de droits sociaux, qui relativise la portée de l'argument économique que peuvent tenter d'utiliser les pays en voie de développement. On peut se référer ainsi à la décision rendue par la Commission de Banjul dans l'affaire 241/01, Purohit et Moore c/ Gambie, mai 2003, et notamment à son paragraphe 84 ainsi libellé : la Commission africaine « souhaiterait (...) préciser qu'elle est consciente du fait que des millions de personnes en Afrique ne jouissent pas du droit à un meilleur état de santé physique et mentale qu'elles soient capables d'atteindre, parce que les africains sont en général confrontés au problème de la pauvreté qui les rend incapables de fournir les équipements, infrastructures et ressources qui facilitent la pleine jouissance de ce droit. En

conséquence, ayant dûment tenu compte de ces circonstances tristes mais réelles, la Commission africaine souhaiterait lire dans l'article 16 l'obligation, de la part des Etats parties à la Charte africaine, de prendre des mesures concrètes et sélectives tout en tirant pleinement profit des ressources disponibles, en vue de garantir que le droit à la santé est pleinement réalisé sous tous ses aspects, sans discrimination d'un quelconque nature ». Cet énoncé un peu alambiqué dit, à notre sens, trois choses :

- 1) la situation de pauvreté des Etats africains a un effet objectivement incapacitant pour leurs efforts de réalisation du droit à la santé ;
- 2) cependant, la situation de pauvreté ne peut jamais être absolue pour un Etat et celui-ci dispose toujours d'un minimum de moyens pour engager des politiques sociales, fussent-elles sélectives ;
- 3) dans la mise en œuvre de ces politiques sectorielles, les Etats doivent s'assurer que tous y ont accès de manière non discriminatoire.

C'est dire que la réalisation du droit à la santé implique une responsabilité de la puissance publique, que doivent soutenir les efforts de la communauté internationale.

Responsabilité de l'Etat, responsabilité de la communauté internationale

L'Etat est, en premier, responsable de l'organisation de l'offre de santé sur son territoire national. C'est l'un des volets, sinon le pivot, de la politique de santé publique. Il lui appartient d'organiser la politique de prévention et de lutte contre les maladies, d'organiser la carte sanitaire de manière à permettre une accessibilité concrète des soins de santé, de pourvoir à la formation du personnel, bref de fournir l'essentiel de l'infrastructure sanitaire de base, sans aucune discrimination. Il s'agit d'une responsabilité démocratique, d'autant plus impérieuse pour le cas du Cameroun que cet Etat se définit dans sa constitution comme une « république sociale ». Or, si l'on considère le cas de ce pays, bien que des efforts soient fournis, la couverture sanitaire du pays reste absolument insuffisante, contraignant des franges entières de la population à vivre hors du système médical formel et à s'abandonner à la débrouillardise et au mysticisme. Ce qu'il faudrait pour le Cameroun, c'est un véritable bond en avant sanitaire, qui suppose un meilleur arbitrage dans les conflits de priorités en matière de santé publique et une politique du prix du médicament en officine qui ne pousse pas les populations désargentées vers la médecine du trottoir qui alors, même combattue, ne pourrait que prospérer allègrement. Il en est de même du coût des prestations des services de santé, dont la différence avec les prestations d'autres entités est étonnante, à l'instar des prestations la Croix-Rouge Camerounaise souvent de tarif plus abordable que les mêmes prestations dans des établissements sanitaires publics. Une étude récente est éloquent à ce sujet¹. L'Etat devrait œuvrer à une meilleure péréquation sur le terrain du prix du médicament. L'Etat devrait éviter une politique erratique des projets, structures budgétivores entretenant plus souvent coteries et clientèles que productrices de biens de santé. La responsabilité des Etats n'aurait évidemment pas de sens si ces Etats sont en situation de conflits ou de déliquescence politique avancée. Le rapport de Roberto Garreton, Rapporteur spécial sur les droits de l'homme en RDC, publié en 1999 montre les désastres involontaires ou délibérés que la situation de guerre peut avoir sur la santé. (Voir Doc. E/CN/1999/31 du 8 février 1999, P.27).

La santé ayant été érigée en bien public global, la responsabilité des organisations internationales, régionales ou universelles, est interpellée. Les Etats d'Afrique centrale, au-delà de l'OCEAC, devraient songer à une meilleure coordination de leurs politiques

¹ Ada, Sandrine. « L'influence de la Croix-Rouge Camerounaise sur la politique de santé de l'Etat » Mémoire de Maîtrise, Faculté des Sciences Sociales et de Gestion, UCAC, Yaoundé, Novembre 2002.

sanitaires. Le moustique n'a pas de frontière, tout comme le virus Ebola qui sévit de manière récurrente au Gabon, tout comme le bacille du choléra ou le virus de la méningite. De plus, l'action des partenaires au développement pourrait être plus efficace si elle est menée au niveau sous-régional et non au niveau des Etats pris isolément. Bien entendu, il est important que la synergie soit bonne entre les politiques de santé de nos Etats et les initiatives des bailleurs de fonds ², notamment lorsque la santé rentre dans le paquet d'éléments devant servir à atteindre le point d'achèvement de l'initiative PPTE. La santé figure en effet au Cameroun parmi les déclencheurs du point d'achèvement, avec l'augmentation du taux de vaccination, la distribution des moustiquaires imprégnées, le recrutement du personnel, la lutte contre le VIH, entre autres. Il faut espérer que le droit à la santé ne deviendra pas seulement une question de chiffres, de statistiques mobilisées à des fins tout autres que la satisfaction, au quotidien, des besoins en santé des populations. Ce serait une criminelle escroquerie citoyenne, en termes de morale politique, si de simples tours de passe-passe statistiques devaient conduire à atteindre le point d'achèvement, sans mutation sensible de la situation sanitaire sur le terrain. La Banque Mondiale aurait ainsi encouragé une politique de l'apparence, au grand dam de la réalisation du droit à la santé.

La responsabilité de la communauté internationale en matière d'accès aux soins des populations vulnérables d'Afrique centrale implique également la concrétisation de la Déclaration du Millénaire adoptée le 8 septembre 2000, en ce qu'elle engage les chefs d'Etat et de gouvernement à « *encourager l'industrie pharmaceutique à rendre les médicaments essentiels plus largement disponibles et abordables pour tous ceux qui en ont besoin dans les pays en développement* ». Mais ces initiatives superstructurelles ne pourraient faire l'économie de l'action des citoyens à la base.

Quelle responsabilité citoyenne ?

La santé, bien public (et déjà bien public global), est d'abord un élément du bien-être individuel, de la dignité de la personne humaine. Si l'Etat doit lutter contre les grandes endémies, les épidémies, veiller à l'hygiène industrielle, veiller à la salubrité publique, dans quelle mesure peut-il être comptable de l'hygiène individuelle, de l'hygiène de proximité, etc? Si les campagnes d'hygiène et de salubrité peuvent être l'affaire des autorités administratives, des comportements responsables de la part des citoyens sont impératifs. Le cas des maladies liées à la consommation des drogues et substances psychotropes est topique à cet égard, la consommation à grande échelle de l'alcool (y compris l'africa gin plus connu au Cameroun sous le nom d'*Odontol*) aussi. La sensibilisation du citoyen quant à sa responsabilité première dans la préservation de sa santé est le commencement de la réalisation du droit à la santé. Car, si à la pauvreté, à la sous-alimentation, à l'insalubrité devait s'ajouter l'inconscience, le discours sur le droit à la santé pour des masses de personnes tournerait à vide et ne serait bon que pour des campagnes, à commencer par des campagnes électorales. Alors, hélas pour elles, le droit à la santé des pauvres serait, effectivement, un « *pauvre droit* », un droit illusoire.

² Bachirou, « L'intervention de la Banque Mondiale dans la politique de santé au Cameroun ». Thèse de doctorat de 3^e cycle en Relations internationales, IRIC, Université de Yaoundé II, septembre 2003.

LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN AFRIQUE CENTRALE. PROBLEMES D'HIER ET D'AUJOURD'HUI

Par Jean-Paul Bado, Historien, Institut d'Etudes Africaines / SHDYC (France)

Maladie ancienne en Afrique, le paludisme dont le symptôme le plus connu est la fièvre a toujours constitué une menace pour la santé des populations. Il constitue la première cause de mortalité chez les enfants, et la première cause de morbidité chez les adultes et en particulier chez les femmes enceintes. Il est aussi la première cause de consultation dans les structures de soins en Afrique. Egalement cause d'absentéisme, cette affection parasitaire continue d'influer négativement sur l'agriculture, les transports, l'industrie, l'éducation et donc sur l'économie des pays déjà éprouvés par d'autres affections, mais aussi sur les budgets des ménages les plus pauvres. Le traitement de cette pathologie s'est compliqué avec le développement des résistances à certains antipaludiques, et la médecine hésitante quant aux mesures les plus appropriées pour endiguer les infections palustres, est mise à rude épreuve. S'intéresser à l'étude des luttes contre cette parasitose équivaut à chercher à identifier comment les autorités coloniales et celles issues des indépendances s'y sont prises pour la combattre. En fait, la lutte "moderne" contre le paludisme a tout d'abord été marquée par l'isolement de la quinine, alcaloïde actif du quinquina par Pelletier et Caventou en 1820, utilisée pour protéger les soldats français lors de la campagne d'Algérie en 1830, et puis par l'identification du germe pathogène du paludisme par Alphonse Laveran en 1880, suivi de la découverte du rôle d'agent vecteur joué par l'anophèle. Trois grands axes peuvent être retenus dans la lutte contre le paludisme en Afrique centrale. Tout d'abord la politique des «îlots vierges de moustiques», ensuite le «temps de la quinine», enfin celui du «Dichloro-Diphényl-Trichloréthane (DDT) et du programme «d'éradication ou de pré-éradication»».

La politique des «îlots» vierges de moustiques

La politique des «îlots» indemnes de moustiques a débuté avec la reconnaissance par le monde scientifique du rôle de vecteur des insectes, de l'action pathogène des espèces plasmodiales et du succès, bien que relatif, de la quinine pour prévenir et soigner les accès palustres. Pour que les terres tropicales, plutôt l'Afrique ne soit plus le «tombeau de l'homme blanc», deux méthodes de lutte furent appliquées: la prophylaxie culicifuge ou offensive souvent qualifiée de «guerre aux moustiques», et la prophylaxie défensive. Dans la chasse aux moustiques, les services d'hygiène et de voirie des agglomérations urbaines comblaient les flaques d'eau et les vieux puits, procédaient au pétrolage et au mazoutage des marécages et des cours d'eau non «drainables» en les recouvrant de sciures de bois imprégnées d'huile afin d'étouffer les larves et d'empêcher les anophèles de se reproduire. Certains personnels visitaient les habitations pour contraindre leurs occupants à couvrir les récipients et à détruire tous les objets pouvant servir de gîtes aux anophèles. En fonction du nombre de manœuvres employés, certains centres urbains décidaient l'assèchement des marais. Comme insecticides, ces services disposaient de soufre, de formol, de poudre de pyrèthre, de la fumée de tabac, de camphre, de l'acide phénique, de la quinoléine et du crésyl. Bref tout ce qui permettait d'anéantir les moustiques, leurs œufs et leurs larves était employé. Dans les localités démunies de service d'hygiène et de voirie, les chefs de villages étaient tenus de faire boucher les trous, en particulier les anciennes carrières d'extraction de terre, et d'interdire d'en creuser d'autres. Il fallait rendre les villages salubres. On conseillait aussi des techniques particulières de culture pour éviter la création de gîtes à moustiques dans les zones champêtres. En

principe, les jardins potagers et les élevages de cochons étaient bannis des agglomérations urbaines. La lutte fut âpre à Douala contre les cochons qui essaïmaient les rues et creusaient des trous presque partout. Certains habitants refusaient de suivre les consignes d'hygiène urbaine et souvent court-circuitaient les autorités sanitaires en usant de leurs relations politiques. Quant à la prophylaxie défensive qui s'adressait initialement surtout aux Européens, elle se fondait d'une part sur le choix du site de l'habitation, si possible en hauteur et bien ventilée, et d'autre part sur la protection contre les piqûres des moustiques par l'installation de grillages métalliques en fer galvanisé ou en laiton sur les portes et les fenêtres. L'usage des moustiquaires était vivement recommandé pour les Européens, ainsi que la prise de la quinine baptisée «quinine d'État» dont la distribution restait néanmoins restreinte. Lorsque les moustiquaires commencèrent à être répandues chez les Africains, elles devinrent souvent des lieux d'appât pour les moustiques qui s'y agglutinaient. Par exemple dans la localité de Garoua, les chercheurs purent récolter jusqu'à 100 anophèles femelles gorgées de sang -surtout des *Anopheles gambiae* et *funestus*-, par moustiquaire.

