



Université catholique de Louvain

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de
communication

Commission Doctorale du Domaines des Sciences Politiques et Sociales
Laboratoire d'anthropologie prospective - LAAP

*Le marché informel du médicament à
Madagascar : une revanche populaire*

Chiarella Mattern

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences
politiques et sociales
de l'Université catholique de Louvain

13 décembre 2017

Promoteurs :

Dolorès Pourette (Institut de Recherche pour le Développement)
Pierre-Joseph Laurent (Université Catholique de Louvain)

Autres Membres du Jury :

Carine Baxerres (Institut de Recherche pour le Développement)
Jean-Pierre Olivier de Sardan (LASDEL-Université Abdou Moumouni-
EHESS-CNRS)
Mike Singleton (Université Catholique de Louvain)

Remerciements...

Je ne serais pas arrivée au bout d'un si long travail, sans l'aide et le soutien de certains d'entre vous.

Tout d'abord mes remerciements vont vers mes directeurs de recherche, Dolorès et Pierre-Jo qui m'ont encadrée « d'une main de velours » durant ces quatre belles années. Merci à Dolorès, pour ta confiance, pour ton suivi serein et optimiste au quotidien, pour ton encadrement humain. Merci à Pierre-Jo pour les questionnements vers lesquels tu m'as encouragée à plonger, m'obligeant à pousser toujours plus loin ma réflexion.

Je remercie ensuite les membres de comité de suivi pour leurs appuis, leurs précieux conseils et pour leur bienveillance, notamment lors des nombreux changements encourus en début de thèse. Merci d'avance à Carine Baxerres, Jean-Pierre Olivier de Sardan et Mike Singleton de me faire l'honneur de votre présence dans mon jury de thèse.

J'adresse mes sincères remerciements également aux directeurs passés et actuels de l'Institut Pasteur de Madagascar : Christophe Rogier, Mathilde de Calan, André Spiegel, Voahangy Rasolofo et Philippe Lasnier. Merci de m'avoir offert l'appui logistique et matériel nécessaire à la réalisation de cette thèse. Merci plus particulièrement à Laurence Baril pour son dynamisme que je prends pour modèle, à Rindra Randremanana pour les accompagnements au quotidien. Merci également à mes collègues et néanmoins amis de l'Institut Pasteur.

Un grand merci également à toute l'équipe du LAAP et plus spécialement à Babette, Sébastien et Saskia.

J'adresse un remerciement spécial à Florian Girond pour son appui dans la cartographie des flux de médicaments, à Christophe Luyckx, Gaël Hankenne et Tolotra Andriamparany pour leur expertise

pharmaceutique et à Maïté le Polain pour son cadrage sur l'économie populaire.

Je remercie chaleureusement François Bompard, Directeur Adjoint et Directeur Médical Accès au Médicament de SANOFI-AVENTIS GROUPE et son équipe pour le précieux soutien financier qui m'a appuyé dans l'organisation logistique de ma récolte de données.

Merci à mes collègues et amies de l'Université Catholique de Madagascar Fredo et Vohirana de m'avoir prêté un bureau perché sur les hauteurs d'Ambatoroka pour les moments d'isolement.

Ma gratitude va aux hommes et aux femmes qui m'ont accordé leur temps et leurs mots. Sans eux, cette thèse n'aurait pas pu aboutir... Je remercie chaleureusement les guides et assistants de recherche sur le terrain, qui m'ont permis de trouver un chemin dans le labyrinthe abyssal d'informations. Ils ont tous été sur le terrain bien plus que des interprètes.

Enfin, je remercie de tout mon cœur ma famille et belle-famille pour le soutien logistique entre autre. Merci à mes amis pour leur confiance et soutien moral. Merci plus particulièrement à Xavier, pour son soutien inconditionnel et sans faille. Je dédie ce travail à mes enfants qui ont vu le jour pendant l'élaboration de cette thèse.

Résumé :

Ce travail nous démontre, par une démarche inductive, en quoi le marché informel du médicament constitue une revanche populaire. Cette notion de « revanche populaire » est entendue comme une forme de contre-pouvoir mise en place par les vendeurs de médicaments, et dont la pratique est rendue pérenne grâce à la demande populaire en médicaments pharmaceutiques. Le marché informel du médicament, en tant qu'exemple d'initiative d'économie populaire, incarne un phénomène de contre-pouvoir dont la force est de proposer une alternative au cadre structurel pharmaceutique en place à Madagascar, considéré par nos interlocuteurs comme défaillant et non adéquat aux demandes des usagers. Ce contre-pouvoir s'organise autour du médicament comme « marchandise » et fait primer sa valeur marchande sur sa valeur thérapeutique. D'une part, le commerce de cette marchandise offre à ses vendeurs exerçant au sein du secteur informel l'opportunité d'une évasion de la condition paysanne et l'invention d'un nouveau « vivre ensemble », fondé sur des valeurs ancestrales : le *fihavanana* ou le principe d'unité qui constitue la clé de voûte des relations sociales à Madagascar, et le respect du *tanindrazana*, les terres ancestrales. D'autre part, pour les usagers, l'acquisition des « médicaments-marchandises », telle que permise par le biais du marché informel du médicament et réalisée hors du contexte biomédical de la consultation médicale, est en adéquation avec les modes de dépenses habituelles (miniaturisation des quantités achetées, achat hors d'une relation de conseils, référence à un commerce de proximité).

Mots clés : Anthropologie, Madagascar, système pharmaceutique, médicaments, marché informel

Note explicative :

Dans la première partie de ce travail portant sur la méthodologie, j'alternerai l'utilisation du « je » (pour les terrains effectués sans

l'aide d'une interprète) et du « nous » pour le travail réalisé avec l'aide de mes guides, intervenues à différents moments de la récolte de données (deux guides et une assistante de recherche).

Afin de garantir l'anonymat des enquêtés, tous les noms des personnes interviewées ont été modifiés. Les statuts au sein des organismes ont été rendu anonymes également par souci de respect des interlocuteurs. Les noms des lieux ont cependant été gardés, vu l'importance accordée à la contextualisation géographique de cette étude.

Durant mes recherches, une grande partie des entretiens ont été réalisés en malgache (dialectes merina et betsileo, selon les lieux d'enquête). Les discours ont été traduits en français. Les extraits d'entretiens énoncés en français tels que présentés ici ont au besoin été modifiés (syntaxe, accords, etc.) en vue d'une lecture plus fluide. Certains termes émiqes sont écrits en italique dans le texte. Les termes ou expressions sont mises entre guillemets pour indiquer une distance par rapport au sens habituel (ironie, recul sémantique).

Tout au long de ce manuscrit, les encadrés blancs renvoient à des extraits de mon carnet de terrain, extraits d'entretiens, aux observations ou récits énoncés par mes interlocuteurs. Les cadres gris sont consacrés à des extraits d'ouvrages, d'articles ou de rapports.

Je suis l'auteur des photos illustrant ce travail. La source des photographies n'est donc pas systématiquement rappelée. Les cartographies ont été réalisées par Florian Girond, géographe de la santé.

Table des matières

Introduction.....	7
 Partie I : Enjeux théoriques et méthodologiques d'un terrain « clandestin ». Une démarche réflexive pour la recherche.....	 23
Chapitre 1 : Définitions et approches théoriques de la notion d'économie populaire	23
Chapitre 2 : Le médicament comme objet de recherche en anthropologie de la santé	41
Chapitre 3 : Méthodologie. Les différents temps de la recherche	61
 Partie II : Analyse du système pharmaceutique malgache	 111
Chapitre 1 : Flux de médicaments, perspectives internationales, perspectives locales.....	111
Chapitre 2 : Analyse du système pharmaceutique malgache	123
Chapitre 3 : Un secteur informel officiellement réprimé mais officieusement intégré.....	165
Chapitre 4 : Le système pharmaceutique malgache : entre un système « libéralisé » et un système « administré »	178
 Partie III : Le marché informel du médicament, une initiative d'économie populaire	 191
Chapitre 1 : Contextualisation de l'émergence du marché informel du médicament à Madagascar.....	192
Chapitre 2 : Ambohipo, organisation et fonctionnement	207
Chapitre 3 : Enchevêtrement de logiques familiales et marchandes autour d'une pratique commerciale.....	247

Partie IV : Une demande populaire en médicaments	281
Chapitre 1 : Connaissances et savoirs populaires en santé	282
Chapitre 2 : Le médicament au cœur des pratiques de soins à Antananarivo.....	303
Chapitre 3 : Défiance généralisée du système de santé public	343
 Conclusion générale : Le marché informel du médicament à Madagascar ou l'institution d'un « contre-pouvoir ».....	 365
Bibliographie	378
Annexes.....	409

Introduction

Octobre 2017. Une épidémie de peste pulmonaire s'abat sur les deux plus grandes agglomérations urbaines de Madagascar : Tamatave, la ville portuaire à l'est du pays et Antananarivo, sa capitale située sur les Hautes Terres Centrales. Après 30 ans de silence à Antananarivo, on observe actuellement une réémergence importante de la peste dans la capitale qui constitue un nœud des transports et échanges commerciaux dans le pays. La particularité de l'épidémie qui frappe Madagascar en ce dernier trimestre de 2017 réside dans le fait que cette épidémie est à prédominance pulmonaire, contrairement à ce que l'on observe habituellement ¹.

Après le premier communiqué de presse diffusé le 29 septembre 2017 par le Ministère de la Santé Publique, les rumeurs à propos de ruptures de stocks de médicaments créent des mouvements de foules qui se ruent vers les pharmacies et le marché informel. « *Psychose autour de la peste à Toamasina (Tamatave). Rationnement des ventes de Cotrim² et longues files devant les pharmacies* », « *Pénurie et flambée du prix du médicament Cotrim* », « *Les médicaments de « chimioprophylaxie » ont disparu des pharmacies. Leur consommation est prohibée par le ministère de la Santé publique* » : tels sont les titres faisant la une des grands hebdomadaires nationaux ces 14 et 15 septembre 2017. Les pharmacies d'officines se mettent à vendre des « kits » anti-pestes constitués de masques, gel lavant pour

¹ La peste est endémique à Madagascar. Chaque année, la saison pesteuse s'étend d'octobre à avril et cause près de 400 cas de peste, avec 90% de peste bubonique. Contrairement à la forme bubonique, la peste pulmonaire est contagieuse et se transmet directement d'homme à homme par voie aérienne. Sa létalité est bien plus importante. Cette année, l'épidémie s'est déclarée plus tôt, avec un premier cas le 28 août. La seconde particularité réside dans le fait qu'elle touche deux villes, où il existe une grande concentration humaine.

² Le cotrimoxazole est un des trois traitements de chimioprophylaxie recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé pour prévenir contre la peste.

les mains et éventuellement des antibiotiques (cotrimoxazole et ciprofloxyne). Sur le marché informel, des masques sont vendus à des prix deux fois plus élevés que leur prix de base. La plaquette de Cotrimoxazole, habituellement vendue à 1000 *ariary*³ sur ce marché [0,3€] est aujourd'hui vendue cinq fois son prix sur le marché informel. Les autorités sanitaires et l'Ordre des Pharmaciens craignent une recrudescence des résistances antibiotiques en raison des pratiques d'automédication. Des messages informant des risques de l'automédication commencent à circuler abondamment via les médias nationaux (radio, journaux).