Le «temps de la quinine»

La période dite «temps de la quinine» correspond à la volonté de chaque puissance coloniale d'assurer sa propre production de quinine en s'affranchissant de la Kina-Bureau hollandaise détentrice du monopole de production. Cette société maintenait des prix élevés grâce à une production maîtrisée, soit 1000 à 1200 tonnes par an -(743 tonnes en 1941-) -alors que la Commission Balfour de la Société des Nations évaluait à 20 000 tonnes les besoins en quinine pour les 600 à 700 millions de personnes impaludées sur la Planète. De plus, les puissances colonisatrices, ainsi que la Russie et les États-Unis d'Amérique, ne voulaient plus souffrir des pénuries provoquées par l'occupation allemande des Indes néerlandaises, zones de production de quinquina. Les Anglais se mirent à produire des plantes à quinquina en Indes et au Tanganyika (actuelle Tanzanie). La Belgique planta des arbres à quinquina au Congo à travers la société Congo-kina qui tenta d'influer sur les décisions de l'Assemblée mondiale de la santé davantage favorable aux antipaludiques de synthèse. Le Portugal s'investit en Angola et à Sao-Tomé. Quant à la France, elle créa une commission du quinquina juste à la veille de la deuxième guerre mondiale pour assurer son indépendance. Un programme d'expérimentation agricole et médicale, et d'extension de la culture du quinquina avait commencé à donner des bons résultats. La *Cinchona Ledgeriana* et la *Cinchona succirubra* furent retenues comme arbres pour produire la quinine. Outre, l'Indochine, Madagascar et l'Afrique occidentale française (Sérédou dans le Fouta Djallon en Guinée et Man en Côte d'Ivoire), la France entreprit de produire la quinine au Cameroun dès 1922 en raison des conditions topographiques, climatiques et agrologiques favorables à la quinquina. De 1930 à 1942, elle installa de nouvelles stations expérimentales à Fong, Donera, Dschang et Bansa sur le haut plateau du pays Bamiléké. En 1939, 10 hectares de quinquinas variés s'y trouvaient, ainsi que 40 000 pieds de cet arbre distribués à des Camerounais. En 1940-1941, période la plus pénible à cause des rationnements et des ruptures dus à la guerre, le protectorat Camerounais s'équipa d'un laboratoire de quinquina moderne doté d'un extracteur qui permettait de traiter 40 kilos d'écorces avec un rendement de 240 gr de quinine. La modernisation de la production au Cameroun devait permettre à brève échéance d'approvisionner toute l'Afrique française. En 1947, on prévoyait de produire 22 tonnes, ce qui était loin de satisfaire les besoins estimés déjà à 65 tonnes en 1940. Simultanément à cette production, la France et les autres puissances européennes menèrent des recherches en laboratoire pour la fabrication d'antipaludiques de synthèse, car la quinine s'éliminait vite de l'organisme -moins de vingt quatre heures après son absorption- ce qui obligeait à une cure constante. Aussi, elle présentait de nombreux effets secondaires sources de son rejet par

beaucoup de personnes porteuses des parasites de la malaria. Enfin, la mise en place d'une politique préventive efficace exigeait que la France disposât de 10 tonnes de quinine par jour (soit 3 660 tonnes par an). Pour la seule population infantile qui comptait le plus de victimes, il fallait un millier de tonnes. Tout comme la Belgique, la Grande Bretagne et le Portugal propriétaires des colonies en Afrique centrale, la France et ses colonies ne disposaient pas de budgets suffisants pour engager une véritable chimioprophylaxie contre le paludisme, d'autant moins que la découverte du cycle du parasite dans l'organisme militait en faveur d'antipaludiques plus efficaces. En somme, jusqu'à la découverte des antipaludiques de synthèse en 1945 et surtout la redécouverte des effets insecticides du DDT, la lutte contre le paludisme en Afrique centrale fut empirique, désorganisée, voire aléatoire.

Le temps du DDT et celui du programme «d'éradication ou de pré-éradication»

La période du «DDT et du programme «d'éradication»» marque l'entrée en scène de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) créée en 1948. Expérimenté en Italie en 1946 par la Fondation Rockefeller, le DDT s'est montré un excellent insecticide. Les succès remportés en Corse renforcèrent l'idée que l'on pouvait entreprendre une campagne antipaludique à grande échelle en Afrique centrale où les structures d'exécution fonctionnaient déjà, notamment le services général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP) créé en 1945 dont dépendait la section antipaludique. Lors de la conférence internationale sur le paludisme tenue à Kampala en Ouganda du 29 novembre au 7 décembre 1950, l'OMS fit de cette parasitose sa priorité en engageant une action planétaire pour l'éradiquer. La volonté de l'OMS se fondait sur les succès enregistrés en Europe méditerranéenne, dans l'île Maurice et en Afrique même à Ilaro au Nigeria et dans la région minière du Haut Katanga, où suite aux pulvérisations d'insecticide à effets rémanents et de lutttes antilarvaires, les taux de morbidité et de mortalité infantile avait considérablement baissé, et le nombre d'*A. gambiae* et *A. funestus* avait diminué de 90 pour cent. L'absentéisme avaient beaucoup reculé, ce qui favorisait la productivité. Les médecins avaient remarqué un meilleur état général de bien être chez les habitants. Il faut cependant retenir que les pays d'Afrique au Sud du Sahara avaient été écartés des plans de l'OMS. Leurs experts instruits par leurs expériences de terrain, avaient mis en garde lors de la conférence mondiale de la santé tenue à New York contre l'optimisme ambiant des délégués surtout américains qui prévoyaient une éradication rapide du paludisme de la surface du globe au plus tard en 1962. Ils avaient constaté la capacité d'adaptation des anophèles et avaient de ce fait exigé qu'on n'employât pas le mot «éradication» mais celui de «lutte» pour caractériser les campagnes antimalariennes engagées en Afrique. Dès 1948, l'OMS et le fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) purent intervenir dans la lutte antipaludique organisée au Cameroun. La France à travers son secrétaire d'État à l'Outre-mer refusa leur implication dans celle engagée en AEF en invoquant les dépenses supplémentaires que cela allait engendrer. En fait, l'OMS et l'UNICEF que le Haut Commissaire de la France en Afrique équatoriale française (AEF) considérait comme une «vache à lait» pour optimiser les programmes sanitaires disposaient de peu de moyens. Au Cameroun, la politique antipaludique commença à fonctionner grâce au service d'hygiène mobile et de prophylaxie à partir du deuxième semestre de 1947 avec la chimioprophylaxie, -(soit des essais thérapeutiques à grande échelle pour les firmes pharmaceutiques-), qui s'est traduite par la distribution de prémaline et de nivaquine essentiellement en milieu scolaire, et étendue par la suite aux enfants et nourrissons. De 1948 à 1950, 11 284 500 comprimés d'une valeur de 10 636 000 francs CFA furent distribués. La prise de ces remèdes firent fléchir la morbidité chez les Européens et chez les écoliers. La consommation de la quinine, déclina au profit des antipaludiques de synthèse. Outre la chimioprophylaxie, il y eut des lutttes antilarvaires et imagocides grâce à l'extension des

terrains à bâtir dans les agglomérations urbaines, surtout à Douala dont la population tripla en 5 ou 6 ans. Ainsi que l'écrivait le Directeur du Service d'hygiène mobile et de prophylaxie (SHMP) au Cameroun qui préférait davantage l'éducation des mères qui seules capables de répercuter l'action sanitaires sur leurs descendance, les villes de Douala et de Yaoundé autrefois étroites et ceinturées de marécages purent s'agrandir et s'étendre sur plusieurs hectares en 1951. Kribi, Edéa, Ebolowa, Bafoussam, Foumban et Ngongsamba furent assainies, ainsi que les villages insalubres proches des centres urbains. Par contre, ces mesures échouèrent dans les zones rurales. Pour accélérer cette campagne anti-moustiques, un médecin spécialiste de la question fut dépêché dans le protectorat. A partir de 1954 jusqu'en 1960, un programme pilote d'éradication fut appliqué dans le Département du Nyong et Sanaga autour de Yaoundé où 195 000 personnes furent mis à l'abri des manifestations palustres. De 1953 à 1959, une autre zone pilote fonctionna au nord dans le Département du Diamaré pour protéger 390 000 habitants grâce aux «house spraying» et aux luttes antilarvaires avec des insecticides DDT. Avec la marche vers les indépendances, la lutte contre le paludisme devint difficile à cause des revendications syndicales et de la désobéissance civique, ainsi que des rivalités entre les responsables des services de santé. L'autre obstacle aussi signalé en AEF est la rivalité entre services spécialisés et ceux de l'Assistance médicale africaine (AMA). La période des indépendances favorisa l'influence de l'OMS qui interdit la pulvérisation dans certains secteurs autour de la zone pilote de Yaoundé de peur de faire augmenter la population d'anophèles résistant aux insecticides. Un plan quadriennal fut signé avec l'OMS et l'Unicef. au début des années 1960 qui permettait l'intensification de la "pré éradication" en se basant sur les données épidémiologiques. Malheureusement, la résistance des anophèles aux insecticides assombrit cet espoir de "pré éradication", en dépit de l'investissement par le "Fonds spécial pour l'éradication du paludisme" de 64 760 dollars US entre 1958 et 1960. Un autre plan quadriennal était en cours de préparation au début des années 1960 entre l'Etat Camerounais et l'OMS.

Avant 1949, la lutte contre le paludisme en AEF était dispersée. L'AMA, le SGHMP et les médecins hospitaliers agissaient sans concertation. Un plan que le Fonds d'investissement pour le développement économique et social (FIDES) allait financer à hauteur de 8 millions 915 mille francs CFA, fut proposé dès 1949 pour favoriser une synergie des efforts et surtout permettre d'exploiter les nouveaux moyens de lutte (-insecticides et médicaments de synthèse-), et d'optimiser la prévention et les traitements. Une fois remanié, ce plan fut appliqué dès juillet 1950. La fédération fut divisée en deux zones dépendant de deux bases opérationnelles :le Secteur nord à Fort-Lamy (actuel Ndjaména), et le Secteur sud à Pointe-Noire au Congo. Le premier devait traiter Fort-Lamy lui-même, et les sous centres de Fort-Archambault, Bangui et Bouar. Quant au second, outre Pointe-Noire, il s'occupait du traitement des sous-centres de Libreville, Dolisie et Brazzaville. Un médecin du service antipalustre qui avait fait ses preuves en Corse, fut chargé de diriger chaque secteur. La priorité visait une prophylaxie efficace voire une éradication de l'endémie dans les zones urbaines. Comme la majorité des personnes souffrant d'accès palustres était des enfants âgés de un à quatre ans chez qui la maladie entraînait la mort, le programme de lutte fut axé comme au Cameroun sur la chimioprophylaxie à travers la distribution de nivaquine, chloroquine, flavoquine, quinimax en injection. En ce qui concerne les insecticides, seul le service urbain d'hygiène de Brazzaville les utilisèrent pour les quartiers de Poto-Poto et Bakongo. Les services antipaludiques utilisèrent les avions mais leur maniement était difficile. En 1951, l'AEF disposait de 17 pulvérisateurs à grande puissance sur remorque et de 250 pulvérisateurs à main, ainsi que des camions, camionnettes et véhicules spéciaux (6 Power-Wagon) ce qui était insuffisant. Il était prévu de traiter Brazzaville, Pointe-Noire, Bangui, Ndjaména, Libreville, Port-Gentil, Fort-Archambault, Dolisie, Bouar, Moundou, Bambari, Berbérati, Mouila , soit une surface de 30,54 kilomètres carrés sur les 2 510 000

kilomètres carrés de superficie de l'AEF. Même en excluant la partie saharienne du Tchad, les 30,54 kilomètres carrés constituaient un îlot. Ainsi qu'il est écrit dans le rapport de 1951, vouloir s'engager dans l'éradication effective de la parasitose dans l'ensemble de la fédération était voué à l'échec à cause de l'immensité du territoire disposant de peu de voies de communications, qui plus est souvent inutilisables en saison humide période du pullulement des anophèles vecteurs. Le pays était très peu peuplé ce qui rendait utopique les grands travaux agricoles pour réduire les gîtes à moustiques. D'où la préférence de concentrer l'éradication sur les centres urbains en s'appuyant sur les services urbains d'hygiène, et sur les compétences des services des Travaux Publics, de l'Agriculture, ainsi que du SGHMP. Durant la mise en application du Plan pour de la fédération, les services urbains d'hygiène à Brazzaville et Pointe-Noire une fois réorganisés purent fonctionner. Ceux de Bangui, Fort-Lamy et Libreville étaient en réadaptation et avaient déjà réussi à détruire beaucoup de gîtes larvaires. A Dolisie et Bouar, ils commençaient à peine à fonctionner en 1951. La même année, tout était mis en œuvre pour un fonctionnement effectif à Fort-Archambault, Bambari, Moudou, Mouila et Berbérati. Le contrôle entomologique était assuré par l'Office d'études centrafricaines et l'Institut Pasteur de Brazzaville, qui devaient trouver une solution aux invasions répétées de moustiques amenés par les vents de moussons.