L'étude de cette épidémie ne fait pas l'objet de cette thèse. Cependant, elle met en lumière les dynamiques qui sont au cœur de notre recherche sur les logiques d'approvisionnement du système pharmaceutique malgache, notamment le rôle central du marché informel au sein du système pharmaceutique malgache et la marchandisation du médicament aux différents échelons de l'échelle sanitaire.

Le dessin satirique ci-dessous, sur lequel on peut voir un vendeur du « marché noir » proposer des tablettes de cotrimoxazole dix fois plus chers que le prix indiqué en pharmacie, a été publié dans un hebdomadaire national du 15 septembre 2017. Ce dessin, ainsi que les articles de presse concernant l'épidémie, illustrent particulièrement bien l'idée de marchandisation de la santé, telle qu'elle a lieu actuellement autour de l'épidémie de peste : spéculation, adaptation des prix des produits pharmaceutiques à l'afflux de demandes, etc.

³ Pour information, 1 euro représente 3500 *ariary*. Selon la Banque Mondiale, le salaire moyen à Madagascar s'élève à 46,6\$ (150 000 *ariary*) <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx>.



Source : La dépêche de Madagascar, 15 septembre 2017

Contextualisation globale de la recherche

Le présent travail intitulé « *Le marché informel du médicament à Madagascar : une revanche populaire* »⁴ rend compte des logiques d’approvisionnement caractérisant les différents secteurs du système pharmaceutique malgache (privé, public et informel) et les contextes d’usages des médicaments par les populations à Antananarivo. Le fil rouge de ce travail est l’analyse du phénomène de marchandisation du médicament en cours à Madagascar par l’étude en finesse de deux « lieux » où se cristallise ce phénomène : l’offre et la demande de médicaments. Dans ce travail, le terme « marchand » ne renvoie pas aux caractéristiques techniques du marché (comme dans l’approche des ressources), mais plutôt à l’objectif de rentabilité qu’il véhicule.

⁴ Cette expression « revanche populaire » m’a été suggérée par Pierre-Jo, lors d’une de nos discussions à mi-parcours autour des résultats de ma thèse en juin 2016. Je le remercie chaleureusement pour la justesse et la valeur heuristique de cette terminologie qui finalement est devenue fondamentale dans mon travail.

En ce sens, « marchand », « lucratif », seraient des expressions synonymes (Marée et Mertens, 2005). Le médicament et plus largement la santé seraient donc des biens en circulation, des biens et services échangés avec une finalité lucrative.

Le « médicament » est entendu dans ce travail comme « *substance thérapeutique pharmacologiquement active, conçue et/ou validée par la recherche médicale, produite de manière industrielle* » (Badji & Desclaux, 2015 : 20). Notre travail de thèse porte exclusivement sur les médicaments dits « pharmaceutiques ». Le terme « médicament » sera donc utilisé pour y référer, sauf indication contraire de notre part.

Avant d'explorer la situation malgache au regard de ce phénomène, il est nécessaire de placer notre recherche sur la scène plus globale de l'extension inédite du domaine pharmaceutique à l'échelle planétaire, constatée par de nombreux auteurs depuis les années 1970.

La pharmaceuticalisation de la santé : un phénomène en marche

Les pays du Sud sont envahis par les médicaments pharmaceutiques⁵ : tel est le constat posé par Van der Geest et Whyte (1988 : 9) en 1988. Ce phénomène, caractérisé selon ces auteurs par l'omniprésence des médicaments dans les contextes de vie des populations du Sud (disponibilité sur les marchés, auprès de guérisseurs traditionnels, sans prescriptions) est aujourd'hui encore d'actualité si on en croit le développement de la littérature en anthropologie du médicament à ce sujet. Le médicament est un produit de la globalisation qui circule entre les pays et fait l'objet de transactions et de négociations sociales qui impliquent différents acteurs intervenant à différents niveaux, de la production à la consommation.

⁵ Comme en attestent les travaux de Fainzang traitant des rapports qu'entretiennent les malades avec leurs médicaments, un phénomène de « surconsommation » coexiste en France avec une réalité de « sousconsommation » des médicaments pharmaceutiques (Fainzang, 2007b, 2012).

Ce constat illustre une dynamique paradoxale qui est au cœur du processus de diffusion du médicament au Sud : d'une part, les questions de déficits dans l'approvisionnement en médicaments essentiels⁶ se posent pour un grand nombre de pays du Sud (Desclaux et Egrot, 2015 ; Klimek et Peters, 1995). D'autre part, ces mêmes pays sont marqués par une profusion en masse de médicaments pharmaceutiques marquée par une diversification des formes et des usages (Desclaux et Egrot, 2015 ; Mamadou et Desclaux, 2015).

Au cours de ces cinquante dernières années, l'usage du médicament prend une place prépondérante dans les soins de santé tant au nord qu'au sud, il est devenu l'un des moyens techniques de soins les plus efficaces et les plus accessibles (Desclaux et Egrot, 2015 : 9). Dans ce contexte, la notion de pharmaceuticalisation commence à être invoquée dans les écrits sociologiques et anthropologiques portant sur le médicament (Collin et David, 2016 : 3) dès la fin des années 1980. Le développement et l'extension de la biomédecine offrent une place centrale au médicament : le phénomène de pharmaceuticalisation est donc en marche. Nous verrons que Madagascar est engagé dans ce même processus.

Dans la littérature en sciences sociales, le concept de pharmaceuticalisation – ou médication – est généralement utilisé pour rendre compte de ce phénomène croissant d'usage de produits pharmaceutiques pour restaurer et maintenir la santé (Van der Geest, 2017 : 3). Nichter est le premier anthropologue à utiliser cette notion (Nichter, 1996). Ses travaux portant sur l'Inde analysent la tendance croissante à la marchandisation de la santé à travers les médicaments. Il propose une définition plus symbolique de la notion de pharmaceuticalisation, en avançant que les individus attribuent un

⁶ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les médicaments essentiels comme étant les médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité http://www.who.int/topics/essential_medicines/fr/.

pouvoir aux médicaments qui dépasse largement leurs principes actifs. Il met en évidence le fait que ce qui est vendu aux populations est l'idée que la santé peut être obtenue à court terme par la consommation de médicaments (Nichter, 1996 : 266).

L'intérêt de la sociologie et l'anthropologie invitant à la réflexion autour de cette notion s'est accru ces dix dernières années (Abraham, 2011 ; Collin et David, 2016 ; Williams, Gabe et Davis, 2008 ; Williams, Martin et Gabe, 2011). Dans l'introduction de leur ouvrage, Collin et David montrent qu'au cours de ces dernières décennies l'extension internationale du domaine pharmaceutique s'est réalisée de manière « macro » (par la diffusion des médicaments et des essais cliniques) et sur un plan plus individuel ou « micro » de la vie sociale : travail, relations sexuelles, réussites scolaires (Collin et David, 2016). En d'autres termes, les médicaments envahissent les marchés nationaux mais également la vie quotidienne des individus. La notion de marchandisation souligne pour sa part la valeur économique assignée à un objet conçu au départ en dehors du circuit de la vente et de l'achat. Cette notion présente l'avantage de décrire « *un processus de dérégulation du marché pharmaceutique, à partir du moment où celui-ci consiste à mettre en vente libre des médicaments prescrits, à échapper à la régulation professionnelle sinon à l'enregistrement des médicaments mis sur le marché par l'Etat* » (Baxerres et al., 2017 : 6). Comme l'illustre l'exemple de transactions commerciales autour du médicament dans le cadre de l'épidémie de peste frappant actuellement Madagascar rapidement évoquée au début de cette introduction, nous verrons que cette notion de marchandisation s'applique à la fois au marché informel et au marché formel (système public et privé).

Les notions de marchandisation et pharmaceuticalisation renvoient d'une part à l'idée de l'omniprésence des médicaments dans les pays du Sud, tant sur une échelle globale que locale. D'autre part, elles soulignent les différentes facettes du médicament, pouvant être appréhendé à la fois comme un objet « scientifique, populaire et

marchand » (Baxerres, 2014 : 113). En effet, le médicament est sans conteste un « *dispositif médical* » (Akrich, 1995), la vocation première du médicament étant de maintenir la santé des individus. Cet objet dispose intrinsèquement d'une valeur thérapeutique. Van der Geest et Whyte montrent que « *le charme des médicaments* », empreints d'une importante popularité, émerge justement de cet aspect concret (Van der Geest et Whyte, 1989), matérialisant la preuve de leur efficacité thérapeutique. Plusieurs auteurs ont mis en avant également la valeur marchande du médicament. Selon cette perspective, les produits pharmaceutiques sont des marchandises qui suivent la voie de toutes les marchandises : le marché (Van der Geest, 2017 : 2). Comme l'indique Baxerres, « *le caractère marchand du médicament est un formidable vecteur de dynamiques et d'initiatives* » (Baxerres, 2014 : 113). C'est précisément de dynamiques et d'initiatives construites autour du médicament qu'il s'agit dans ce présent travail.

« Madagascar ou l'éternel retour de la crise » (Fremigacci, 2014)

Depuis les années soixante, sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Madagascar est engagé dans un processus de réforme de son système de santé. Au même titre que d'autres pays africains, Madagascar s'est engagé en 1998 dans la mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts, soit « *le paiement partiel des prestations et médicaments par l'utilisateur* » (Olivier de Sardan et Ridde, 2014 : 5). Quatre années plus tard, pour pallier le manque de fréquentation et d'utilisation du système de santé public, l'Etat malgache met en place en 2002 la politique de gratuité des soins. C'est un échec. L'année 2004 est marquée par la réinstauration d'une politique de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé concernant les médicaments et les consommables médicaux. Elle porte le nom de FANOME (Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels). Au vu des variations importantes dans la performance des centres de santé publique, concernant notamment la mise en place d'une politique d'exemption de soins pour les plus démunis (fonds d'équité), l'Etat malgache remet en 2015

son système de santé en chantier. Actuellement, la couverture santé universelle (CSU) est en cours d'élaboration. L'idée est de mettre en place une assurance maladie par affiliation volontaire dans trois districts de trois régions, capable d'offrir un panier de soins minimum à l'ensemble des adhérents. Persuadé que l'exemple aura valeur de plaidoyer, le Ministère espère qu'ensuite, il sera beaucoup plus facile d'étendre le dispositif à l'ensemble du pays (Pourette et al., ouvrage à paraître).

Les impasses politiques qui caractérisent Madagascar depuis plusieurs décennies ont mené notamment à la fragilisation des populations (Blanc-Pamard et Ramiarantsoa, 2003 ; Roubaud, 2002) et du système de santé publique : détérioration du réseau routier, insuffisance et/ou absence des ressources humaines au sein des formations sanitaires, vétusté des infrastructures et équipements sanitaires aggravée par les carences dans leur gestion et leur maintenance, la mauvaise qualité de l'accueil, la non-disponibilité des intrants nécessaires ⁷. Au sortir de la dernière crise politique (2008-2013), 72 % de ses 22 millions d'habitants vivait sous le seuil de pauvreté national, situant Madagascar au 154^{ème} rang sur 188 en termes d'indice de développement humain ⁸. Parallèlement à cela, la part des ménages dans les sources de financement de la santé a doublé depuis 2003, tandis que celle de l'Etat a chuté (de 15,3% en 2011 à 7,5% en 2014). Nous sommes donc loin à Madagascar de l'engagement des Chefs d'Etat pris à Abuja de consacrer 15% des ressources budgétaires nationales au secteur de la santé. Au même moment le pouvoir d'achat des ménages connaît une nette diminution. Aujourd'hui, les ménages doivent faire face à des coûts en santé plus élevés, pour des soins de moins bonne qualité. Entre autres conséquences, le taux de

⁷ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé de Madagascar

⁸ <http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/countryinfo.html>

consultations externes des formations sanitaires ⁹ a reculé (37,6 % en 2008 à 28 % en 2015) ¹⁰.

Face à la déliquescence du système sanitaire public malgache, les populations développent depuis des décennies des stratégies en marge de l'offre de soins qui leur est proposée. Les cheminements de recherche de soins sont caractérisés par un grand pragmatisme : recherche de soins efficaces, accessibles et à moindres coûts. Certaines de ces pratiques s'inscrivent dans un continuum avec les traditions ancestrales de soins, bien avant que la santé publique ne se développe sur l'île - le recours aux matrones pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement (Pourette, à paraître ; Quashie et al., 2014), aux guérisseurs traditionnels ou à la phytothérapie (Didier, 2015a) par exemple. D'autres trouvent leur source dans les mouvements de mondialisation qui ont bouleversé Madagascar dans les années 1980-1990 à l'instar du reste de la planète; les traitements par la prière proposés par les « nouvelles Eglises » ou « Eglises indépendantes malgaches » (Blanchy et al., 2006 ; Dubourdiou, 2002) ou encore le recours au marché informel du médicament pharmaceutique.

Dysfonctionnements dans l'offre en médicaments à Madagascar

A Madagascar, les voies d'accès aux médicaments prévues pour les populations sont plurielles. Outre le système public qui offre des médicaments via les pharmacies de centres de santé de base et hôpitaux, le système privé assure la disponibilité des médicaments via les pharmacies (dans les agglomérations urbaines) et les dépôts de médicaments en milieu rural. Dans les villages plus isolés, les médicaments sont rendus disponibles par des marchands ambulants, passant de village en village pour la vente en détail (au comprimé) et

⁹ Consultations sans hospitalisation.

¹⁰ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé de Madagascar

en semi détail (à la tablette) (ravitaillement des épiceries ¹¹ et autres points de vente) et par des vendeurs sur des étals les jours de marché. Cette répartition laisse de nombreuses zones en proie à une faible couverture en médicaments. Les populations isolées s'orientent alors vers une prise en charge personnelle ou familiale du diagnostic et vers un auto-traitement de leurs épisodes de maladie. En ville, l'absence des personnels de santé et l'isolement géographique à l'égard des formations sanitaires ne sont pas de mise pour expliquer la pratique d'automédication. Mais les difficultés financières notamment d'accès à des soins de qualité et aux médicaments essentiels présentent autant de freins à une recentralisation de la santé aux mains des professionnels. Cette pratique est renforcée par une perte de confiance dans le système sanitaire public. *« Les problèmes semblaient se situer non au niveau d'une pénurie générale, mais à celui d'une organisation défectueuse à tous les niveaux d'approvisionnement, et de trafics non sanctionnés »* (Mestre, 2014). C'est dans ce contexte politique et économique que s'ancrent mes recherches.

Problématique

Ce travail tente de démontrer que le marché informel du médicament, en tant qu'exemple d'initiative d'économie populaire tel que définie plus bas, constitue une « revanche populaire », entendu au sens d'une « *action par laquelle on reprend un avantage* » ¹² ou encore le fait de racheter une défaite par une victoire. Nous le verrons, la vente de médicaments via le secteur informel constitue pour les vendeurs une possibilité d'émancipation de la condition paysanne. Du côté de l'utilisateur, le marché informel constitue l'opportunité de prendre en charge sa santé, dans un contexte de désengagement de l'Etat et de défaillance structurelle du système de santé publique. La condition *sine qua non* de cette « revanche » est la marchandisation du

¹¹ L'on nomme « épicerie » à Madagascar tout petit commerce de produits de première nécessité (PPN) : riz, huile, savon, légumes, etc. Une description plus détaillée sera donnée plus loin.

¹² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/revanche/69050>

médicament : c'est le médicament, en tant que marchandise, qui permet la réinvention d'un « vivre ensemble » et la « reproduction de la vie » (Polanyi, 2008) pour les vendeurs. Par ailleurs, c'est précisément parce que le médicament-marchandise est rendu accessible au sein des commerces de proximité, et sous les modalités de vente analogues à celles d'autres marchandises, que le système informel constitue une réponse adéquate aux demandes populaires.

La question générale qui guide ce travail de recherche est la suivante : comment le médicament pharmaceutique est-il valorisé (valeur marchande et/ou valeur thérapeutique), au fil de sa « biographie de vie » (Van der Geest et al., 1996) à Madagascar ?

Notre hypothèse est que tant du point de vue du cadre structurel (règlementations pharmaceutiques, distribution aux différents échelons via les secteurs de distribution pharmaceutique privé, public et informel), que du point de vue des pratiques d'usages, nous assistons à Madagascar à un phénomène de marchandisation du médicament. Sa valeur marchande prévaut à tous les échelons de la distribution et de l'utilisation sur sa valeur thérapeutique. Cette perspective, qui a déjà été adoptée ailleurs (Nichter pour l'Inde, Van der Geest pour le Cameroun, Baxerres pour le Bénin etc.), n'a jamais fait l'objet de recherches spécifiques à Madagascar.

Nous verrons dans ce travail que plusieurs qualificatifs sont attribués par les différents acteurs de la problématique au secteur de distribution informel de médicaments : marché parallèle, illicite, marché noir, clandestin, illégal. Nous avons choisi de caractériser ce marché d'« informel » au sens où il relève d'une pratique de vente et d'achat de médicaments se déroulant en dehors d'un cadre formel imposé par l'Etat et par le système de santé biomédical qui prévaut à Madagascar. La formulation « marché informel » est généralement choisie en anthropologie pour désigner ces pratiques (Baxerres, 2015). A ce sujet, ma réflexion autour du marché informel du médicament se situe dans la ligne de pensée de Lautier et al. qui défendent dans leur

ouvrage l'idée qu'il n'existe pas d'informel sans le formel ; plutôt que de situer l'informel aux marges du système, ces auteurs lui confèrent un rôle central (Lautier, de Miras et Morice, 1991). Nous verrons en effet que le secteur informel de distribution de médicaments est intrinsèquement articulé aux secteurs formels qui composent le système pharmaceutique malgache. Par ailleurs, loin d'être une pratique marginalisée, la vente informelle de médicament se situe au cœur même des trajectoires thérapeutiques des sujets, le recours au marché informel étant une pratique généralisée et largement banalisée par les usagers. Dans ce sens, il est analysé comme une initiative d'économie populaire. Dans le même ordre d'idée, tout au long de ce travail, nous qualifierons d'« *informel* »¹³ également certains services en santé (pratique de la médecine sans autorisation d'exercer par exemple au sein de cabinets que l'on nommera « privés-informels ») et certains canaux de distribution de médicaments (via des cabinets n'ayant pas le statut de « dispensaire » autorisant la vente de médicaments ou encore par le biais du marché informel du médicament).

Deux axes de recherches découlent de notre question de départ. Le premier porte sur la forme que prennent le système pharmaceutique malgache et les cadres réglementaires qui le régissent. Les acteurs de ce premier axe sont l'Etat, les secteurs de distribution privé, public et informel, constituant le système pharmaceutique malgache. Plus particulièrement, pour l'analyse théorique et empirique du secteur informel du médicament, nous adopterons la perspective d'« économie populaire » qui, de par « *son attention portée aux dynamiques et à la cohérence interne des entités socio-économiques* » (Hillenkamp, 2009 : 4) rend plus justement compte du caractère original de la réalité malgache que le terme d'« économie

¹³ Nous utiliserons le terme « *informel* » pour paraphraser les auteurs qui s'y sont consacrés à Madagascar et pour référer aux nombreuses activités qui se développent hors du cadre de l'Etat : artisanat de production (meubles, outils, vêtements), certains services (transport, santé), commerces fixe (épiceries) ou ambulant, cette liste étant bien-sûr non exhaustive.

informelle »¹⁴. Comme l'indique Maucourant, le marché et les processus marchands sont des objets *a priori* économiques mais ils peuvent être éclairés par des points de vue historique, anthropologique et sociologique (Maucourant, 2014). Le marché informel du médicament à Madagascar est donc analysé ici comme une initiative d'économie populaire, définie comme étant « *l'ensemble des activités économiques et des pratiques sociales développées par les groupes populaires en vue de garantir, par l'utilisation de leur propre force de travail et des ressources disponibles, la satisfaction des besoins de base, matériels autant qu'immatériels* » (Sarria Icaza et Tiriba, 2005: 217). Nous verrons que l'organisation et le fonctionnement du marché informel, qui se fondent sur l'existence de capitaux détenus par les vendeurs (capital social et capital économique), se caractérisent par la satisfaction des besoins de base et permettent, selon l'expression de Coraggio, « *la reproduction élargie de la vie* » (Coraggio, 1995).

La notion de « capital social » est entendue dans cette thèse dans le sens que lui attribue Bourdieu à savoir « *l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances et d'inter reconnaissances ; ou, en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe, comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes, mais aussi liés par des liaisons permanentes et utiles* » (Bourdieu, 1980). Cette définition met en avant la permanence des liens d'interconnexion entre individus (1980). A cette première définition nous rajouterons celle de Vuarin qui souligne l'idée de « crédit » induite dans cette relation : « *un capital de relations familiales, amicales, de voisinage, professionnelles ou politiques, important et solide, c'est-à-dire que cela implique estime et confiance. C'est en quelque sorte la*

¹⁴ Comme nous le verrons plus bas, la définition de l'« économie informelle » est au cœur de nombreux débats depuis les années 1970. Le mot « informel » est apparu au début des années 1970 dans le rapport d'un anthropologue anglais (Hart, 1971) et dans un rapport du Bureau International du travail sur l'emploi au Kenya.

personnification du crédit dont on dispose » (1994 : 255). Ainsi, l'idée de « capital social » implique à la fois la possession de réseaux d'interrelations éventuellement institutionnalisées, qu'il s'agit d'entretenir dans la durée car elles constituent un « avoir » considérable. Ces liens sociaux structurent la vie sociale et peuvent contribuer significativement à la réussite d'un projet, comme nous le verrons dans cette thèse. La pratique de vente informelle rassemble en effet divers réseaux, dont le point commun réside dans l'appartenance à une même famille élargie (entendue au sens où les membres sont tous descendants de mêmes ancêtres). Nous verrons que le contexte de vie spécifique des acteurs de ce marché façonne leurs pratiques socio-économiques, et la prise en compte de ce contexte est cruciale pour la compréhension de leurs modes opératoires.