La prévention antipaludique en panne ?

Comme au Cameroun, la marche vers les indépendances favorisa l'influence de l'OMS et de l'UNICEF sur les politiques de lutte contre le paludisme. Des questionnaires furent envoyés dès 1959 à tous les États africains pour connaître l'état précis de la lutte et pour planifier des actions à long terme. On ne parla plus d'éradication mais de pré éradication avec la création de nombreuses zones pilotes particulièrement dans les agglomérations urbaines où on avait déjà constaté des succès à travers les fortes baisses des taux de morbidité et de mortalité infantile. En raison des migrations entre villes et campagnes, particulièrement durant cette période charnière, la politique de l'OMS ressemblait davantage à une illusion car comment garder une ville indemne si les habitants et la population flottante font des aller-retour entre les zones impaludées et les zones sensées protégées ? Comment combattre une parasitose dont les parasites, résistaient aux médicaments sensés détruire leurs actions nocives? Comment lutter efficacement si les moustiques deviennent de plus en plus insensibles aux insecticides ? Les autorités sanitaires rencontraient des résistances chez les citadins de plus en plus réticents aux visites domiciliaires à la recherche des gîtes à moustiques, ainsi qu'à une certaine démagogie des autorités politiques. Enfin, malgré la campagne entreprise entre 1973 et 1983 pour continuer de lutte contre cette parasitose, la crise du pétrole à laquelle s'ajoutaient d'autres priorités, ainsi que les instabilités des régimes et des équipes ministérielles, eurent raison du programme de campagne antipaludique de l'OMS qui du reste s'investissait dans le programme de soins de santé primaires. Une des pistes qui peut être retenue est la réintroduction de mesure simple visant à empêcher l'épanouissement des moustiques à travers le développement des services d'hygiène avec un meilleur assainissement des espaces urbains puisque entre 1955 et 1960, de nombreuses localités avaient vu baisser les cas de paludisme. L'espoir réside-t-il dans l'Initiative multilatérale sur le paludisme pour endiguer la maladie créée en 1997? La nouvelle politique de *Roll back Malaria* lancée en 1998 pourrait s'inspirer des succès et échecs passés pour éviter que les populations africaines dans leur majorité rejettent les moustiquaires imprégnées d'insecticides. Vouloir s'investir exclusivement dans la recherche du séquençage du génome et oublier certains procédés qui permirent à beaucoup de personnes de dormir paisiblement constitue une erreur à éviter.

GEOPOLITIQUE DE LA PANDEMIE DU PALUDISME AU GABON : CRISE ET MOBILISATION

Par **Charles M'BOUTSOU**, Dr en géographie IRSH, Université Omar Bongo (Gabon)

« Héros parmi les hommes, fils du Dieu AMMON, comme l'affirmait sa mère Olympias, il mourût à Babylone le 12 juin 323 av J-C à l'âge de 32 ans. Depuis le 3 juin, il se plaignait des fortes céphalées et d'intenses fièvres. En ce mois de juin, il faisait très chaud. Alexandre présidait toute une série de fêtes et de sacrifices (largement arrosés d'alcool). Personne ne diagnostiqua le paludisme, le 8 juin le mal empira. Après quatre jours d'insupportables fièvres le jeune Empereur s'éteignit. Vecteur de la maladie, l'Anophèle signait ainsi la tragédie d'une de ses plus glorieuses victimes » **Arthur WEIGALL, Alexandre le Grand, Payot, Paris¹**

L'hyper médiatisation dont bénéficie la pandémie du VIH/SIDA, le caractère alarmiste et catastrophiste des débats qui gravitent autour de cette maladie ont eu pour conséquence de reléguer le paludisme au second rang des préoccupations des chercheurs et des bailleurs de fonds à la fin du siècle dernier.

Pourtant, le paludisme demeure une maladie de dimension mondiale. Elle affecte l'Amérique centrale et latine, l'Afrique, l'Europe méditerranéenne, une grande partie de l'Asie et les frontières de l'Australie².

En terme de ravages, le paludisme infecte 5% de la population mondiale et provoque la mort de quelques 3 millions de patients par an principalement chez les enfants âgés de moins de 5ans. On estime que la moitié de la population mondiale vit dans des zones à risque d'infection par le paludisme.

L'évocation du débat sur cette maladie à l'aube du XXI^e siècle tient fondamentalement à plusieurs raisons. Tout d'abord, les grands espoirs d'éradication des années 60 ont été déçus et le paludisme affecte encore plus qu'en 1960. Ensuite, l'extension et l'amplification de la chimiorésistance des souches de parasites aux médicaments antipaludiques a désorganisé les attitudes de traitements. Chacun ne sachant plus quel médicament prescrire face à ces nouvelles émergences. Par ailleurs, la zone tropicale (Cuvette congolaise, Amazonie, Forêt de l'Insulinde) à l'intérieur de laquelle se trouve le Gabon reste un espace de forte infection, donc répulsif. L'insalubrité y opposant manifestement son plus grand degré d'hostilité à l'occupation humaine. Enfin, en terme de consultations et d'hospitalisations en Afrique subsaharienne, le paludisme reste la première cause de mortalité et de morbidité (le paludisme tue plus que le SIDA).

La lecture de ce tableau apocalyptique doit nécessairement déboucher sur une conjugaison d'efforts en vue de conjurer la pandémie. Le Gabon étant un espace chloroquino-résistant, cette concentration d'énergies passe aussi bien par un réexamen des facteurs qui participent au maintien de cette maladie que par l'implication effective des populations dans le processus d'éradication, sachant que celui-ci reste sous-tendu par la lutte anti-vectorielle et par la lutte contre la maladie.

Le regard que nous portons sur cette maladie vise essentiellement quatre objectifs qui sont tout naturellement ceux que poursuit le géographe dans l'approche des

¹ Cette petite histoire que beaucoup ne connaissent pas et qui pourtant montre l'ancienneté et la virulence du paludisme est tirée du n° 11 d'actu@ palu p-5

² DEBIE (F). 1995, Géographie économique et humaine, Paris puf p-436.

questions de santé à savoir : localiser la maladie dans l'espace et traduire ses différentes fréquences, la situer dans son contexte général, mesurer les effets et l'impact de celle-ci sur la collectivité et son environnement et enfin reconstituer le tableau pathologique des populations d'un même espace et évaluer les profils et les niveaux régionaux de santé

Le paludisme, un complexe pathologique tropical

Pour ne pas nous lancer dans un débat doctrinal sur le concept d'environnement, nous définissons rapidement l'environnement comme étant un espace de vie. Quant au complexe pathologique, soulignons que Max Sorre et les géographes tropicalistes ont forgé, dans les années 20 du siècle dernier, l'expression de complexe pathologique pour expliquer pourquoi certaines régions étaient particulièrement insalubres comparativement à d'autres³.

Pour eux, pour qu'une maladie atteigne sa pleine virulence, il faut que soient réunis : les agents pathogènes les plus redoutables, les espèces réservoirs et les vecteurs adéquats. Cette combinaison qui est à l'origine de l'insalubrité est désignée sous la dénomination de complexe pathologique.

Ainsi dans la charte européenne de l'environnement et de la santé diffusée par l'OMS en 1989, il est écrit : « *Bonne santé et bien-être exigent un environnement propre harmonieux dans lequel tous les facteurs physiques psychologiques sociaux et esthétiques reçoivent leur juste place. Un tel environnement devrait être traité comme une ressource en vue de l'amélioration des conditions de vie et de bien-être* ». ⁴

Or, situé entre le 2° de latitude nord et le 5° de longitude sud, le 8° de longitude ouest et le 15° de longitude est, le Gabon est tout naturellement imbriqué à l'intérieur de la zone tropicale considérée comme le terreau fertile à l'épanouissement de nombreuses maladies infectieuses dont le paludisme. Le développement de cette pandémie est d'autant plus renforcé dans cette zone géographique et particulièrement au Gabon que les températures sont toujours élevées (la moyenne du mois le plus froid est supérieure à 18° et l'amplitude thermique annuelle est inférieure à l'amplitude thermique diurne) et que les précipitations (au Gabon) dépassent les 2000mm par an. Tous ces facteurs favorisent non seulement la dégradation des matières organiques mais également la multiplication des eaux stagnantes, berceaux des gîtes larvaires. Le plasmodium falciparum⁵ qui est la forme présente au Gabon y trouve ainsi un biotope favorable.

Les problèmes socio-écologiques de la lutte contre le paludisme

A ces problèmes d'ordre structurel s'ajoutent trois autres dont les conséquences ne sont pas moins importantes sur la pérennité de la pandémie. Il s'agit premièrement de l'anthropisation anarchique et sauvage du milieu par l'homme. En effet, la course actuelle vers une urbanisation tous azimut et la nécessité pour les populations de se loger dans ce milieu est une cause de l'attaque excessive que subit l'environnement. Le deuxième problème qui est directement lié au premier est l'état de paupérisation de la population gabonaise. En ne retenant que l'exemple de la ville de Libreville, nous pouvons affirmer sans craindre de nous tromper que sur 31 quartiers que compte cette agglomération plus de 2/3 sont situés en zone de précarité généralement occupée par les populations au revenu dérisoire ou par les chômeurs. Il est du reste évident que l'insalubrité dans ces zones est aujourd'hui un indice d'identification. Le troisième facteur qui peut également expliquer le renforcement du

³ DEBIE (F) op-cit p-474

⁴ DOMENACH (H), PICOUET (M) . 2000, Population et environnement QSJ n° 3556. Paris puf . p-82

⁵ Le protozoaire plasmodium falciparum est responsable des formes les plus graves du paludisme. Il n'est présent que dans les pays tropicaux où il est responsable de la plus grande virulence de la maladie.

paludisme dans notre pays est la baisse des budgets alloués à la santé. En effet, si avant 1986, les budgets de santé étaient supérieurs à 6% du budget total à partir de cette date, ils ont rarement excédés les 5%⁶.

Les conséquences sont naturellement dramatiques pour le Gabon. En effet, l'enquête démographique et de santé (EDS) effectuée en 2000 et rendue publique les 30 et 31 Octobre 2001 a révélé que 29,9% des enfants de moins de 5 ans ont eu la fièvre durant les deux semaines qui ont précédé l'interview. Et dans ce lot, 35,1% ont reçu de la chloroquine, 2,2% de l'arsiquineforme, 15,2% du quinimax et 42,8% d'autres antipaludéens⁷. Même si nous reconnaissons que la fièvre n'est pas un symptôme réservé exclusivement au paludisme, la lecture des données sus-mentionnées démontre clairement que sur 29,9% d'enfants qui ont eu de la fièvre, presque 95% étaient infectés par le paludisme. Cette situation est certainement encore plus accentuée par les conditions de vie des populations. En effet, en retenant l'exemple de l'approvisionnement en eau, l'EDS nous apprend une fois de plus que 11% des ménages gabonais s'approvisionnent en eau dans un fleuve, 8% dans une source et 2% dans un puits. Or, toutes ces sources d'approvisionnement sont par définition des foyers de multiplication de microbes et surtout des sites propices pour le développement de l'anophèle.

Cela dit, si nous retenons que le milieu biophysique (le biotope) a une forte responsabilité dans le développement du paludisme, l'objectivité et le réalisme découlant de tout ce qui précède nous permettent de reconnaître que la paupérisation des populations ainsi que la détérioration des conditions d'hygiène sont tout aussi responsables de la hausse de la mortalité et de morbidité liées à cette pandémie, mortalité qui atteint quelques fois 60% chez les moins de 5 ans et les plus de 65 ans.

Au vu du diagnostic cataclysmique qui vient d'être dressé, le Gabon a-t-il les moyens de croire en une éventuelle éradication ou réduction de la pandémie ou au contraire devons-nous être plutôt gagnés par la fatalité ? Une mobilisation multidimensionnelle n'est-elle pas nécessaire ?

Stratégies et perspectives de la lutte antipaludéenne

La mobilisation à laquelle nous faisons appel doit nécessairement se voir sous deux angles à savoir, l'angle international et national. Pour ce qui est de la dimension internationale son action doit fondamentalement aller dans le sens de l'intensification de la recherche (la lutte contre la maladie). A cet effet, des efforts significatifs ont été faits et continuent d'être faits par l'OMS (Roll Back Malaria) et certains laboratoires privés (SAOFI-SYNTHELABO) On parle actuellement de plus d'une douzaine de vaccins qui attendent d'être évalués. Dans le même ordre d'idées, d'autres médicaments sont trouvés et progressivement testés dans les zones où se développent des résistances.