Le second axe de recherche porte sur la demande populaire en médicaments, les modalités d'acquisition et leurs usages. A la lumière des travaux en anthropologie sur le rapport des populations aux médicaments, il s'agit ici d'analyser les modalités d'acquisition des médicaments pharmaceutiques et les usages populaires qui en sont fait par les ménages à Antananarivo. Cette perspective nous permet de questionner les représentations de la santé, et les logiques sous-tendant les pratiques de recours ou non-recours aux médicaments pharmaceutiques. La question de la marchandisation de la santé se posera ici du point de vue de l'utilisateur. Le terme « utilisateur » sera utilisé dans un double sens : l'utilisateur comme consommateur d'un bien-marchandise, et l'utilisateur au sens utilisé par Olivier de Sardan dans ses travaux référant à l'utilisateur comme étant celui qui recourt à la délivrance d'un service, à savoir le système de santé.

Déroulement de la thèse

La première partie de ce travail sera consacrée au cadrage théorique et méthodologique de nos propos. Les caractéristiques du travail de recherche en partie menée sur un terrain « sensible » (Bouillon, Fresia

et Tallio, 2005) nous permettront de comprendre la méthodologie adoptée dans le cadre de cette recherche.

L'analyse du système pharmaceutique malgache sera l'objet de la seconde partie. Partant de la visualisation cartographique du flux des médicaments, cette partie aura pour objectif la caractérisation du système pharmaceutique, au vu des modèles développés par Baxerres dans sa thèse (Baxerres, 2010). L'analyse de ce système nous conduira à une réflexion concernant le contexte de pérennisation du secteur informel de distribution de médicaments, ainsi que sur la valeur marchande du médicament, comme prévalant aux différents échelons de la distribution. Ce travail propose une structure d'analyse positive de ce secteur, c'est-à-dire la façon dont il fonctionne, son organisation et ses institutions (Nsarhaza, 1997).

La troisième partie de ce travail sera dédiée à l'analyse approfondie des pratiques d'économie populaire à l'œuvre dans la vente informelle de médicament, et les défis qui se posent à ces pratiques dans un environnement changeant. Le contexte d'émergence du marché informel, l'organisation et le fonctionnement de la vente informelle seront d'abord décrits, ainsi que les points d'articulation entre les différents secteurs de distribution pharmaceutique. Cette partie démontrera enfin les différentes logiques à l'œuvre dans l'exercice de cette activité marchande : logiques économiques, sociales et politiques. Pour analyser les pratiques sous-jacentes à la vente de médicaments, le cadre d'analyse proposé par Karl Polanyi (1975, 1983, 2008) sera mobilisé. Cette partie montrera en quoi le marché informel du médicament à Madagascar est un exemple emblématique d'initiative d'économie populaire.

Enfin, la quatrième partie entendra examiner comment les connaissances et savoirs populaires en santé peuvent avoir un impact sur les usages des médicaments pharmaceutiques. Les recours aux soins pour la gestion des maladies du quotidien de l'enfant seront ici plus spécifiquement abordés. Les logiques de recours au marché

informel par les ménages de la capitale constituent une composante importante de cette partie. La notion d'automédication y sera questionnée à la lumière des nombreuses études déjà réalisées sur cette thématique. Cette pratique est envisagée ici comme l' « acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine ou auprès d'une autre personne » (Fainzang, 2012 : 3). Nous verrons que le marché informel répond adéquatement aux demandes populaires en médicaments. Ce travail offre une réflexion sur l'influence du cadre structurel (réglementations pharmaceutiques et canaux de distributions) sur les pratiques et les usages en matière de médicaments pharmaceutiques. Enfin, l'automédication sera analysée comme étant une stratégie d'évitement du système de santé publique malgache, et des défaillances du système sanitaire. Si de nombreux auteurs ont développé ces questions dans d'autres pays du Sud (Baxerres, 2010 ; Reynolds Whyte, Van der Geest et Hardon, 2002 ; Van der Geest, Hardon et Whyte, 1990 ; Van der Geest et Whyte, 1989 ; Van der Geest, 1987a) un examen approfondi faisant émerger les spécificités malgaches restait à faire.

Partie I : Enjeux théoriques et méthodologiques d'un terrain « clandestin ». Une démarche réflexive pour la recherche

Dans cette première partie nous présenterons l'élaboration théorique et méthodologique de notre problématique de recherche. Nous verrons que celle-ci a été mise en œuvre en dialogue avec un cadre théorique particulièrement riche mobilisant des notions issues de l'économie populaire, de la sociologie des réseaux, et de l'anthropologie de la santé et du médicament.

Chapitre 1 : Définitions et approches théoriques de la notion d'économie populaire

1. Un point de départ : l'économie informelle

La notion d'économie « informelle » ou de « secteur informel » a été largement étudiée depuis les années 1970 ¹⁵, particulièrement dans la littérature économique qui s'attache à la définir d'un point de vue strictement économique. Cette notion est employée pour la première fois dans une étude réalisée par l'anthropologue Keith Hart au Ghana ¹⁶ (1973). Au même moment, le Bureau international du travail (BIT) (BIT-ILO, 1972) ¹⁷ reprend le terme d' « informel » dans un rapport publié en 1972 sur la situation de l'emploi urbain au Kenya dans le cadre du Programme mondial de l'emploi lancé en 1969.

¹⁵ L'objectif ici n'est pas de faire le bilan des débats actuels autour de la notion de l'informel. Car pour paraphraser Ayimpam (2014), « un ouvrage entier n'y suffirait sans doute pas ». Mais ce bref passage historique reprenant l'origine de cette catégorie sémantique ainsi que les tentatives de définition nous permettront d'analyser le phénomène de vente informelle de médicament à Madagascar à la lumière de ces outils théoriques, même s'ils ne reflètent que partiellement la réalité de ce phénomène singulier.

¹⁶ L'anthropologue a témoigné d'une logique « d'opportunité de revenu » sous-jacentes aux pratiques informelles observées dans des ménages en situation économique difficile au Ghana.

¹⁷ http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1972/72B09_608_engl.pdf

L'origine du développement du concept d'économie informelle est née du constat de l'existence d'activités productives non déclarées dans les villes des pays en voie de développement. Le secteur informel désigne alors l'ensemble des activités non absorbées par le secteur moderne (Lemaître et al., 2016).

La littérature économique décrit trois approches dominantes en ce qui concerne les origines et les causes de l'informalité (Bacchetta *et al.*, 2009 ; Roubaud, 1994). La première approche « dualiste » du phénomène s'inscrit dans la continuité des travaux de Lewis (Lewis, 1954). Le secteur informel est considéré comme une composante résiduelle du marché du travail. Il n'entretiendrait pas de lien avec l'économie formelle. L'analyse du secteur informel est orientée essentiellement vers les unités de productions et leurs rapports au juridique, elle ne tient pas en compte la notion de circulation des biens et des individus entre les secteurs. La base implicite de la littérature consacrée à cette notion repose sur le postulat que le développement procède de la croissance du secteur moderne (Lemaître et al., 2016 : 90) et qu'avec la modernisation et le développement des pays du Sud, l'informel sera aspiré par le formel. Les analyses ont pour objectif de saisir le dualisme qui caractérise les économies dites en développement ainsi que l'importance et la persistance d'un secteur informel en tant que réalité incontournable de ces économies.

Une seconde approche est développée entre les années 1980 et 1990, en réponse aux critiques adressées à cette première approche soulignant une vision trop dichotomique de la réalité opposant le secteur industriel moderne au secteur traditionnel agricole ou de petits services. Ces critiques mettent en relief les difficultés, sur les bases théoriques proposées, de classifier et rendre compte de certaines situations de travail et rapports de production. Une nouvelle approche « structuraliste » met alors l'accent sur les imbrications en système des deux ordres économiques et les interdépendances entre les secteurs formels et informels (flux de main d'œuvre entre les secteurs et liens économiques - concurrence, sous-traitance, distribution,

exploitation). Plutôt qu'une dualité (formel/informel), on parle alors d'un continuum pour considérer le champ des activités de production. Selon cette perspective, le secteur informel s'intègre dans le système capitaliste selon une relation de subordination ; en fournissant du travail et des produits bon marché aux entreprises formelles, le secteur informel accroît la flexibilité et la compétitivité de l'économie. Durant les mêmes années 1990, le lien entre l'informel et la pauvreté apparaît, *« l'informel devient le lieu de la reproduction sociale des pauvres et de la pauvreté, cependant que l'analyse demeure ancrée dans une logique utilitaire de satisfaction des besoins individuels en même temps que l'informel demeure un espace de production, le nœud distinctif étant celui de l'accès aux ressources »* (Turcotte, 2006 : 50). On parle alors d'« économie de subsistance » qui ne participe pas au processus d'accumulation globale mais plutôt à la survie individuelle.

Enfin, selon la troisième approche dite « légaliste » (Cling *et al.*, 2012) le choix de l'informalité est volontaire et lié aux coûts excessifs de légalisation associée au statut formel. L'informel n'est ici plus un secteur de « développement des stratégies de survie » (Lautier, 2004 : 4) mais plutôt un espace stratégique en réponse aux contraintes de l'économie formelle (Turcotte, 2006).

Au cours des dernières décennies, la tendance à utiliser des descriptions variées de l'informalité et des désignations diverses pour la nommer a persisté. Ce concept désigne aujourd'hui des phénomènes d'une grande hétérogénéité. La difficulté de trouver une approche consensuelle du concept d'économie informelle tient en partie à ce que les chercheurs ont une définition différente des origines et des causes de l'informalité (Bacchetta, Bustamante et Ernst, 2009). Depuis la vulgarisation de la notion énoncée par le BIT, les débats épistémologiques autour de sa définition n'ont pas cessé de se poursuivre. Les critiques et résistances autour de cette notion soulignent l'impertinence des approches dichotomiques qui sous-tendent la plupart des études sur l'économie informelle mais également son caractère ambigu et imprécis s'appuyant sur différents

critères pour sa définition : le statut des activités (enregistrées ou non enregistrées), l'accès à toute forme de protection sociale ou la taille des unités économiques peuvent être utilisés pour sa définition (Bacchetta, Bustamante et Ernst, 2009).

2. De l'économie informelle à l'économie populaire

Si les approches économiques évoquées plus haut à propos de l'économie informelle permettent d'éclairer certains aspects de la catégorie sémantique d'« économie informelle », elles ne permettent pas d'en appréhender pleinement sa dynamique (Ayimpam, 2014). En effet, aucune ne considère les logiques sociales dans l'exercice des activités marchandes informelles. Les travaux portant sur l'économie informelle tendent à ignorer le point de vue des acteurs (Favreau, 2014). Dans ce travail, nous concevons l'économie populaire à la manière d'auteurs tels que Hillenkamp (2007), Wautelet (2008), Favreau (2014), Lemaître et al. (2016) selon lesquels l'économie populaire et l'économie informelle sont des concepts qui possèdent certains traits communs sans toutefois être synonymes.

a. Economie populaire, éléments de définition

Des anthropologues, sociologues et économistes nous invitent à dépasser les limites de la notion d'« informel » en intégrant dans l'analyse les logiques sociales en jeu dans l'exercice des activités informelles (Agier, 1983 ; Ayimpam, 2014 ; Bauwens et Lemaître, 2014 ; Hillenkamp, 2009 ; Laville, Nyssens et Defourny, 2009 ; Lemaître et al., 2016 ; Nyssens, 1998 ; Peemans, 2010 ; Warnier, 1993). Dans leurs travaux, ces auteurs démontrent par des études de cas que certaines pratiques populaires fonctionnent selon leurs propres logiques. Elles n'ont pas forcément pour finalité de se formaliser, comme le prévoyait les premiers courants de pensées développés autour de la notion d'informalité. Ces travaux analysent des pratiques populaires, sans les comparer aux mêmes pratiques se déroulant dans un secteur formel de référence.

Dans son ouvrage intitulé « Commerce et sociabilité » (Agier, 1983), Agier montre par exemple que l'économie informelle ne se limite pas uniquement à une fonction marchande, mais que les réseaux sociaux autour de la pratique informelle sont orientés autant vers la construction du lien social que vers la recherche de profit. Dans la même logique, Ayimpam, dans son ouvrage sur l'économie de la débrouille à Kinshasa, souligne l'intérêt de ne pas se limiter à l'activité économique, mais d'inclure aussi *« tous les actes du quotidien qui s'articulent à cette activité économique et permettent aux citoyens qui la pratiquent de vivre »* (Ayimpam, 2014 : 25). Comme le dit cet auteur, *« on ne devrait pas réduire l'intérêt scientifique de ce phénomène [l'économie informelle] à sa seule dimension mercantile, car, selon toute vraisemblance, il répond aussi à des rapports sociaux complexes »* (Ayimpam, 2014 : 36).

Ces auteurs adoptent en fait la perspective d'« économie populaire », proposée dans les années 1980 par des chercheurs latino-américains (Hillenkamp, 2009). L'approche d'économie informelle, telle que définie par Sarria Icaza et Tiriva (2005) renvoie à deux idées fondamentales : la première idée réfère à une dimension de l'économie qui transcende l'obtention de gains matériels. Cette dimension est étroitement liée à la reproduction de la vie. Les fondements de l'économie populaire seraient les relations sociales ancrées dans des logiques de réciprocité et de coopération, par la création de stratégies de survie. Ces pratiques sont orientées vers l'obtention de gains monétaires mais aussi *« la création de conditions qui facilitent l'accès à des éléments fondamentaux dans le processus de formation humaine, tels que la socialisation du savoir ou de la culture, la santé, l'habitation »* (Sarria Icaza et Tiriva, 2005 : 217). Les initiatives d'économie populaire comptent avec l'appui de réseaux sociaux, elles peuvent être individuelles, familiales ou associatives.

La seconde idée que renvoie cette approche d'économie populaire est la multitude de configurations que peuvent en prendre les pratiques, au cours de l'histoire. Sarria Icaza et Tiria nous invitent à poser ces

questions, dans l'analyse de pratiques d'économie populaire : de quelle manière les secteurs populaires produisent et reproduisent au jour le jour leur existence ? Et qu'est-ce que l'économie populaire suggère des horizons politiques et économiques dans lesquels elle se développe ? Nous verrons comment répondre à ces deux questions, dans l'exercice de l'analyse du marché informel du médicament comme initiative d'économie populaire.

b. Une approche économique centrée sur les dynamiques créées par les groupes sociaux

L'économie populaire renvoie à « *une logique d'acteur social, dont les comportements, les valeurs, les pratiques ne peuvent être réduites arbitrairement à la seule dimension d'une informalité* » (Andriamanandrisoa, 2004 : 20). Il s'agit donc bien de saisir les pratiques socio-économiques et culturelles des acteurs « de la base » comme des réponses cohérentes à leur situation de vie et non pas négativement en référence à un ailleurs construit par d'autres acteurs (Wautelet, 2008 : 18). Wautelet indique à ce sujet que face à une vision univoque des modes de vie imposés de l'extérieur (d'abord les politiques d'ajustement structurel et ensuite les politiques de lutte contre la pauvreté), les populations locales revendiquent de pouvoir vivre au quotidien sur base de normes vécues de manière endogène au groupe (Wautelet, 2008 : 19). Cette sécurisation des conditions d'existence varie d'un territoire à l'autre, d'un contexte à l'autre. Par un ancrage au sein « *de leurs systèmes de sens et d'interprétation des rapports entre l'homme et la nature* » (Ela, 1998 : 234) les populations sont sans cesse à la recherche d'innovations porteuses de lien social et de solutions aux contraintes du milieu naturel. Ces innovations démontrent la capacité des acteurs d'interagir avec d'autres acteurs susceptibles à leurs yeux de résoudre certains de leurs problèmes vitaux (Wautelet, 2008 : 19).

Il s'agit surtout d'une perspective analytique qui vise à sortir d'une conception résiduelle au regard du secteur informel et qui tend

d'avantage à analyser en profondeur les pratiques socio-économiques d'un acteur pris dans sa dimension historique et sociale. La littérature adoptant cette perspective pose le postulat que cet acteur ne vise pas spécifiquement l'accumulation monétaire, mais la sécurisation de son cadre de vie et celui de ses proches (Hillenkamp, 2013). La sécurisation du cadre de vie englobe la sécurisation « *des constructions collectives porteuses d'un meilleur bien-être aux yeux de leurs acteurs* » (Wautelet, 2008 : 20).

L'économie populaire a pour objet l'analyse des activités de cet acteur, les logiques socio-économiques hétérogènes « *qui résultent de compromis complexes entre différentes considérations (minimisation du risque, préservation du lien social dans des environnements incertains)* » (Lemaître et al., 2016 : 91). Ainsi, les pratiques socio-économiques analysées dans les travaux portant sur l'économie informelle et populaire sont analogues (petite échelle de production, relations de travail non institutionnalisées), mais c'est la perspective analytique adoptée qui diffère (Lemaître et al., 2016 : 91).

3. Un cadre d'analyse « polanyien »

3.1. Une définition substantive de l'économie

« *L'économie humaine est [...] encastrée [embedded] et englobée dans des institutions économiques et non économiques. Il importe de tenir compte de l'aspect non économique* » (Polanyi, 2008 : 59)

Par sa métaphore de l'« encastrement » (*embeddedness*), Polanyi exprime l'idée générale selon laquelle l'économie dans son ensemble (et pas seulement le marché) n'est pas autonome mais plutôt subordonnée à des institutions « *non économiques* » à savoir « *la politique, à la religion, à la culture et aux relations sociales* » (Maucourant et Plociniczak, 2011 : 7). En ce sens, certains auteurs ont analysé les convergences entre Polanyi et le sociologue

français Mauss (Mauss, 2001), partageant tous deux une approche plurielle de l'économie ¹⁸. Selon Laville, « *l'apport de Polanyi et de Mauss peut être interprété comme la mise à disposition d'une grille d'analyse permettant d'appréhender le caractère pluriel de l'économie réelle par la mise en évidence de l'existence d'une diversité de principes économiques de répartition et de production en même temps que par l'attention portée aux formes d'encadrement institutionnel du marché* » (2003 : 240).

Les travaux portant sur des pratiques d'économie populaire (Degavre et Nyssens, 2008 ; Laville, Nyssens et Defourny, 2009 ; Lemaître et al., 2016) adoptent une définition « substantive » de l'économie dans la droite lignée des travaux de Polanyi (1983). Ce dernier démontre que certaines logiques socio-économiques particulières ne peuvent se réduire à une logique purement marchande. Sa définition « substantive » de l'économie englobe l'ensemble des activités dérivées « *de la dépendance de l'homme par rapport à la nature et ses semblables pour assurer sa survie* » (Polanyi, 2008: 53). Cette définition inclut donc sous le terme d'« économie » la dimension de lien et d'interdépendance entre sujets.

3.2. Une pluralité des principes économiques

Polanyi distingue quatre principes d'intégration économique qui prévalent dans la circulation des biens et services mais aussi dans la production et le financement : le marché (la recherche de gains par l'échange marchand), la redistribution, la réciprocité et l'administration domestique (Polanyi, 1983).

Le principe de réciprocité

Polanyi expose le principe de réciprocité notamment à partir des travaux des anthropologues Malinowski et Thurnwald sur les

¹⁸ Selon Hillenkamp, il existe deux différences fondamentales entre les concepts de réciprocité de Polanyi et le don contre don de Mauss. Pour plus d'informations à ce sujet, voir Hillenkamp (2013).

Trobriandais de Mélanésie occidentale. Cette économie est basée sur un principe de don et contre-don permanent de biens « socialement acceptables ». Le principe de « réciprocité » suppose la circulation de biens et services entre des groupes ou personnes en situation d'interdépendance volontaire et complémentaire. Selon Polanyi, « *la réciprocité exige une réponse adéquate, non une égalité mathématique* » (Polanyi et Arensberg, 1975 : 100). Ce principe donne lieu à des échanges, qui tout en s'apparentant à des dons, appellent à des contre-dons, régulés par des normes sociales plutôt que par une équivalence parfaite. La réciprocité ne prend sens que dans la volonté de manifester un lien social entre les parties prenantes.

Le principe de redistribution

Polanyi met en évidence ce principe à travers la figure du chef dans des sociétés traditionnelles. Le principe de « redistribution » implique la remise d'une partie considérable des produits et de la chasse au chef de l'île. Ce système d'emmagasiner donne ensuite lieu à des fêtes, cérémonies, festins où les produits sont redistribués. Ainsi, les activités de production, de redistribution et de consommation sont organisées par une autorité centrale (à savoir un État ou un chef de tribu). Les biens sont donc dans un premier temps centralisés puis redistribués, permettant la circulation de la production. Entre l'autorité centrale et les agents qui y sont soumis s'établit une relation qui s'inscrit dans la durée. Car l'autorité centrale qui reçoit, emmagasine et distribue accroît son prestige et son pouvoir politique. Le principe de redistribution suppose généralement une subordination de la production et la distribution de la richesse à des objectifs collectifs et politiques, puisque le centre est souvent défini par le régime politique en vigueur.

L'administration domestique

Le principe « d'administration domestique » consiste à produire pour son propre usage, il est une forme particulière de la redistribution qui

s'exerce au sein de la cellule de base qu'est le foyer. Si Polanyi fonde à l'origine ce principe sur la forme autarcique, des auteurs plus récents invitent à l'élargir à une logique de production, de distribution et de consommation visant à satisfaire les besoins de subsistance de l'unité domestique, qu'elle soit autarcique ou non (Hillenkamp 2013).