Mais à ce combat contre la maladie doit manifestement se greffer une lutte anti-vectorielle qui, cette fois est plus limitée à chaque espace impaludé et qui devrait impliquer les populations locales. Elle tourne autour de quelques actions forces à savoir : le traitement efficace et rapide des premiers signes cliniques, éviter la transmission de la maladie, empêcher l'apparition des souches parasites résistants aux traitements, assainir l'environnement et utiliser les moustiquaires imprégnées et les insecticides sachant que l'utilisation des moustiquaires imprégnées peut réduire la mortalité infantile de 25%⁸

⁶ M'boutsou (C) ;2000. Problèmes démographiques au Gabon : le cas de la migrations intérieures et de la croissance démographique de la province de l'Estuaire de 1960 à 1993. Thèse de doctorat NR. Université Michel de MONTAIGNE Bordeaux 3 ; p-342 ;

⁷ EDS 2000 P-154 ;

⁸ act@palu n° 12 op-cit. P-6

Sans vouloir nier l'évolution exponentielle des ravages du VIH/SIDA, reconnaissons que le paludisme reste une maladie dévastatrice aussi bien dans le monde en général (plus de 3000 morts par jours) que dans le cas particulier du Gabon (surtout chez les moins de 5 ans). En effet, avec une mortalité infantile estimée à un peu plus de 90 pour 1000 (l'une des plus forte au monde) le Gabon doit visiblement opter pour un sérieuse prophylaxie des femmes enceintes et des enfants car une grande partie de cette mortalité infantile est à mettre au compte du paludisme. Cette lutte doit intégrer des actions aussi « simples » que la distribution des moustiquaires imprégnées les campagnes d'assainissement.

En attendant, un hypothétique vaccin et une prise en compte effective des ravages du paludisme au niveau international, ces mesures sont de celles qui sont à la portée du Gabon. Pour l'heure, il s'agit en effet de parer au plus urgent, tout en soulignant la faiblesse symptomatique de la mobilisation internationale face à ce fléau multiséculaire.

Bibliographie

- actu@palu n°11 SANOFI-SYNTHELABO AFOM OO, 8 pages
- actu@palu n°12 SANOFI-SYNTHELABO AFOM 99, 8 pages.
- DEBIE (F), 1995, Géographie économique et humaine, Paris, PUF, 750 pages
- CEGET, 1982, De l'épidémiologie à la géographie, Table ronde tropiques et santé, Bordeaux., 313 pages
- DOMENACH (H), PICOUET (M), 2000, Population et environnement QSJ n°3556 Paris, PUF, 126 pages.
- MBOUTSOU (C), 2000, Les problèmes démographiques au Gabon : le cas de la migration intérieure et de la croissance démographique de la province de l'Estuaire de 1960 à 1993, thèse de doctorat nouveau régime Université Michel de Montaigne Bordeaux, 528 pages.

PERSISTANCE DU COMMERCE FRAUDULEUX DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS LES RUES DES VILLES CAMEROUNAISES : ACTEURS, STRATEGIES, RAISONS ET RESEAUX

Par **Dr. Alex MENGUE MBOM**, Géographe, ENS/UIYI (Cameroun)

En septembre 2001, la lutte contre la vente illicite des produits pharmaceutiques au Cameroun a été l'objet d'un séminaire qui a formulé treize recommandations portant sur : l'information du public sur le danger et le risque de consommation des produits vendus hors circuit officiel, son éducation, le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels à travers le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (CENAME), une révision à la baisse des prix de médicaments, la répression des vendeurs illicites et la pharmacovigilance¹. Les mesures répressives ont effectivement été prises au détriment de certains vendeurs à la rue et les médias en ont fait écho. Après un bref repli stratégique, ces vendeurs informels contrôlent toujours la voirie et les quartiers péri-centraux des villes camerounaises : comment expliquer cet échec? J'ai voulu en savoir plus pour des raisons qui tiennent de la curiosité intellectuelle, ensuite parce que je fais partie des consommateurs réels et potentiels des produits pharmaceutiques avec tous les risques y afférents, enfin pour aider les responsables politiques et les professionnels du secteur de la santé à trouver les moyens de lutte efficaces découlant d'un regard nouveau sur ce phénomène de société. L'expansion de ce phénomène est liée à une série de facteurs, dont le contexte de paupérisation des populations et la dévaluation du franc CFA, ne sont pas des moindres.

Une activité étendue, bien organisée et résistante

La diffusion des produits médicaux délictueux est un problème universel dénoncé par Broussard en 1996². Des enquêtes menées par L'OMS, de 1982 à 1997, ont dévoilé la présence de produits délictueux dans 28 pays dont 25% de pays industrialisés et 65% des pays en voie de développement. Parmi les pays et régions du nord reconnus pour la fourniture de médicaments illicites se retrouvent en bonne position l'Allemagne, l'Angleterre et certains pays de l'Est européen. Le sud est représenté par l'Asie du sud est, le Maghreb et le Nigeria qui étend son emprise dans les sous-régions Afrique centrale et Afrique de l'Ouest.

Ces deux entités spatiales, pour satisfaire leurs besoins en médicaments, sont très dépendantes des apports externes contrairement au Maghreb et à l'Afrique du Sud. Au Maghreb par exemple, 80 à 90% des médicaments consommés sont fabriqués localement alors que les pays d'Afrique de l'Ouest et du centre importent près de 90 % des besoins en médicaments³ : ces derniers sont donc exposés aux flux et problèmes divers.

Au Cameroun, les statistiques viables sur la répression sont très difficiles à obtenir. En revanche, une revue de presse sommaire permet, avec précision, de connaître les dates de certaines opérations spectaculaires de répression et leurs effets : 2 janvier 1997 et 10 novembre 1988 (l'application d'un arrêté gouvernemental d'août 1996, a entraîné la saisie par les forces de l'ordre et de sécurité, des médicaments frauduleux détenus par les vendeurs à la sauvette. Ces produits ont ensuite été incinérés à Yaoundé et à Douala. Le 12 janvier 2001 et

¹ <http://www.afro.who.int/omscam/theme6.html>.

² BROUSSARD P., Les pays du Tiers-Monde sont les victimes d'un trafic criminel de faux médicaments, In *Le Monde*, 26/10/1996.

³ <http://www.santetropical.com/> (déclaration du Ministre sénégalais de la Santé Awa Coll Seck à l'ouverture du 4^{ème} congrès africain de pharmacie).

le 1^{er} août 2001, le ministre camerounais de la Santé Publique a ordonné le retrait du Marché des médicaments à base du phénylpropanolamine et du phénobarbital ; ces produits, incinérés et interdits à la commercialisation, sont toujours écoulés au marché noir⁴.

L'abondance de l'offre et la pluralité des fournisseurs

L'offre des produits tenant place de médicament au marché illicite est tellement riche qu'on y trouve : des spécialités, des conditionnements hospitaliers, des génériques, des échantillons interdits à la vente, des produits sans principe actif, des produits avec un principe actif différent de celui attendu, des médicaments périmés, des médicaments officiellement retirés de la vente, des médicaments sans étiquetage ou ceux avec étiquetage inapproprié, des copies (...). Ces différents produits, accessibles sans ordonnance quelque soit leur niveau de dangerosité, sont représentatifs des différentes familles : benzodiazépine, neuroleptiques, sédatifs, psychotropes, etc.

Ils sont utilisés comme antibiotiques, anti-inflammatoires, antihypertenseur, antidiabétique etc. Ils sont présentés aux clients sous diverses formes : injections, collyres, comprimés, suppositoires, ampoules et liquides buvables.

La large gamme des produits cités reflète la diversité des conditions de leur acquisition : dons, vols, détournements, récupération, importations frauduleuses. Elle trahit également l'intervention de nombreux acteurs : hommes d'affaires, contrebandiers, contrefaçonniers, responsables des ONG, délégués médicaux, infirmiers, aide soignant, agents d'entretien, pharmaciens (officinaux ou grossistes), vendeurs des objets d'occasion etc.⁵

Avant d'atterrir dans les manteaux, valises, rayons de magasins, plateaux des vendeurs ambulants, ces marchandises ont transité par des circuits d'approvisionnement légaux et illégaux, directs ou indirects. Ils ont réussi à franchir plus ou moins difficilement des frontières physiques (aérienne, terrestre, fluviale, lacustre, maritime) et morales (soumission aux contrôles et paiement des taxes). Selon le Journal La Nouvelle Expression, le trafic des produits pharmaceutiques passait déjà en 1996 comme « l'un des plus juteux au port et à l'aéroport de Douala ».⁶

Dans le cas que nous connaissons le moins mal, le Cameroun, la frontière ouest du territoire est la principale porte d'entrée des produits pharmaceutiques trafiqués et par conséquent frauduleux. Officiellement, la France est le principal fournisseur du Cameroun en médicaments. Par mer ou par air, les stocks sont acheminés à Douala (principal centre industriel du située à l'une des portes sud-ouest du pays) avant de regagner l'Hinterland et les centres urbains de classes inférieures.

Officieusement l'approvisionnement du marché Frauduleux des produits pharmaceutiques est en grande partie assuré et maintenu à partir du sud nigérian. La perméabilité de notre frontière commune, ainsi que des solidarités ethniques et linguistiques en sont des facteurs favorables.

Dans les principaux centres urbains des provinces du nord-ouest, ouest, sud-Ouest, et littoral le trafic de ses produits est plus fréquent (c'est aussi dans cette partie ouest du pays qu'on rencontre les plus grands entrepôts des produits fabriqués au / en provenance du Nigeria. Les Fabricants sont « *Nigeria Welcome LTD et nopharmacy* ».

⁴ Lire l'interview accordée par le ministre de la Santé à l'émission « Dimanche Midi », en septembre 2001 : CAMINFOS n°023824 – numéro spécial ; site internet : www.afro.who.int/omscam/caminfos.html)

⁵ FASSIN D. « *Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments* ». Cahiers d'études africaines Paris 1985 ; 25 (98) : 161-177.

⁶ *Journal La Nouvelle Expression*, n°363 du 22/11/96, P.5.

La localisation des points de vente est fonction de la clientèle et des classes sociales. A Yaoundé comme à Douala, les principaux points de vente se trouvent dans les lieux de résidence, ou dans les endroits fréquentés par, des individus à faibles revenus ou à revenus moyens : les places des marchés (central, Mokolo, Mvog MBI, Ndokoti, Madagascar etc), les stationnements routiers (Mvan, Msam), les résidences universitaires (Soa, Ngoa Ekele), les quartiers péri-centraux (Ntaba, Briqueterie, Mvog Ada etc). Les carrefours sont aussi des lieux de localisation privilégiés.

Des origines diversifiées mais incertaines

Il n'est guère facile d'établir avec certitude l'origine de certains produits médicaux écoulés illégalement dans les rues et marchés des villes camerounaises dans la mesure où les acteurs de cette activité illicite exploitent à merveille les techniques de dissimulation, pour échapper aux contrôles, et pour augmenter les chances d'écoulement de leurs produits toutes qualités confondues.

Un simple examen d'emballages des marchandises proposées au marché noir confirme le caractère cosmopolite de leurs origines supposées. Ces produits proviendraient de tout horizon : ils sont labellisés Made in France, Belgium, Germany, India, Lebanon, Indonesia, Pakistan, Canada, USA, South Africa, Switzerland, Tunisia, Morocco... Il s'agit là de ce qui est mis en avant plan. L'arrière plan masque une réalité plus complexe, associant ruse et efficacité économique, ne favorisant pas une identification précise de l'origine de certains produits.

La sous-région Afrique centrale est sous l'emprise des produits pharmaceutiques venus de l'Ouest : une sous région polarisée par la puissante industrie pharmaceutique nigériane ; une industrie essentiellement d'assemblage et fonctionnant très souvent avec des capitaux étrangers (américains, allemands, suisses, indiens). On peut donc se permettre la question suivante : quelle serait l'origine réelle d'un produit pharmaceutique conditionné au Nigeria, grâce aux capitaux américains, en utilisant un placebo issu d'un recyclage en Inde et le principe actif offert par une multinationale (anglo – franco – allemande) ? Cette question résume la complexité inhérente à l'origine des produits écoulés hors voies officielles dans notre sous région.

Une étude réalisée par ReMeD en 1994, à la demande de L'OMS, a porté sur 268 échantillons prélevés dans les circuits illicites du marché camerounais et analysés dans les laboratoires français⁷. Cette étude a dévoilé la non conformité de 47 échantillons manifestée par le dépassement de la date d'utilisation, la détérioration par les conditions d'utilisation inadéquates, l'absence de principe actif ou la présence d'un principe actif différent de celui attendu (une erreur de re-conditionnement très souvent).

De tels produits sont très dangereux pour la santé publique : ils favorisent la formation et la circulation des souches de bactéries de plus en plus virulentes et de plus en plus résistantes aux bons médicaments ; ils peuvent aussi exposer les individus malades à la mort immédiate.

Comment justifier cet aboutissement ?

Le commerce, sous ses différentes formes, est une pratique ancienne en Afrique. La naissance et le développement du commerce illicite des produits de la médecine moderne ont été favorisés par des facteurs contextuels externes et internes. Ce phénomène, comme

⁷ CIE et ReMeD, « Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique », Ministère Français de la coopération – OMS, Paris, 1999 ; MENSA "L'assistant social face à la vente illicite des produits pharmaceutiques" Mémoire de fin de formation Université nationale du Bénin Cotonou 1996 : 48 pages.

beaucoup d'autres, a été initialement considéré, et à tort, comme problème marginal maîtrisable à souhait.

Les facteurs liés au contexte international

Parmi les facteurs qui justifient l'émergence et le maintien du commerce illicite des produits pharmaceutiques nous pouvons citer, à titre illustratif :

- La conjoncture économique internationale⁸ qui a entraîné la dévaluation monétaire de 1994 ;

- La logique capitaliste des institutions de Bretton Woods qui a relégué au second plan les dépenses sociales au profit des activités plus créatrices et génératrices des revenus ;

- La réunion des Ministres de la santé des pays de la zone franc et des pays associés tenue à Bruxelles en 1995 qui a abouti à la prise de décision de « combiner les actions de répression des activités illicites avec une amélioration de l'accessibilité aux médicaments de qualité dans les secteurs public et privé »⁹ ;

- La réglementation internationale relative à la production et à la distribution des médicaments qui ne brille pas par sa flexibilité à l'égard des pays d'Afrique subsaharienne. Cette réglementation, dénoncée par le Groupe africain de l'OMC, est en partie responsable des ruptures de stocks des médicaments essentiels observées dans la sous région Afrique centrale.

Les facteurs internes au Cameroun et à notre sous région

Ils sont également nombreux, sans être exhaustive, l'énumération suivante vise à orienter le lecteur :

- la grande dépendance de nos systèmes de santé vis-à-vis des modèles étrangers mais aussi des accords internationaux ;

- la protection de la santé publique par des mesures législatives et réglementaires très restrictives ;

- l'inadéquation entre l'offre des médicaments, les besoins des malades et l'accessibilité financière des médicaments et des consommables médicaux ;

- les carences dans la structure et le fonctionnement de nos systèmes de santé ;

- les comportements irresponsables du personnel soignant et l'échec de nos politiques thérapeutiques et le poids du contexte culturel africain.

Les effets de la dévaluation du franc CFA

Le renforcement du commerce frauduleux des produits pharmaceutiques, est l'une des conséquences néfastes de la dévaluation de 1994. Cet événement a réduit, pour un nombre considérable des ménages, l'accessibilité par voies officielles des produits pharmaceutiques (prix exorbitants) ; l'offre des médicaments en pharmacies ne pouvait non plus être conforme en qualité et en quantité à la demande.

La nécessité de survivre a donc poussé les individus à mettre de côté les principes moraux, en se tournant vers un marché des produits pharmaceutiques reconnu illicite : pourtant en rapide expansion et qui assurait les meilleurs services de proximité (vente en détail, bas prix, sans ordonnance, à domicile etc.).

Cette dévaluation a réduit les pouvoirs financiers et décisionnels des Etats africains :

- la baisse des salaires chez les professionnels de la santé publique a eu des conséquences déplorables sur le fonctionnement et la crédibilité de nos systèmes de santé (au

⁸ LARES Commerce informel et dévaluation du FCFA : les échanges frontaliers de produits manufacturés Bénin/Nigéria déc. 93 – avr. 95, 56p. Notes et Etudes CFD, n° 56, décembre 1995.

⁹ MENSA, ibid.

lieu d'attirer les patients, les centres de santé ont très souvent joué et jouent encore un rôle répulsif qui favorise l'automédication et le marché frauduleux des produits pharmaceutiques).

- l'interdiction à nos Etats de lancer les nouveaux concours de recrutement des jeunes diplômés est aussi un facteur ayant favorisé ce marché illégal (faibles effectifs des personnels soignants dans nos centres de santé ; parmi les vendeurs à la sauvette nombreux sont les titulaires de diplômes universitaires et des gens qui ont déjà une activité mais dont les revenus instables obligent à chercher d'autres sources financières).

La recherche de solutions à un problème aussi complexe que celui de la commercialisation illicite des médicaments exige temps, discernement, collaborations diverses. Au Cameroun, comme dans d'autres pays de la sous région Afrique Centrale, les mesures répressives et l'amélioration des conditions d'accès des produits génériques se sont avérées inefficaces. En guise d'exemple, malgré les discours rassurants, les hôpitaux publics reçoivent moins de la moitié des produits génériques distribués par le CENAME. Les principaux bénéficiaires sont des établissements confessionnels (secteur privé).

Pourquoi des mesures actuelles ne peuvent qu'être inefficaces : les aspects oubliés?

Tous chefs de familles tous dans le besoin

Les forces de sécurité publique (douane, gendarmerie, armée, police, eaux et forêts) doivent normalement apporter leur concours pour faire respecter la réglementation pharmaceutique et au besoin réprimer les infractions : cela relève d'ailleurs de leurs missions et c'est le souhait de tout législateur ; elles doivent aussi renseigner les autorités politiques et administratives. Ce qui entrave parfois leur efficacité c'est qu'on a souvent tendance à oublier que ces corps rassemblent des pères et des mères d'enfants dont les salaires mensuels, très souvent, ne permettent pas de satisfaire les besoins essentiels des ménages ; ils sont parents d'enfants diplômés, sans emplois dignes, contraints d'accepter toutes formes de débrouillardise qui préserve leurs fils de la dépression voire de la toxicomanie.

Des actions éphémères aux actions durables

Les mesures prises par les autorités politiques et administratives pour venir à bout du marché illicite des produits pharmaceutiques ne s'inscrivent pas dans la durée : les acteurs de ce commerce en profitent d'ailleurs pour affiner leurs stratégies de vente dans un environnement à la fois visible et opaque. En guise d'exemples en 2001, le 12 juin et le 1^{er} août, le Ministre camerounais de la santé publique, Urbain Olanguena Awono, a immédiatement ordonné le retrait du marché camerounais de médicaments à base de phénylpropanolamine et du phénobarbital suite aux conclusions des études réalisées par des laboratoires nord américains et français. De telles mesures, aussi bien que des opérations répressives, ne peuvent produire des résultats satisfaisants que si leur application est suivie pendant une longue durée, or les forces de l'ordre désignées pour les faire appliquer, ne reçoivent très souvent que des instructions et rarement des moyens d'action leur permettant de tenir sur une longue période. L'observateur ayant été observé en faits et gestes, l'observé réajuste ses stratégies de dissimulation et de survie.

Un service de proximité favorisant l'anonymat

L'un des atouts majeurs du marché illégal des produits pharmaceutiques c'est qu'il assure, sous toutes ses formes, un meilleur service de proximité. Les besoins de la clientèle : la facilité d'approvisionnement et l'accessibilité financière des produits sont bien ciblés et il y a un effort pour les satisfaire. Les produits sont plus disponibles au marché noir, ils sont vendus en gros où en détails selon le désir de l'acheteur, sur la place du marché ou à domicile (dans

les quartiers populaires, sans exigence d'ordonnance et dans l'anonymat. Ce qui est prioritaire pour l'acheteur c'est d'abord de trouver le produit pharmaceutique dont il a besoin, de l'acheter ensuite à moindre coût, si nécessaire, à l'abri des regards indiscrets (surtout s'il accepte mal sa maladie): c'est dire que la recherche de la qualité est subsidiaire.

Prix comparatifs de quelques produits en pharmacie et au marché noir

Nom du produit	Prix de vente en pharmacie moderne	Prix de vente au marché parallèle	Ecart
Quinimax	1500	900	600
Nivaquine	9950	7000	2960
Aspirine	735	450	285
Fansidar	550	350	200
Fansimef	2050	1400	650
Total	14785	10100	4695

Source : d'après l'enquête menée à Douala par TCHUENTE (2002).

Pour les raisons évoquées, les populations de nos villes préfèrent s'approvisionner dans les marchés parallèles. Pour un même produit, la différence des prix est saisissante. En pharmacie les prix affichés sont fixes, au marché noir ils sont évalués à la tête du client et beaucoup de clients aiment ce marchandage. Selon les résultats obtenus par Tchuenté à l'issue de ses investigations, 70% des patients à Douala s'approvisionnent au marché illicite des médicaments contre 20% en pharmacie moderne¹⁰. A titre de comparaison, en 2001, lors de son passage à Dimanche Midi (Une émission de la Radio – télévision Camerounaise), le Ministre de la santé Publique, estimait à 15% seulement le nombre de camerounais accédant aux soins de santé de qualité. Pour lutter efficacement contre le marché illicite des médicaments, l'amélioration du service de proximité est un aspect non négligeable.

Une activité qui est à la fois un mal et un facteur d'accalmie : l'engrenage

Ce commerce illégal est parfois toléré par l'administration qui, sous la pression du FMI et liée par des accords bilatéraux et multilatéraux, ne parvient plus à résoudre les problèmes liés au chômage des jeunes diplômés. Les enquêtes effectuées à Douala, à Yaoundé, à Cotonou et à Dakar montrent que cette activité non désirée, non légale et amoralisée permet aux jeunes diplômés d'enseignement secondaire et d'enseignement supérieur de se constituer un capital qu'ils vont plus tard investir ailleurs ou simplement d'avoir de quoi payer le loyer et de nourrir si ce n'est faire nourrir. Certains pharmaciens (officinaux et grossistes) trouvent dans ce commerce des produits leurs permettant de faire face aux ruptures de stocks ou de résister à la concurrence.

Le revers de médaille les amène aussi, malgré tout, à ne plus respecter le serment qu'ils ont prêté pour exercer leur profession. Ils cèdent à la pression en vendant les produits dangereux sans ordonnance par exemple mais ont ils réellement le choix ?

La nouvelle stratégie de lutte

Trois rubriques méritent une attention particulière dans la nouvelle stratégie de lutte contre le commerce illicite des médicaments :

¹⁰ TCHUENTE, Commercialisation informelle des médicaments à Douala. Essai de réflexion en géographie de la santé, Mémoire DIPES II, Université de Yaoundé I, Ecole Normale Supérieure, département d'histoire et géographie, 2003

La moralisation

La dégradation généralisée des valeurs morales se révèle le dénominateur commun des comportements favorisant le maintien du commerce illicite des médicaments au Cameroun particulièrement et dans la sous région Afrique centrale en générale. Par ignorance ou en toute Conscience, les nécessités de la vie amènent certains individus à céder aux pressions diverses et d'être attirés par une activité dangereuse mais qui offre un gain facile. Derrière les stocks de médicaments et autres produits dangereux vendus au marché noir, nous l'avons déjà montré, se cachent des fournisseurs parmi lesquels des gens formés à la protection de vies humaines, et aussi ceux ayant prêté serment d'allégeance pour exercer leurs professions officielles. Les pharmaciens ont tous accepté la partie de leur serment de Galien qui dit ceci : *"en aucun cas, je ne consentirais à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels "*.

Pour que la parole donnée ait un sens pour tout un chacun, la lutte contre la commercialisation illicite de médicaments doit commencer par la moralisation populaire.

L'amélioration des conditions d'existence

Le deuxième volet de cette lutte serait l'amélioration globale des conditions d'existence.

Les actions à mener seront donc de nature à favoriser l'insertion professionnelle des jeunes diplômés et l'assainissement du cadre de vie dans les villes de notre sous région (il s'agit alors de réduire l'exposition des populations aux maladies diverses en rendant l'environnement plus salubre).

La contextualisation de nos modèles de référence

Le dernier volet de cette lutte est une recherche des voies et moyens permettant de rendre compatibles les exigences d'une vie moderne à laquelle aspirent nos sociétés actuelles et les principes culturels traditionnels qui modélisent le fonctionnement de tout africain. En effet, La croyance selon laquelle il serait dangereux de mettre tous les œufs dans un même panier amène les populations africaines à diversifier leurs activités pour améliorer leurs conditions d'existence. En accord à cette logique, se développent les activités informelles dont les effets sont appréciés différemment.

Dans les villes camerounaises et dans la sous région Afrique centrale les gens meurent chaque jour : c'est normal si l'on considère que la mort est une nécessité naturelle et inscrite dans le programme de la vie. Ce qui est moins naturel, contraire à la morale, c'est quand le décès est provoqué par l'absorption de produits pharmaceutiques dangereux : c'est ce qui se passe très souvent avec les produits achetés au marché illicite. La protection des populations exposées à ce danger passe par la prise des mesures adéquates mais cela n'est possible que après une meilleure compréhension du problème posé. Notre réflexion scientifique faisant appel à la géostratégie, à la géopolitique (interne et externe), à la géographie culturelle mais aussi à l'économie a permis de dégager d'autres pistes pour mieux protéger les populations de la sous région Afrique centrale.

**INTERVIEW DE MONSIEUR LE MINISTRE
DE LA SANTE PUBLIQUE DU CAMEROUN
URBAIN OLENGUENA AWONO**

FPAE : Quelle est la contribution de la nouvelle politique de santé au programme gouvernemental de lutte contre la pauvreté ?