Le principe de marché

Polanyi estime que « *tous les systèmes économiques connus jusqu'à la fin de la féodalité en Europe occidentale étaient organisés selon les principes soit de la réciprocité ou de la redistribution, soit de l'administration domestique, soit de la combinaison des trois* » (1983 : 83). Le principe de marché suppose l'échange de biens et services suivant les lois de l'offre et la demande, où les prix d'échange résultent de la concurrence. L'échange réunit, le temps de la transaction, deux individus anonymes, supposés égaux, et motivés par la maximisation de leur intérêt personnel. Gardin indique que l'émergence d'un marché dominant au 19^{ème} siècle provient de la transformation en marchandise de trois éléments essentiels : le travail, la terre et la monnaie (Gardin, 2005).

Ces principes représentent des idéaux-types. Ils peuvent être vus comme « *des logiques fondamentales qui traversent les institutions encadrant le processus économique et qui orientent l'action* » (Hillenkamp, 2013 : 53). Selon lui, les pratiques économiques seraient motivées par ces différentes logiques ; elles ne se trouvent jamais à l'état pur dans la réalité mais toujours combinées les unes aux autres de manière très diverse, avec des prédominances de l'une ou de l'autre, dans un mouvement continu en fonction des époques et des sociétés.

Ces principes d'intégration économique confèrent « unité et stabilité » au processus économique via des modes particuliers d'organisation de la production, de la distribution et de la consommation de richesse (Polanyi, 2008). D'un point de vue méthodologique, ils présentent des

outils heuristiques « *pour l'analyse d'unités d'économie populaire, pour l'étude des complémentarités et des tensions que les traversent dans leurs tentatives de sécurisation du cadre de vie des membres et de leurs proches* » (Lemaître et al., 2016 : 93). Ce cadre d'analyse « polanyien » permet de mieux saisir en quoi le processus de socialisation mobilise des ressources multiples – marchandes, non marchandes et volontaires – requérant une analyse à partir d'une vision étendue de l'organisation socio-économique. Il permet de dépasser une vision traditionnelle de l'économie où prévaut une conception formelle. Depuis une vingtaine d'années, les écrits de Polanyi sont revisités par des auteurs qui appliquent son cadre d'analyse à des pratiques populaires diverses et mettent en lumière les différentes logiques socio-économiques sous-jacentes à ces pratiques (Degavre et Lemaître, 2008 ; Degavre et Nyssens, 2008 ; Favreau, 2014 ; Hillenkamp, 2009 ; le Polain et Nyssens, 2016).

4. Application au contexte malgache : perspectives historiques

En tant que produit des conditions historiques, il est essentiel que le concept d'économie populaire soit analysé à la lumière du contexte plus large, « *où ce secteur de l'économie, dans sa réalité empirique, est produit et en même temps se produit* » (Serria Icaza et Tiriba, 2005 : 219).

4.1. Contexte d'émergence d'une économie informelle dans les années 1970

Le secteur de l'économie « *informelle* » est le plus grand pourvoyeur d'emploi à Madagascar en dehors du secteur agricole ¹⁹. Le marché du travail à Madagascar s'articule autour de trois principaux secteurs, à savoir : l'agriculture qui fournit 80% des emplois, le secteur moderne public et privé avec 12,5% des emplois et le secteur qualifié d'« *informel* » non agricole avec 7,5% des emplois ²⁰.

¹⁹ Programme pays pour le travail décent 2015 -2019, République de Madagascar

²⁰ *Ibid*

Les données dont nous disposons concernant l'économie « *informelle* » à Madagascar se situent globalement du côté de l'analyse économique (Maldonado et Gaufryau, 2001 ; Naudet, 1997 ; Rakotomanana, Ravelosoa et François, 2000 ; Rakotomanana, 2011, 2012). Les travaux de ces auteurs décrivent la crise économique qui bouscule Madagascar au même titre que d'autres pays du Sud dans les années 1980. Dès les années 1970, Madagascar subit fortement des chocs extérieurs tels que les impacts des deux chocs pétroliers de 1974 et 1979, qui comme dans d'autres pays y provoquent une forte inflation et une tendance à la baisse du pouvoir d'achat, touchant particulièrement les groupes sociaux populaires urbains et ruraux. Les contraintes extérieures de récession mondiale se greffent sur la crise malgache vers les années 1980 amplifiant davantage l'écart qui se creuse entre le « *fanjakana* » (l'Etat) et le « *fokonolona* » (qu'on pourrait traduire par « peuple »).

Par ailleurs, outre ces contraintes extérieures, Madagascar doit à cette époque également faire face à de nombreuses contraintes intérieures : la régression économique du pays, provoquée par les effets d'une tardive et brutale explosion démographique, et d'autre part, les choix politiques aux conséquences économiques et financières désastreuses (Adriamanindrisoa, 2004 ; Fournet-guérin, 2010). Durant ces années 1970-1980, le pays est frappé d'un manque de produits de première nécessité tels que le sucre, l'huile, le pétrole, le savon. Cette crise s'accompagne d'une diminution des emplois entraînant une décennie plus tard l'émergence d'une économie dite « *informelle* », dans le sens où elle se développe hors du cadre de l'Etat, devenue importante dans les années 1990 (Razafindrakoto & Roubaud, 1995).

Les pratiques de subsistance populaires se déclinent à Madagascar dans une grande diversité : artisanat et micro-industries, petits commerces et services. Si en général le secteur « *informel* » constitue un lieu d'approvisionnement bon marché, il ne sert pas seulement les franges les plus pauvres de la population. Toutes les couches sociales, y compris les mieux loties, s'y adressent pour satisfaire leurs besoins

(Rakotomanana, Ravelosoa et François, 2000). A titre illustratif, 99 % des produits alimentaires sont achetés par les Tananariviens par le biais du secteur informel (Maldonado et Gaufryau, 2001 : 92).

4.2. Notions d'interdépendance entre des logiques socioculturelles et économiques

Comme l'indique Adriamanindrisoa dans son remarquable travail sur les dimensions historiques de l'économie populaire à Madagascar, « *l'économie populaire existe en tant que tel, et a existé bien avant l'apparition de l'économie capitaliste en Afrique* » (2004 : 103). Le concept d'économie populaire à Madagascar repose sur l'interdépendance de deux logiques : d'une part, une logique socioculturelle fondée sur le partage de valeurs morales et de normes sociales dans lesquelles prime la sauvegarde de l'unité du groupe qui se fonde à Madagascar sur la notion de *fihavanana*. D'autre part, une logique d'économie de subsistance à travers des pratiques de redistribution et de réciprocité au sein des rapports familiaux, des réseaux ou groupements sociaux. Ces deux logiques s'entremêlent et s'articulent.

a. Le *fihavanana* ou le principe d'union

La première logique relève plutôt du registre du symbolique, de ce qui crée l'unité d'un groupe, des normes « socialement » admises qui visent à assurer la reproduction de la vie, au sens du « vivre ensemble ». C'est cette logique qui sous-tend les concepts de *tanindrazana* (la terre des ancêtres), *fihavanana* (un principe d'union) et *fokonolona* (la communauté de base). Ces notions permettent de construire les dimensions plurielles des pratiques qui encadrent l'économie populaire.

Le *fihavanana* est une notion régulant fortement la société malgache, cette notion évoque un principe d'union (Rasoamampionona, 2014), une « *relation de parenté élargie à tous* » (Raison-Jourde et Roy, 2010 : 12) et exprime l'intérêt de maintenir et de faire fructifier les relations sociales pour l'harmonie et l'équilibre de la société

(Andriamanandrisoa, 2004 : 35). Il est impossible de traduire littéralement cette notion mais son étymologie, partant du terme malgache *havana*, nous donne des indications quant à son sens combinant trois termes : parenté, lignage et affinité²¹ (Gannon, 2015 : 279). Selon plusieurs auteurs, cette notion de *fihavanana* participe plus largement à l'économie populaire au sens où elle est fondée sur un principe de réciprocité qui permet aux individus de se soutenir mutuellement en diverses circonstances et notamment face à différents chocs (Rakotonarivo, 2008 ; Sandron, 2008). En somme, dans un contexte marqué par l'absence de marché d'assurance ou de crédit, le *fihavanana* est un mécanisme d'assurance mutuelle basé sur la réciprocité à long terme.

Comme l'indique la citation encadrée, les *adidy* ou des obligations sociales/« devoirs sociaux » découlent du *fihavanana* (Rakotonarivo, 2011 : 251). Selon Rakotonarivo, ces *adidy* peuvent être de différents types et réfèrent aux obligations incombant à un individu vis-à-vis des membres de la communauté sociale au sein de laquelle il vit. Ces *adidy* sont des preuves matérielles de la solidarité envers les « apparentés » (*mpihavana*), parents, amis, et membres de la communauté : elles visent le maintien et le renforcement des relations de fraternité (Rakotonarivo, 2011). C'est au nom de ce *fihavanana* par exemple qu'il convient d'être présent à un événement heureux ou malheureux, de participer à l'entraide agricole. L'obligation sociale du « don » (*tsodrano*) découle du respect du *fihavanana* également : ce don matérialise la participation de chacun à travers une contribution (en nature ou en argent) et incarne l'*atero-ka-aloa* (donner pour recevoir, voir point suivant).

²¹ « Notons que le terme anglais « kinship » parvient mieux à saisir ces trois concepts connotés. Ainsi, « closeness of kinship » et « to feel a deep kinship with somebody » signifient, respectivement, « degré de parenté » et « ressentir une grande affinité avec quelqu'un », « kindred » se traduisant par « analogue, similaire, apparenté », comme dans l'expression « kindred spirit », « âme sœur » » (Gannon, 2015 : 279).

Gannon associe la notion de *fihavanana* et la notion de capital social au sens où ces deux notions peuvent être perçues comme des « biens publics communautaires » ; leur valeur intrinsèque reposant sur la formation de liens au niveau individuel et collectif (Gannon, 2015 : 280). Ottino définit le *fihavanana* à une échelle familiale, comme étant une « *qualité relationnelle de confiance réciproque caractéristiques entre personnes apparentées et/ou corésidentes dans une même localité* » (Ottino, 1998 : 280). Gannon suggère que cette notion s'appréhende à différentes échelles : du personnel au local (au sein d'une famille nucléaire), du groupe plus ou moins large (la famille élargie, les descendants d'un ancêtre commun, les groupes ethniques, les personnes résidant dans une même région), en allant jusqu'au pays (la nation malgache) (Gannon, 2015). Nous verrons dans le cadre de ce travail que la notion de *fihavanana* est utilisée à l'échelle des descendants d'ancêtres communs, soit d'un *fokonolona*.

Historiquement, le *fokonolona* joue un rôle central dans le fonctionnement de l'économie populaire (travaux collectifs, travaux d'utilité publique). Aujourd'hui encore, il se définit au regard de l'ensemble des familles qui le composent dont les membres sont des descendants d'un même ancêtre, vivant dans un village constitué du *tanindrazana*. Cette appartenance à une même origine détermine d'emblée le souci d'être solidaire et de s'entraider (Adriamanindrisoa, 2004). Les individus composant ce *fokonolona* se soucient de subvenir aux besoins de leurs familles à travers des activités dont toute la communauté peut bénéficier, par un principe de redistribution. Cette notion de *fokonolona* historiquement « rurale » se transpose également en milieu urbain. Ce phénomène traduit la force de cette institution que les populations déruralisées tendent à reconstruire sur leurs nouveaux lieux de migration (Adriamanindrisoa, 2004). Nous verrons ici qu'un même *fokonolona* peut être dispersé sur un territoire, à la fois en milieu rural et urbain.

b. La notion d'« atero-ka-aloa » : donner et reprendre

La seconde logique met en exergue les aspects économiques de l'économie populaire, ou plus précisément les logiques de marché, de réciprocité et d'administration domestique tels que développés par Polanyi (Polanyi, 1983). L'objectif sous-jacent à cette logique est donc bien d'assurer les besoins de subsistance de l'unité domestique, elle donne lieu à des dons, qui attendent en échange des contre-dons. Ces dons et contre dons intrafamiliaux sont appelés *atero-ka-aloa* littéralement « donner et reprendre » ou « la réciprocité ». Cette pratique consiste à offrir à l'autre, l'occasion de payer en retour, soit ce qu'on appelle plus communément le « don contre don ». L'*atero-ka-aloa* s'organise de la sorte : chaque famille nucléaire détient un cahier dans lequel sont inscrits scrupuleusement les montants des dons reçus par un contributeur lors d'un précédent événement. Au moment de réciproquer le don, le ménage se réfèrera au cahier pour connaître le montant reçu précédemment et définir ainsi le montant à donner. Comme l'a évoqué un de nos interlocuteurs, cette réciprocité apparaît donc comme une créance *« quand tu fais crédit, il faut rembourser ce qu'on t'a prêté, au risque d'être humilié devant tout le monde. Chacun sait ce qu'il doit faire, chacun connaît sa place »*. Il s'agit donc bien de la mémoire d'une dette, qui se mue en forme de sécurité sociale en cas de confrontation à l'adversité. Ces pratiques ne sont pas sans rappeler la théorie du « don contre don » de Mauss, qui soulignait l'idée que le don est un facteur structurant les échanges (Mauss, 2001).

A Antananarivo, comme ailleurs dans le pays, des associations sont mises en place pour alléger les lourds fardeaux de dépenses tels que les frais afférents à une hospitalisation, à un décès, les frais de scolarisation pour un enfant. Ces associations permettent également des initiatives individuelles comme par exemple celle de monter un commerce. Le principe est simple : chaque membre doit assumer une cotisation hebdomadaire, il pourra mobiliser l'ensemble de la somme en cas de besoin (Rakotomanana, 2017).

En conclusion, ce chapitre montre clairement la valeur heuristique de la perspective d'économie populaire. Cette perspective permet de contextualiser des pratiques populaires dont les formes et spécificités peuvent être très diverses selon les époques et les territoires. Le *fihavanana*, comme principe fondateur des liens de parenté, constitue un exemple d'économie populaire. Nous avons vu que les fondements de cette notion sont à la fois les échanges marchands entre individus (la redistribution des richesses et la réciprocité) et les échanges symboliques (confiance réciproque par exemple).

Par ailleurs, le cadre d'analyse polanyien tel que posé ici est particulièrement intéressant pour la compréhension des liens et interactions qui fondent la structure même du marché informel à Madagascar. Ces deux angles d'analyses seront mobilisés tout au long de ce travail, et plus spécifiquement dans sa troisième partie. Le chapitre suivant traitera du médicament comme objet de recherche en anthropologie de la santé, avec une focale posée d'abord sur l'idée de carrière de médicament pour en arriver enfin à la genèse de cette recherche.

Chapitre 2 : Le médicament comme objet de recherche en anthropologie de la santé

Jusque dans les années 1980, les recherches en anthropologie de la santé accordent une place importante à l'analyse des remèdes, des croyances et pratiques thérapeutiques sous leurs formes les plus diverses²². Les travaux se consacrent alors principalement à l'analyse des systèmes de soins traditionnels : analyse des causes des maladies, savoirs populaires, réflexions autour de l'efficacité d'un système thérapeutique, analyse des thérapeutes et des systèmes magico-religieux. Le médicament n'apparaît que ponctuellement dans des travaux d'anthropologie appliquée ou au détour d'études ethnomédicales (Desclaux et Lévy, 2003 : 7). Dans les années 1980, un des focus de ces études anthropologiques devient l'articulation des offres thérapeutiques « exotiques » avec les nouvelles offres biomédicales au sein des sociétés non occidentales, dans un contexte de rencontre entre les deux autorités et influences (Burguet, 2014a). Ces études ont permis une analyse transculturelle et comparative de différents systèmes thérapeutiques présents dans le Sud.

A l'exception de quelques travaux pionniers²³, il faut attendre les années 1980 pour que le médicament pharmaceutique devienne un objet de recherche à part entière, hors du cadre de la comparaison entre les différentes rationalités thérapeutiques (Van der Geest, 2006). Deux constats sont alors posés : nous assistons au Sud à une véritable « invasion de produits pharmaceutiques » et à un usage toujours plus important des « médicaments occidentaux » (Van der Geest et Whyte, 1988). Dans leur ouvrage magistral, Van der Geest et

²² Augé et Herzlich, 1983 ; Augé, 1986 ; Benoist, 1996b ; Evans Pritchard, 1937 ; Fainzang, 1985 ; Foster, 1970 ; Genest, 1977 ; Johnson et Sargent, 1996 ; Kleinman, 1981 ; Laplantine, 1986 ; Massé, 1995 ; Murdock, 1980 ; Retel Laurentin, 1987 ; Rivers, 1927 ; Tremblay, 1982 ; Walter, 1982 ; Zempléni, 1985.

²³ Alland, 1970 ; Cunningham, 1970 ; Logan, 1973 (cité dans Van der Geest, Hardon et Whyte, 1996 : 154).

Whyte traitent des recours thérapeutiques pluriels et des usages faits des médicaments pharmaceutiques dans les pays du Sud. Cet ouvrage regroupe pour la première fois plusieurs écrits sur le marché informel du médicament. Le terme « informel » est préféré à ceux de « marché noir », « contrebande », « marché parallèle », « marché illicite » pourtant fréquemment utilisés sur le terrain par divers acteurs de la problématique. Ces termes sont en effet empreints d'une charge morale et offrent une vision dichotomique (officiel><illicite) et simplifiée d'un phénomène complexe, que la perspective d'économie populaire propose de dépasser.

L'article de Van der Geest, paru en 1982, « The Illegal Distribution of Western Medicines in Developing Countries », constitue un des textes fondateurs de l'anthropologie du médicament. Ce texte traite du développement des circuits informels de vente de médicaments au Cameroun, en lien avec les défaillances du système de santé à cette époque. Dans les années 1990, l'anthropologie du médicament connaît un net développement avec l'apparition des multi-thérapies antirétrovirales dans le traitement du VIH, conduisant de nombreux chercheurs à analyser les dimensions sociales et culturelles du traitement en lien notamment avec la question de l'observance (Benoit et Desclaux, 1996 ; Desclaux, 2001 ; Farmer et al., 2001).

Durant les décennies 1980-1990, apparaissent les limites du médicament comme dispositif thérapeutique (Akrich, 1995), invisibles jusqu'alors : gestion d'effets secondaires de certains médicaments, remise en question de l'efficacité de certains antibiotiques, difficultés d'observance des traitements, inégalités sociales dans l'accès aux médicaments, question de la sur-médicamentation du bien-être au Nord comme au Sud (Desclaux et Lévy, 2003).

Au vu de la place centrale que ce dispositif occupe dans les pratiques de soins, le médicament est aujourd'hui au Nord comme au Sud un objet de recherche incontournable (Desclaux et Egrot, 2015 ; Mamadou et Desclaux, 2015). Depuis l'émergence du médicament

comme objet de recherche, plusieurs aspects en sont analysés : analyse de la « biographie » ou « vie sociale » du médicament, de la production à la consommation (Van der Geest, Hardon, & Whyte, 1996; Reynolds Whyte, Van der Geest, & Hardon, 2002; Garnier & Philippe, 2012; Van der Geest, 2012), des processus de prescription médicale, du contexte d'usage des médicaments après prescription médicale (Akrich, 1995) dans le cadre de l'espace domestique, soit l'espace habité (Fainzang, 2003) ou de pratiques d'auto-administration de médicaments (Desclaux, 2015 ; Fainzang, 2010). L'analyse de la commercialisation et de l'usage des remèdes traditionnels améliorés (RTA), qui ont l'apparence et certaines caractéristiques communes avec les produits pharmaceutiques, participe également de ce courant de la recherche (Didier, 2015b ; Egrot, 2015 ; Simon et Egrot, 2012).

1. La carrière du médicament

« Les objets n'ont ni valeur intrinsèque, ni destinée prévisible : ils sont des choses qui se chargent et se déchargent de sens lors de leur passage de main en main » (Bonnot, 2004 : 160).

Le concept de « carrière » d'un objet, d'analyse de sa trajectoire, de son « cycle de vie » ou encore de sa « biographie de vie » est une approche largement développée par l'anthropologie contemporaine et appliquée à une grande variété d'objets. La centralité d'un objet dans les analyses anthropologiques a été introduite par l'ouvrage « *The social life of things* » dirigé par l'anthropologue indien Appadurai. Cet ouvrage offre une analyse de la circulation des *commodities*, définies comme étant des objets dont la valeur attribuée ne peut pas être qu'économique, les objets disposant selon lui également d'une « vie sociale » (Appadurai, 1986). Les différentes contributions à cet ouvrage illustrent la notion de biographie culturelle et sociale de

l'objet. Dans les années 1980, cette approche est relativement nouvelle dans l'analyse des sociétés (Grenier, 1989).

Depuis la parution de l'ouvrage d'Appadurai, plusieurs définitions ont été données à cette notion de biographie de l'objet. Parmi celles-ci, Bonnot en propose une qui nous semble particulièrement heuristique : « *La biographie d'une chose est en fait l'histoire de ses singularisations successives, et des classifications et reclassements qu'elle subit* » (2004 : 158). Cette définition souligne les changements successifs de statuts endossés par l'objet, et les appropriations particulières dont il fait l'objet, aux différents stades de sa vie. Cet angle d'approche a ensuite été appliqué à une grande variété d'objets. L'itinéraire biographique d'une bouteille de cidre (Bonnot, 2004), l'analyse de la vie sociale des objets de la psychiatrie (Majerus, 2011), ou encore la carrière de la betterave sucrière (Mélard, 2011) font partie des nombreux travaux adoptant cette perspective.