La stratégie sectorielle de santé traduit la volonté politique affirmée et partant l'ambition du Gouvernement d'agir efficacement au cours des prochaines années pour réformer le système de santé, rendre les services de santé plus accessibles à toutes les couches sociales, rendre les médicaments essentiels accessibles à tous, et rendre possible la réalisation des objectifs du millénaire dans le domaine de la santé.

Le système de santé Camerounais a été gravement affecté par les effets de la crise économique des années 80/90. Il s'en est suivi des dégradations dans l'offre et la qualité des soins liées au déficit en ressources humaines, en infrastructures et en équipements.

Quant à la mise en œuvre des programmes prioritaires, elle était à la fois peu efficace et peu efficiente. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la "Réorientation des Soins de Santé Primaires", base de la Politique Sectorielle de Santé de 1992, a connu des fortunes diverses et des résultats très mitigés.

Avec une pression démographique avérée, l'émergence des pandémies telles le VIH/SIDA, la résurgence de la tuberculose, une charge de morbidité due au paludisme de plus en plus élevée, l'apparition des maladies de la transition épidémiologique tels les cancers, le diabète, l'hypertension artérielle ainsi que de réelles faiblesses managériales, le secteur de la santé n'a plus apporté des réponses adéquates aux demandes de santé publique de la population.

C'est à cette situation que le gouvernement devait réagir, d'où l'élaboration de la Stratégie Sectorielle de Santé. Cette stratégie qui est l'un des axes prioritaires de la politique nationale de réduction de la pauvreté est la réponse du pays pour redresser ce secteur vital et préserver le capital humain qui est le déterminant clé du développement économique.

FPAE : Comment évaluer l'efficacité de la collaboration et du partenariat entre le Cameroun et les bailleurs de fonds en matière de lutte contre le Sida ?

Avec une prévalence estimée à 11,8% en 2002, le Cameroun se classe parmi les 11 pays les plus infectés dans le monde. Le Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA était estimé à 920 000 en 2002. Environ 500 000 de ces personnes étaient des femmes et 69 000 étaient des enfants âgés de 0 à 14 ans.

Il est tout aussi important de souligner que 30% à 40% des lits d'hospitalisation sont occupés par les malades du sida.

Face à cette crise sanitaire, le Chef de l'Etat, Son Excellence Monsieur Paul BIYA a inscrit la lutte contre le Sida parmi les priorités de l'action gouvernementale, aussi le pays s'est-il doté d'un programme national de lutte contre le sida de bonne qualité ; un programme apprécié par nos partenaires qui sont intéressés par sa mise en oeuvre.

La collaboration et le partenariat entre le Cameroun et les bailleurs de fonds s'inscrit dans le cadre de la complémentarité. Ainsi :

- le prêt de la Banque mondiale d'un montant de \$US 50 millions sur cinq ans entré en vigueur en septembre 2001, finance à plus de 70% les activités de prévention. L'axe majeur est la définition de plans d'actions communautaires visant à atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA. La mobilisation communautaire est effective : à ce jour, 2264 Plans d'Action de Petites Communautés à la Base, 53 Plans d'actions d'Associations de PVVS, 79 Plans d'Actions de Comités de Santé de Districts, 27 Plans d'action de Comités de Santé, 19 Plans d'action de Grandes ONG et

Entreprises, soit au **total 2442 Plans d'Action**, sont soutenus techniquement et financièrement par le programme. 200 ONG locales ont vu leurs capacités renforcées pour la mise en œuvre du processus participatif.

- La coopération Française concentre ses activités principalement dans la rénovation et l'équipement des centres de traitement agréés ainsi que dans la formation des personnels de santé dans la prise en charge des cas.
- L'union Européenne cible plus la formation des techniciens de laboratoire et fournit les réactifs dans les provinces de l'Ouest, de l'Est et du Centre.
- La Coopération Allemande à travers la GTZ forme le personnel dans le conseil-dépistage volontaire et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. A travers son projet de santé de la reproduction des jeunes, cette coopération mène des activités de sensibilisation adaptées aux jeunes et appui les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- La signature de l'accord de financement avec le fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose permettra l'élargissement de l'accès des malades aux ARV et aux examens biologiques, l'appui aux orphelins, la prise en charge à large échelle des infections opportunistes, le suivi à domicile des PPVS etc.

Comme vous le remarquez, le chantier de la lutte contre le sida est tellement vaste qu'aucun effort n'est de trop. Des résultats certains ont été atteints à travers cette coopération. Les indicateurs de progrès sont satisfaisants, il reste à évaluer l'impact de toutes ces interventions sur la prévalence du VIH/SIDA que nous comptons inverser. Dans ce combat le partenariat national est essentiel pour une mobilisation efficace des acteurs institutionnels et de la société civile. Aussi le partenariat public/privé tel qu'il est mis en œuvre au Cameroun est devenu un exemple de bonnes pratiques. Ici s'exprime notamment l'engagement du secteur privé, des confessions religieuses, des ONGs et des communautés. Le leadership mobilisateur de la Première Dame, Madame Chantal BIYA avec le CERAC, la Fondation et Synergies Africaines constitue une réelle valeur ajoutée.

FPAE : Peut-on atteindre les objectifs de la santé communautaire dans un environnement international dominé par les grandes multinationales porteuses d'une marchandisation de la santé ?

Il est établi qu'environ 70% de la charge de morbidité globale dans les pays en développement est due aux maladies transmissibles, donc contrôlables. L'Afrique au sud du Sahara paie le plus lourd tribut aux pathologies infectieuses.

En prenant l'exemple du VIH/SIDA, en 2003 le monde comptait **40 millions** de malades du sida dont environ **28,2 millions** vivant en Afrique au sud du Sahara. Sur les 3 millions de décès causés par le sida au cours de la même année, 2,4 millions sont survenus en Afrique au sud du Sahara car seulement 4% de malades y ont accès aux anti-rétroviraux.

Dans certains pays de l'Afrique australe, des études montrent qu'un enfant d'âge scolaire sur dix sera orphelin du sida d'ici 2010. Environ 10% à 30% de la force de travail dans les pays à haute prévalence sera perdue au cours des 15 prochaines années. Selon la FAO, 7 millions d'agriculteurs sont morts dans les 25 pays les plus infectés en Afrique depuis 1985, si des efforts massifs ne sont pas déployés, 16 millions d'autres mourront au cours des 20 prochaines années.

Au centre du drame du VIH/SIDA, il y a la question de la propriété intellectuelle sur les produits pharmaceutiques. Toute nouvelle molécule découverte par une firme pharmaceutique est protégée par un brevet sur une période d'environ 20 ans. Ce brevet est censé permettre à l'inventeur de récupérer l'argent investi dans la recherche ayant conduit à la découverte dudit médicament.

Sur un plan purement théorique, l'une des questions essentielle est celle-ci : les firmes pharmaceutiques continueraient-elles à investir dans la recherche si les médicaments de marque découverts devaient être copiés et vendu à bas prix sous forme générique par les compagnies n'ayant pas participé au financement de la recherche ?

L'autre question est la suivante : alors qu'il est déjà observé un sous-financement de la recherche sur des maladies sévissant principalement dans les pays en développement, qu'advierait-il si à cause de la suppression des brevets d'invention, les rares firmes pharmaceutiques qui s'y intéressent encore ne trouvaient plus aucune motivation à y investir.

Il ne faut jamais oublier que l'essentiel de la recherche pharmaceutique est menée par les compagnies privées dont la motivation fondamentale est le profit.

A la conclusion de « l' Uruguay Round » en 1994, les membres fondateurs de l'Organisation Mondiale du Commerce ont signé un accord intitulé TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) qui recommande l'extension du brevet sur les produits pharmaceutiques à tous les pays membres de l'OMC y compris ceux en voie de développement. Cet accord a été vivement critiqué au cours des dernières années, les activistes réclamant que les industries pharmaceutiques aient des droits de propriété intellectuelle très limités ou n'en aient pas du tout dans les pays en développement.

Lors de la conférence ministérielle de Doha au Qatar en 2001, après d'âpres discussions, les ministres ont adopté la déclaration de Doha intitulé « TRIPS Agreement and Public Health) dans laquelle ils affirment que « le TRIPS peut et devrait être interprété et mis en œuvre de manière à reconnaître le droit des pays membres de l'OMC à promouvoir l'accès de leurs populations aux médicaments » Bien que la déclaration de Doha ne change pas fondamentalement l'architecture juridique du TRIPS agreement, elle crée des ouvertures et repousse de 2006 à 2016 le délai de l'application intégrale du brevet d'invention sur les produits pharmaceutiques dans les pays les plus pauvres.

La solution de compromis actuellement appliquée par certaines firmes pharmaceutiques est la vente aux pays en développement des produits pharmaceutiques de marque au prix de revient réel sans marge bénéficiaire. Cette politique a permis au Cameroun de baisser les prix des ARV de près de 71% en mars 2001, passant de CFA 170 000 par mois et par malade en moyenne à CFA 51 000 par mois et par malade. Cette baisse de prix a été complétée en juillet 2002 par une subvention du gouvernement Camerounais et l'introduction des génériques, deux facteurs qui ont permis de baisser les prix des ARV de nouveau de 53%. La moyenne actuelle des traitements ARV se situe dans la fourchette 15000 et CFA 21000 par malade et par mois. L'objectif du gouvernement est d'atteindre le coût moyen de CFA 5000 par malade et par mois en 2004 grâce aux ressources du fonds mondial. Grâce à cette politique, le nombre de malades sous traitement (environ 7500) a plus que décuplé en moins de deux ans.

Il ne s'agit donc pas de tirer à boulets rouge sur la poule aux œufs d'or, mais de trouver des solutions qui puissent permettre aux millions de malades dans les pays en développement d'avoir accès aux médicaments les plus efficaces, tout en préservant la motivation des compagnies pharmaceutiques à investir dans la recherche. C'est le sens de l' **accord** adopté le **30 août 2003 à Genève** par les 146 Etats membres de l' OMC après huit mois de blocage. Il devrait permettre, dans certaines conditions, **l'importation de médicaments génériques** par les pays pauvres, démunis d'industrie pharmaceutique, ce que fait déjà le Cameroun. A terme nous envisageons d'encourager la fabrication locale de ces médicaments.

FPAE : Les objectifs de « santé pour tous en 2015 » sont-il réalistes alors que la majeure partie de la population Camerounaise vit en dehors du seuil de pauvreté ?

Pour rester fidèle à la terminologie à la mode, il s'agit de réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015 à travers l'atteinte les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM).

Il faut savoir qu'avec six de ses dix huit cibles opérationnelles liées à la santé, l'agenda 2015 est presque entièrement déterminé par le secteur de la santé. La mission du secteur de la santé dans ce cadre est la suivante :

1. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
2. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle ;
3. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.
4. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.
5. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de Faim (insuffisance pondérale, malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 3ans).
6. En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.

Le ministère de la santé publique a élaboré un cadre de dépenses à moyen terme pour la période 2003 – 2007 cohérent avec l'atteinte des ODM qui se chiffre à CFA 722 milliards sur 5 ans. Malheureusement, les ressources allouées au secteur dans le cadre du DSRP font apparaître un Gap de CFA 149 milliards sur la période de référence.

Il nous faudra donc rechercher beaucoup de ressources additionnelles. Dans cette direction, le Cameroun peut se féliciter de l'important don d'un montant d'environ 95 millions de dollar sur 5 ans que vient de lui accorder le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. De même les perspectives de financement du secteur sont porteuses d'espoir avec le retour de la confiance de partenaires et la mise en place du contrat de désendettement/développement de la coopération française dès le franchissement du point d'achèvement de l'initiative PPTE.

**LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO :
UN ELDORADO PETROLIER DES ANNEES 2000 ?**

Par Joseph Vincent NTUDA EBODE FCSP, UYII

La RDC, bien que généralement qualifiée de scandale géologique, est rarement évoquée lorsqu'on parle des pays pétroliers du Golfe de Guinée. Ainsi, dans leur rapport sur le pillage des ressources naturelles de la RDC publié il y a deux ans, les experts de l'ONU ont surtout mis l'accent sur les minerais tels le Diamant, le cuivre, le cobalt, l'or, le lithium, le thorium, l'arsenic, le germanium et l'uranium.

Si ce choix peut s'expliquer par l'importance des réserves prouvées de ces matières premières, l'on ne devrait cependant pas oublier que la RDC, pays producteur de pétrole depuis les années 80 (en 1985, Gulf Congo produisait déjà 12 millions de barils par an et Zaïrep 8 millions ; soit une capacité de production annuelle totale de 20 millions de barils), dispose d'un potentiel pétrolifère susceptible de faire de ce pays l'une des principales puissances pétrolières de la sous-région.

En réalité, comme l'atteste une carte secrète de la Banque mondiale établie en juillet 1985, trois bassins pétroliers existent sur le territoire congolais : la côte atlantique et le bas-Congo ; la cuvette centrale et les grands lacs (graden).

Le pétrole de la côte atlantique et du bas-Congo

Exploité depuis les décennies par la compagnie américaine Gulf Oil et le groupe Congorep actuellement piloté par la société belge Petrofina, le pétrole de Muanda est bien connu des experts et des Congolais.

Sous le gouvernement de Laurent Désiré Kabila, le groupe anglo-néerlandais Shell a sollicité une concession pétrolière et un permis d'exploitation dans le bas-Fleuve (Bas-Congo), alors que le pétrole de la région Lukula (Moyombe) était déjà associé aux bitumes. Le 25 juin 1999, RFI a annoncé que le Golfe de Guinée (dont la zone maritime congolaise fait partie et dont la cuvette congolaise constitue le prolongement continental) pourrait receler une des plus grandes réserves pétrolières mondiales pour le III^{ème} millénaire. L'on sait déjà dans le même que l'Angola dont l'essentiel de la production pétrolière provient de la province de Cabinda frontalière du Congo, fournit actuellement 8% des approvisionnements américains en pétrole brut, et dans un proche avenir, pourrait fournir 20 à 25% des besoins américains. Manifestement donc, ce bassin constitue une éponge à pétrole.

Le pétrole de la cuvette centrale

La carte de la Banque mondiale signale un second bassin pétrolier qui s'étend de Kinshasa à Kisangani, Kindu et Businga (Equateur). Ce bassin se prolonge dans le Nord du Katanka et couvre une bonne partie du Sankuru, Kasai occidental ainsi que tout le Bandundu.

En 1985, la société nationale de pétrole : Pétrozaïre (actuellement Cohydro), a démarré une campagne de reconnaissance dans la cuvette centrale avec l'aide technique d'une société suisse et en collaboration avec Japan National Oil Company (JNOC). Cette campagne qui a été financée par la Banque Mondiale dans le cadre du Programme ZR 1401/N s'est aussi étendue à la région des Grands Lacs et a vu l'arrivée de nouvelles firmes telles Shell, Exxon, Petrofina ou Amoco.

En 1997, à la veille de l'arrivée de l'A.F.D.L. à Kinshasa, des échantillons prélevés dans les sites de Mbandaka, Basankusu Ilebo et Kisangani étaient en étude au centre de Houston (USA), pour déterminer la composition chimique et la qualité de différents bruts

inventoriés sur le territoire congolais, en vue d'adapter les infrastructures d'exploitation à ces spécificités.

Le pétrole des grands lacs

Contrairement au pétrole de la cuvette qui n'a fait l'objet d'aucun contrat d'exploitation, celle du brut du lac Tanganyika a été confiée à l'entreprise américaine Amoco, au terme du contrat du 29 mars 1986 signé à Kinshasa. Quant au pétrole des lacs Edouard et Albert, son exploitation a été confiée au groupe belge Pétrifina. La prospection et la délimitation de la concession pétrolière qui s'étend de Rutshuru (Nord-Kivu) à la vallée de Djugu-Mahagi (Ituri, province orientale) ont été réalisées par l'entreprise japonaise (JNOC). A l'époque, l'entreprise japonaise avait sollicité auprès du Gouvernement congolais la conclusion d'une convention d'exploitation. Mais c'est le groupe belge Petrofina qui arracha le marché et conclut le 31 juillet 1991, une convention d'exploitation. Depuis l'assassinat de J.D. Kabila en 2001, les médias citent régulièrement le groupe canadien ci-dessus évoqué comme le nouvel acquéreur de la concession du bassin pétrolier des lacs Edouard et Albert.

Au moins d'août 2003, RFI a annoncé dans l'un de ses bulletins que le bassin pétrolier de l'Ituri, non seulement s'étend à l'Ouganda, mais aussi au Rwanda et au Sud Soudan. S'inscrivant dans cette logique, un consortium de compagnies pétrolières britanniques a sollicité auprès des autorités congolaises en 1998, l'autorisation d'installer à Kampala une usine pour raffiner le pétrole brut extrait des lacs Albert et Edouard. Cette proposition qui a suscité de vifs débats au sein du gouvernement Kengo et a laissé les ministres divisés sur la réponse à réserver a été purement et simplement rejetée par le gouvernement de Salut public.

La RDC n'a donc pas encore dit son dernier mot sur le plan pétrolier. Lorsqu'elle réveillera (ce qui ne saurait tarder comme le laisse penser les négociations en cours), les autres producteurs sous-régionaux trembleront.

Bibliographies

POUR UNE LECTURE DIFFERENTIELLE DES SOINS DE SANTE¹

Par **Joseph OWONA NTSAMA**, collaborateur à la FPAE

A l'analyse, le sous-titre de l'ouvrage *-Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaine-* se présente comme une compilation d'articles sur les difficultés à assumer sociologiquement la modélisation des standards internationaux de santé. Il replace d'emblée le lecteur au cœur du danger réel d'une systématisation qui, le plus souvent, occulte la lecture et la perception des nécessaires : les « Afriques contemporaines » ou plus prosaïquement ce que Dominique Darbon désigne dans le préambule de l'ouvrage par les « Suds ».

Limites analytiques

A cause de leur incidence réelle sur ce rapport intrinsèque « individu-santé », les réalités socio-politiques endogènes finissent par contribuer à l'émergence d'un réel contre-discours. Celui-ci arrive à s'imposer comme la norme incontournable en matière de stratégies sectorielles de lutte et de « pratiques de santé ». Le tout en collision ou en interaction avec le paradigme de la mondialisation. Il devient donc évident que ce sera à travers le traditionnel processus analytique de construction-déconstruction-réappropriation que cette réflexion va devoir se déployer, et proposer un certain nombre de clés de lecture qui vont constituer l'ossature des textes de l'ouvrage. Mais au-delà de la qualité des récits et des expériences relatés, on relèvera toutefois une certaine tendance à une théorisation systématique due peut être au surdimensionnement subséquent à toute réflexion dont le paradigme de la mondialisation constitue le champ d'opérationnalisation. Une « dérive » en somme légitime et qui justifie bien la longue introduction de Gobatto à cet effet [pp.9-36]. Une introduction qui tente de baliser le champ cinétique de la réflexion en interrogeant les contours macro-sociaux et épistémologiques de la mondialisation d'une part, et de la pertinence du « modèle » dans le champ macro-social de la santé, d'autre part. Donc davantage perçus comme théoriques, cela sans toutefois en renier les fondements et les présupposés conceptuels, des problèmes pratiques, voire pragmatiques, s'en retrouvent traités et évalués à travers cette perception des modèles qui « [...] sont des constructions normatives, constituées d'abstractions opératoires, en parties réductrices puisque visant à gommer les nuances du réel pour en conserver quelques grands traits qui, agencés entre eux, introduisent un ordre de lecture du monde et dans les rapports que l'on tient avec lui. » [pp.14-15]

Cadre conceptuel

Les textes qui suivent relatent [tout en interrogeant] des expériences concrètes notamment au Cameroun [F.Eboko], à Madagascar [C.Mestre], en Côte d'Ivoire [A.Tijou-Traoré et C.Grenier-Torrès]; au Maroc [C.Crenn], au Brésil [F.Bourdier] et en Afrique du sud [V.Faure]. en sus d'une réflexion poignante et complémentaire sur le rôle et les répercussions des « [...] dynamiques globales de la localisation [...] » [p.38] de Bernard Hours. Au-delà de cette difficulté réelle à rendre effective et notamment « lisible » le processus de transformation des éléments empiriques propres à l'évolution de chaque pays dont l'expérience sera relatée. Le texte de Gobatto est donc une réflexion importante sur une

¹ **Isabelle GOBATTO** [Sous la dir.], 2003, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*, Paris, Karthala-MSHA, 234 p.

question stratégique qui mérite par conséquent d'intégrer les préoccupations des institutions en charge des questions de santé. Aussi bien au Nord que dans les Suds, désormais.

LE PARADIGME DE LA « PUISSANCE » AU SCANNER¹

Par Jean Bosco OYONO, FPAE

Voici a priori un titre qui prête à sourire. Dans ses recherches en relations internationales, Pascal Boniface nous présente une nouvelle approche de la bataille que se livrent les Etats dans leur quête de puissance.

Il part d'un constat simple. Avec la fin de la guerre froide qui a laissé place à la mondialisation, la puissance est devenue une denrée extrêmement rare, pour bon nombre d'Etats.

Les facteurs traditionnels de la puissance sont devenus de plus en plus difficiles à acquérir, la nuisance se présente donc pour les « *faibles* » comme un moyen pour contrecarrer les « *forts* » dans leur appétit sans fin de tout contrôler, pour se dresser contre sans se confronter à eux, et surtout pour les contraindre à coopérer pour vous venir en aide.

La nuisance est aujourd'hui une voie royale pour accéder à la puissance, domaine auquel peu d'Etats peuvent encore prétendre dans l'impitoyable ordre mondial, une nouvelle façon de se faire « *intéressant* » dans les relations internationales.

Ainsi, en parcourant l'ouvrage, il livre point par point, au travers d'exemples concrets, les qualités et les conditions à remplir par les candidats à la nuisance. Alors que la puissance classique est prédisposée par quelques facteurs naturels, la nuisance elle, nécessite une bonne énergie, une rigueur d'analyse, une intelligence clairvoyante et un talent de manipulation. Outre ces facteurs favorables à la capacité de nuisance, l'auteur identifie d'autres éléments d'accompagnement qui sont :

- une démographie prête à être transformée en réfugiés économiques ou politiques,
- des armes de destruction massive susceptibles d'appuyer votre chantage,
- une pauvreté extrême qui vous met dans l'incapacité de contrôler votre territoire de manière à laisser proliférer drogue, matières fissiles, terroristes...
- mais aussi, il faut être un pollueur susceptible de porter atteinte à l'écologie,
- être victime d'une catastrophe naturelle incontrôlable
- et enfin éventuellement, être « *fou* », dans le sens où l'on s'en prend rarement à un fou, en préférant s'apitoyer sur son sort.

C'est ce cocktail qui fait la recette de la nuisance. Ceci étant, on se rend tout de même compte que le jeu de nuisance est un jeu très dangereux s'il vous échappe, car il peut produire des effets contraires à ceux escomptés (voir le cas de l'Irak).

Autrement dit « *Guide du savoir nuire* » à lire attentivement par les dictateurs et surtout ne pas dépasser les conseils proscrits, de peur d'en payer un prix cher.

¹ Pascal Boniface, *Guide du savoir nuire à l'usage des dictateurs*, Paris, Editions Michalon, Mars 2000, 185p.

LE DEUXIEME CONFLIT IRAKO-AMERICAIN : REGARDS DU SUD¹

Par **OLINGA Alain Didier**, IRIC/FPAE

Décidément, l'occasion fait le larron. Des universitaires, soucieux de faire entendre une voix venue du Sud sur le dossier du conflit contre l'Irak ont rapidement concocté une œuvre absolument remarquable, à défaut d'être totalement remarquable. Parmi eux, des politologues, des économistes, des journalistes, de philosophes, des hommes d'Eglise, de jeunes sociologues. Pas de juristes ! Première curiosité de l'ouvrage. Comment expliquer l'absence de cette espèce dans une réflexion sur une crise au cours de laquelle la variable juridique aura joué un rôle majeur dans la structuration du positionnement diplomatique des acteurs concernés ?

Cet aréopage savant nous propose donc «une lecture africaine de la guerre du Golfe». «Une lecture» ? L'intitulé est à un coup sûr trompeur. L'on se trouve en réalité en présence de plusieurs lectures d'inégale valeur, en fait de leurs variations autour de la guerre du Golfe. Marquées par le fait que l'événement se déroulait sous les yeux des auteurs. Il ne faut donc pas voir dans l'ouvrage autre chose que «la réaction d'experts africains d'Afrique sur les contours et les conséquences de la guerre du Golfe » (p.9). Entre la «lecture africaine» et «la réaction d'experts africains d'Afrique», il y a plus qu'une nuance, c'est tout un ajustement focal et épistémologique, qui est de nature à relativiser le pari de la «spécificité de la vision africaine de la deuxième guerre du Golfe».

En 242 pages, réparties en quatre parties, les analystes exposent leurs lectures, 18 au total, introduction et conclusion exceptées. Et d'abord les «politistes». Jean-Emmanuel Pondi qui évoque une victoire anglo-américaine à la Pyrrhus, Dieudonné Oyono qui aborde de manière réellement succulente le dilemme de la diplomatie camerounaise durant le conflit en tant que membre non permanent du Conseil de Sécurité, Laurent Zang qui s'est intéressé au devenir du messianisme dans la politique étrangère américaine, Collins Ngwa qui s'est penché sur l'impact de la guerre en Irak sur les Nations Unies, et enfin Wullson Mvomo Ela qui, dans une analyse en termes stratégiques, a abordé la crise dans l'optique de la constitution de l'empire américain. Cette première partie, en somme, est celle de l'IRIC. Si elle comporte çà et là de regrettables généralités et des problèmes de sources, voire carrément des problèmes de citation, cette partie montre la vitalité de l'analyse politiste réaliste au sein de l'Institut. La deuxième partie, à notre sens la plus solide et la plus suggestive de l'ouvrage, est l'œuvre des économistes Hakim Ben Hammouda qui traite de la ressource pétrolière, Séraphin Magloire Fouda qui traite des conséquences économiques de la guerre et Roger Tsafack Nanfosso qui aborde sous le prisme de la théorie des jeux, l'impact de la guerre sur l'emploi. Profondes, prospectives, ces trois contributions par leur ouverture vers des perspectives insoupçonnées émergent incontestablement du lot. La première montre avec pertinence comment la nouvelle stratégie américaine dans le domaine pétrolier vise la marginalisation de l'OPEP, le changement d'alliance au Moyen-Orient et la diversification des sources d'approvisionnement (y compris vers l'Afrique). Le Pr FOUA séduit quand il démontre que la guerre ne pourra qu'accentuer la domination américaine sur l'architecture économique et financière internationale, avec en prime la promotion d'une mondialisation du laisser-faire (mobilité

¹ **PONDI Jean-Emmanuel** (Dir) *Une lecture africaine de la guerre en Irak ?* Maisonneuve et Larose, Paris, 2003, 242p.

financière) sans laisser passer (mobilité du facteur travail) et surtout la prise en compte de l'Afrique comme démonstration de l'équité internationale. Avec brio, le Pr Tsafack manie une affaire en principe compliquée pour le néophyte en économie, l'équilibre de Nash, de manière à la rendre aisément digeste. Si l'on peut être réservé sur l'affirmation selon laquelle (P.104), du fait de l'hyper médiatisation «le jeu est à information complète» compte tenu des non-dits de l'information, sa démonstration est convaincante, y compris la conclusion que la «guerre n'est pas un équilibre de Nash» (P.116).

La troisième partie est fort composite et contrastée. Elle s'ouvre par l'analyse critique du journalisme «embedded» par Michel Tjade Eone qui y voit avec justesse «une grave remise en cause de l'école anglo-saxonne qui fonda le journalisme de reportage et d'enquête» (P.122). Elle se poursuit avec l'étude de Christian Pout et de Pauline Bend, une belle approche empirique du traitement de la guerre dans la presse camerounaise, en s'appuyant sur trois supports médiatiques, Cameroon Tribune, le Messenger et Mutations. Stella Engama exprime quant à elle sa révolte devant la destruction du patrimoine culturel irakien. Isaac-Célestin Tcheho, partant de la littérature maghrébine d'expression française, montre que les américains tant à l'intérieur qu'à l'extérieur sont «une monstruosité». M. Hubert Mono NDZANA part de la symbolique du char Abraham crachant du feu sur Bagdad pour baliser la voie d'un contrat mondial évitant la régression du monde vers l'état de nature. Enfin, Pout à nouveau s'intéresse à la rhétorique de la liberté «Made in America» à partir du prisme des jeunes et des femmes.

La quatrième et dernière partie est plus philosophique et « théologique ». M. Ebenezer Njoh Mouelle, de son éternelle finesse d'esprit et en quelques pages bien ciselées, admet l'égoïsme des nations, soucieuses de leurs intérêts, mais rappelle la nécessité d'un arbitre pour départager précisément ces égoïsmes. Pour que nul ne soit «juge et partie». Ce rôle d'arbitre, par la force des choses, ne peut être dévolu à une nation, quelle qu'elle soit, mais seulement à l'ONU, «réformée ou non» (P. 24). Louis-Paul Ngongo analyse l'instrumentalisation du fait religieux dans les relations internationales, alors que Simon-Bolivar Njami-Nwandi traite de la restructuration de l'ordre international du point de vue religieux. Enfin Jean-Emmanuel Pondi et Aboubacar Njiasse Njoya se livrent à la dé-diabolisation de l'Islam, porteur de tous les fanatismes pour les occidentaux, et proposent ce qui pour eux est le seul djihad qui compte, le djihad contre l'uniformité et pour le respect des autres.

L'ouvrage ainsi présenté apparaît, en réalité, comme une interpellation adressée à l'hyper puissance américaine, un cri du cœur à un pays «qui a marqué d'une empreinte indélébile la marche du monde vers le progrès scientifique et technologique» (P. 239). Cette interpellation, sous des déclinaisons diverses, est entendue depuis des années de par le monde, au-delà de l'Afrique. C'est pourquoi, dans un contexte de mondialisation de la connaissance, où l'Afrique (y compris les africains de cet ouvrage) pense (pensent) la bouche pleine, y a-t-il un espoir de prétendre exposer une lecture «africaine» qui soit autre chose qu'un rabâchage de ce qui circule dans le cyberspace communicationnel à partir du cadre géographique africain ? Quoi qu'il en soit, elle a beau être entendue au-delà de l'Afrique, cette interpellation venue d'Afrique (à défaut d'être en tous points «africaine») mérite d'être parcourue et méditée. Bonne lecture.

LA CONTRIBUTION DU CAMEROUN A LA CONSTRUCTION D'UN ESPACE DE SECURITE EN AFRIQUE CENTRALE¹

Par **Joseph Vincent NTUDA EBODE**, IRIC, FPAE

Floribert Njako, officier des forces de défense camerounaises, présente un thème d'actualité dans la mesure où la fin de la guerre froide coïncide avec une tendance généralisée dans divers points de la planète, à la construction de vastes régions dotées de finalités bien ciblées. Dans ce contexte de mondialisation caractérisé par une réduction de distance et un rapprochement des relations interindividuelles, la porosité des frontières et la multiplicité des flux transnationaux qu'accompagne dans une certaine mesure une économie criminelle, affectent la capacité de l'Etat-nation à prétendre résoudre seul ses problèmes de sécurité. Cela est d'autant plus vrai que l'Afrique centrale (zone couverte par la CEEAC), objet de l'étude de l'auteur est la région africaine la plus pourvue en ressources naturelles, enjeux de la plupart des conflits qui la traversent ; lesquels conflits sont devenus une menace sérieuse pour la sécurité à la fois sous-régionale et interne des Etats.

A travers la présentation de la dynamique de régionalisation de la sécurité en Afrique centrale, se dégage la problématique de l'analyse du comportement d'un acteur étatique qui s'active à ce que soient mises en place des structures sous-régionales de diplomatie préventive. Quelles sont ses motivations ? De quelles ressources dispose-t-il ? Quelles sont les contraintes internes et externes de l'entreprise entamée ?

Ce mémoire appréhende l'investissement de cet acteur dans le champ de la construction d'un espace de sécurité en Afrique centrale comme une stratégie lui permettant de tirer avantage des ressources de cette entreprise pour maintenir sa stabilité interne et aspirer subtilement à un rôle sous-régional en associant à la fois des forces intra et extra sous-régionales.

Il se présente, en outre, comme une interrogation sur la visibilité de l'action de cet acteur et sur sa capacité, au regard de ses ressources, à apparaître comme un levier considérable dans la résolution des conflits dans sa sous-région.

Présentée en deux parties dont la première porte sur « La contribution du Cameroun à la construction normative et institutionnelle du système sous-régional de sécurité » (Pp 17-90) et la deuxième sur « La contribution du Cameroun à l'opérationnalisation des normes sous-régionales de sécurité » (Pp 91-148), cette étude attire l'attention du lecteur sur l'interdépendance caractéristique de cette période de mondialisation, et sur la dimension globale et humaine de la sécurité qui ne s'accommode plus, par ailleurs, de la division sécurité interne-sécurité internationale. Il édifie également sur la gestion par l'Afrique de ses problèmes de sécurité.

¹ Mémoire de 3^e cycle de DESS en Relations Internationales, Diplomatie, IRIC, 2001.

**LES TRAVAUX DE CUNCUN :
DU RECENTRAGE AUTOUR DES PRIORITES DE DEVELOPPEMENT
A LA RADICALISATION DES POSITIONS
Les incertitudes de l'après Cancun (II)¹**

Par **Achille BASSILEKIN**, Assistant du Représentant Permanent du Groupe ACP (Suisse)

Le repli vers le régionalisme

La première conséquence de l'échec des travaux de Cancun sera la prolifération de multiples Accords commerciaux régionaux et bilatéraux ainsi que le renforcement des projets existants. Au-delà des sentiments mitigés qui ont suivi l'annonce, jugée par certains anticipée, de la clôture de la conférence, les Etats-Unis ont indiqué, à travers son négociateur M. Zoellick, leur volonté de se tourner vers la conclusion d'accords commerciaux bilatéraux et régionaux avec certains pays et régions selon leurs propres priorités. Pour eux, ces initiatives seraient beaucoup plus efficaces pour la libéralisation du commerce que les fastidieuses et interminables procédures dans le contexte de l'OMC. Par ailleurs, les Etats-Unis poursuivent sereinement leur projet de création d'une Zone de Libre Echange des Amériques à l'horizon 2005.

Sur le même registre, le Brésil a pris les devants pour la création d'un vaste marché unissant tous les pays d'Amérique du Sud. De cette union naîtra un marché de 370 millions de consommateurs et un PIB de 1 200 milliards de dollars. Cette alliance tactique aura pour effet de permettre à ces pays d'être plus compétitifs et de contrebalancer l'influence nord-américaine. En Asie, la Chine et le Japon s'appêtent à négocier des Accords de libre échange avec leurs voisins ou des groupements régionaux.

Quant à l'Union Européenne, il n'est pas tout à fait certain que Bruxelles préférera la voie du bilatéralisme car elle a déjà conclu plusieurs accords commerciaux bilatéraux et plusieurs autres sont en chantier. En réalité, la gestion de l'élargissement à 10 nouveaux Etats-membres est prioritaire et l'expérience récente a démontré que le management de plusieurs accords déjà existants s'est révélé complexe et absorbant pour les experts de la Commission. En plus, l'Union Européenne s'est toujours présentée dans l'arène des relations internationales comme championne du multilatéralisme. Cela ne devrait pas pour autant occulter le fait que l'Union Européenne est engagée sur le front des négociations des Accords de Partenariat Economique avec les Pays ACP.

L'affaiblissement de l'OMC

L'OMC dont le prédécesseur le GATT (Accord Général sur les Tarifs douaniers et le Commerce) avait été créé par les Etats-Unis et l'Europe pour réguler les échanges commerciaux au sortir de la 2^{ème} Guerre Mondiale, est désormais présentée comme une institution aux méthodes médiévales. L'adhésion en masse de plusieurs nations en développement (qui représentent 4/5 des Etats-membres) suite à sa réforme en 1994 et la règle du consensus dans le processus décisionnel permettant à n'importe quel Etat-membre de paralyser l'institution n'en facilitent pas le fonctionnement. Certains ministres ont indiqué que l'échec des négociations était préférable à de mauvais arrangements. Ceci laisse planer le

¹ Suite du Prisme publié dans le numéro 17 d'Enjeux, Octobre - Décembre 2003

doute sur l'achèvement du Round de Doha à l'échéance du 1^{er} Janvier 2005 et par conséquent, sur la gestion des priorités des pays en développement au sein de l'OMC.

Mais personne tant dans le monde développé que dans les pays en développement ne tirerait profit de cet affaiblissement car l'OMC a été créée pour traiter des conflits commerciaux. Par exemple, très peu de pays ont les moyens institutionnels et matériels de traquer à travers le monde ou de protéger leurs industries des pratiques de dumping et autres mécanismes qui faussent les échanges internationaux. L'OMC demeure certes un instrument imparfait mais essentiel dont le démantèlement ferait ses premières victimes parmi les pays en développement. L'alourdissement de l'agenda de l'OMC par des questions qui sont éloignées des conflits commerciaux notamment l'environnement, l'investissement, la concurrence etc. ne peut que fragiliser son rôle.

Un libre –échange pour le développement durable

Pour Zaki Laïdi, Chercheur au Centre d'Etudes et de Relations Internationales de Paris, « le dogmatisme libéral est allé trop loin, d'autant plus que les pays riches prêchent pour les autres des principes qu'ils ne respectent pas eux-mêmes. C'est pourquoi il faudrait faire un audit mondial des politiques de libéralisation commerciales de ces dix dernières années pour établir les responsabilités et prendre des mesures adéquates ».

Nous demeurons convaincus que l'après Cancun devrait se traduire par un renforcement de la vigilance des pays en développement afin d'évaluer systématiquement le résultat des rencontres mini-ministérielles où se jouera l'après Cancun. Ils devraient continuer d'exercer une pression constante sur les négociations afin que les préoccupations de développement reviennent au centre du round des négociations. On retiendra qu'à Cancun, ce n'est pas pour la remise en cause du libre-échange que les pays en développement se sont mobilisés. Il s'agissait davantage d'un réaménagement des règles gouvernant aujourd'hui les échanges internationaux pour faire du commerce un instrument de développement et de réduction de la pauvreté pour un développement durable de la planète. Il appartient aux négociateurs et davantage aux politiques de traduire en actes les objectifs de développement du Millénaire pour en finir avec l'hypocrisie qui pérennise le statu-quo.