Suivant cette approche, l'objet est étudié comme étant un révélateur des relations sociales et des enjeux qui l'entourent, plutôt que d'être pris pour ce qu'il présente matériellement - la betterave par exemple comme étant la matière première à partir de laquelle est fabriquée le sucre ou la bouteille de cidre comme étant un objet utilitaire en céramique. En effet, selon les auteurs cités, ces objets disposent d'une existence sociale qui change en fonction des différents stades de leur circulation. La bouteille de cidre dispose d'une trajectoire sociale, « *produit de grès glaçuré, bouteille de cidre, déchet, matériau de construction, résidence d'abeilles, mobilier archéologique et aujourd'hui objet de patrimoine local d'un village normand* » (Bonnot, 2004 : 56). La bouteille de cidre reste un contenant, mais à chaque stade de sa vie, elle prend une valeur nouvelle. Ainsi, l'on voit que la définition d'un même objet varie selon qu'il est appréhendé par un protagoniste ou un autre. Comme l'indique Mélard, le statut et la définition même d'un objet varient selon la place occupée par les protagonistes : pour les agriculteurs attachés à leur terre, la betterave est le fruit de leur culture, l'aboutissement d'un long travail. Pour les

fabricants il importe surtout d'en faire un objet prêt pour l'extraction sucrière, et qui répond donc à des normes en termes de taille, de poids, etc.

Cette approche biographique, retraçant l'histoire de l'objet et le contexte dans lequel il a été utilisé, met l'objet au cœur du social et permet de saisir la façon dont il incorpore du social en même temps qu'il le façonne. Comme le souligne Bibard, l'objet étudié est affecté d'une historicité qu'il est essentiel de décrire. Cette démarche d'« historicisation » est définie par l'auteur comme étant « *l'émergence imprévisible de l'inédit, et la création de nouvelles structures d'échanges entre les hommes* » (Bibard, 1991 : 274). Ainsi pour cet auteur, analyser un objet c'est penser la convergence de relations sociales, c'est-à-dire les points de rencontre de divers domaines des réalités sociales. Ces perspectives mettent en avant l'importance de la prise en compte du contexte dans lequel est produit, vendu, utilisé l'objet étudié. Lemonnier, nous invite à nous poser la question suivante dans l'analyse d'un objet : que nous dit le système technique reconstitué ou observé des façons de se nourrir et de s'abriter, de vivre ensemble, de penser le monde, etc. qui furent ou sont celles du groupe humain en question (2012 : 2) ? En d'autres mots, l'auteur nous invite à questionner les dimensions sociales qui entourent l'objet.

Outre cette idée de « biographie d'un objet », la perspective multi-niveaux développée par Van der Geest en réaction aux recherches se confinant à un unique niveau de l'organisation sociale, souligne l'intérêt d'analyser l'objet de recherche en lien avec différents niveaux (Van der Geest, 2012). Selon l'auteur, le mot « niveau » fait référence plus particulièrement aux aspects internationaux, nationaux, régionaux et locaux de l'organisation sociale. L'hypothèse sous-jacente à cette perspective est que « *ce qui se déplace ne reste pas identique dans son déplacement. Les significations des concepts et objets, des mots et des institutions changent, quand ils passent d'un niveau à un autre* » (Van der Geest, 2012 : 7). A nouveau, cette perspective nous invite à

dépasser l'analyse de la matérialité d'un objet, et en fait le « lien » entre les différents niveaux de l'organisation sociale, allant d'une perspective locale dans laquelle l'objet circule, à une perspective internationale, avec de nouveaux acteurs à chaque niveau d'analyse.

En l'appliquant à notre objet d'étude, le médicament, ces doubles outils heuristiques, à savoir la notion de biographie de l'objet et la perspective multi-niveau, permettent de déplacer la focale de l'analyse au départ strictement centrée sur une vision locale (les usages faits des médicaments par les ménages à Antananarivo par exemple ou encore la vente informelle de médicaments à Ambohipo ²⁴), à un point de vue plus global qui tient compte des liens entre les différents niveaux de l'organisation sociale, et du contexte historique dans lequel l'objet circule.

Le médicament partant des firmes pharmaceutiques pour arriver dans les mains des usagers, en passant par sa commercialisation informelle, traverse de nombreux champs du social, du domaine industriel au champ familial de gestion des maladies. Tout au long de sa trajectoire, le médicament endosse une multiplicité des significations sociales.

²⁴ Le quartier communément reconnu comme étant la référence nationale en matière de vente informelle de médicaments.

1.1. La dimension concrète de la « *materia medica* »

« L'histoire du médicament, marquée par des succès et des échecs d'un point de vue de santé publique, est aussi une histoire sociale, politique et culturelle. Car le médicament n'est pas qu'un produit pharmaceutique médicalement efficace : il est également une marchandise, et un opérateur pour un ensemble de réseaux socioéconomiques, de pratiques, de représentations, de constructions socioculturelles associant le traitement notamment – mais pas seulement – à la maladie socialement représentée » (Desclaux et Lévy, 2003 : 8)

Plusieurs auteurs se sont attachés à l'analyse du médicament comme objet social, le plaçant dans une perspective de « socialisation du médicament »²⁵ (Baxerres, 2010 ; Collin, Otero et Monnais, 2006 ; Desclaux et Lévy, 2003 ; Reynolds Whyte, VanderGeest et Hardon, 2002 ; Sanabria, 2009). Les médicaments deviennent alors des objets dont les biographies complexes éclairent les contextes sociaux à travers lesquels ils circulent.

Dans leur ouvrage « *Social lives of medicines* », Whyte *et al.* se focalisent sur la dimension concrète des *materia medica*, le terme latin pour référer aux substances et remèdes plus fréquemment appelés médicaments (2002). « *Les médicaments sont des substances. Leur matérialité, leur état de chose, est une propriété de grande importance analytique pour l'anthropologie. En tant que choses, les médicaments peuvent être échangés entre les acteurs sociaux, ils objectivent les*

²⁵ Cette notion de « médicament socialisé » renvoie à celle de « maladie socialement représentée » soit le *sickness*²⁵ ou « maladie socialisée » tel que développée par l'anthropologie anglo-saxonne. Elle renvoie à la maladie telle qu'elle est perçue par l'entourage du malade et plus largement par la société à laquelle appartient le malade. Cette notion, transposée au médicament, en fait un objet socialisé.

significations, ils se déplacent d'un cadre de signification à un autre. Ce sont des marchandises dotées d'une importance économique et des ressources recélant une valeur politique » (Reynolds Whyte, Van der Geest et Hardon, 2002 : 5).

Dans cette perspective, concevoir les médicaments comme des choses ou des objets en circulation, permet de s'interroger sur les différentes étapes qu'ils parcourent. Plusieurs auteurs ont tenté d'analyser les trajectoires parcourues par cet objet. Selon Van der Geest *et al.*, le médicament traverse plusieurs étapes entre sa production et sa consommation (1990). Ces étapes sont les suivantes : production et marketing, diffusion-distribution, prescription, consommation, évaluation de l'efficacité par les grossistes et détaillants et enfin l'achat.

Chaque étape correspond à un contexte spécifique au sein duquel interviennent des acteurs particuliers : les représentants des firmes pharmaceutiques, les agents de la santé publique, les soignants, les vendeurs et les usagers. Chacune des étapes est caractérisée par un « régime de valeurs » (Appadurai, 1986) exprimés par différents ensembles d'idées concernant le médicament. Cohen *et al.* (Cohen, Mccubbin et Collin, 2001), utilisent la notion de « cycle de vie » du médicament. Ils découpent le parcours du médicament en onze étapes interdépendantes, incluant la conception, les essais cliniques, l'inscription du médicament sur les listes de remboursement publiques et privées, la distribution, la promotion, la prescription, la consommation et la surveillance post-commerciale. *« Chacune de ces étapes est considérée comme un « mini-système » possédant sa propre dynamique et caractérisé par un contexte et des valeurs spécifiques, ainsi que la présence de certains acteurs clés. Ces sous-systèmes sont partie prenante d'autres systèmes plus larges, tel le système économique ou le système culturel, dont ils subissent les évolutions. Les auteurs insistent en effet sur la dynamique de l'ensemble et sur la multiplicité des trajectoires que peut suivre le médicament tout au long de son cycle de vie »* (Thoër-Fabre, Garnier et Tremblay, 2007 :

21). Dans le même ouvrage, Garnier *et al.*, identifient la « *chaîne du médicament* » comme étant constituée de trois composantes : la production-distribution, la prescription-consommation et l'évaluation-efficacité (Thoër-Fabre *et al.*, 2007).

Qu'il s'agisse de carrière, de trajectoire, de cycle de vie ou encore de biographie, l'ensemble des chercheurs s'accordent à dire qu'autour de l'objet sont présents une multiplicité d'acteurs, présents à différents stades de la vie de l'objet. Ils insistent sur la nécessité d'analyser et de comprendre leurs logiques et les différentes valeurs accordées au médicament, à chaque étape. Les médicaments pharmaceutiques industriels sont vus comme « *des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de pouvoir plus ou moins inégalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes, de réseaux* » (Desclaux et Lévy, 2003 : 5).

1.2. Circulation transfrontalière et diversité des régulations pharmaceutiques

Comme nous le verrons dans le point suivant, aujourd'hui, de nombreux auteurs s'attèlent à la compréhension « *des interactions et interdépendances formelles et/ou informelles entre plusieurs économies nationales ainsi que les législations qui les encadrent* » (Baxerres *et al.*, 2017) comme le rapportent les travaux de Peterson par exemple au sujet du Nigeria et des Etats-Unis (Peterson, 2014), ou encore Quet *et al.* pour les pays d'Asie du Sud Est (Quet *et al.*, 2015). « *Au-delà des questions d'accessibilité et de disponibilité des médicaments, les analyses actuelles s'énoncent en termes de régulation, de flux transfrontaliers, de circulations internationales, etc* » (Baxerres *et al.*, 2017). Dans la lignée des travaux menés actuellement en anthropologie du médicament, mettant en évidence « *des phénomènes qui sont à l'œuvre non pas uniquement dans les sociétés « du Sud » mais bien à l'échelle de la planète et y compris dans les sociétés occidentales* » (Baxerres *et al.*, 2017 : 9), nous tentons par ce travail d'adopter une perspective globale sur la problématique de l'accès aux médicaments pour les sujets interrogés,

choisissant d'étendre la focale au cadre structurel national et international au sein desquelles il se développe. Pour reprendre les termes de Van der Geest *et al.*, outre les conceptions des sujets et leurs ressources financières, les types de médicaments utilisés localement dépendent d'une procédure compliquée fondée sur des facteurs tels que les intérêts commerciaux des firmes pharmaceutiques, la situation économique du pays importateur, les opinions médicales en ce qui concerne la prescription de médicaments, les intérêts personnels des pays créateurs de politiques, la qualité de la distribution, etc. (Van der Geest, Speckmann et Streeflander, 1990). Ces auteurs et d'autres encore (Baxerres *et al.*, 2017 ; Peterson, 2014) nous invitent à déplacer la focale, et à ancrer nos recherches dans des contextes sociétaux internationaux (politiques et économiques) en pleine mutation, les médicaments étant « *un exemple éminent de la mondialisation* » (Reynolds Whyte, Van der Geest et Hardon, 2002 : 3). Dans cette perspective, les travaux récents de Baxerres analysent le phénomène d'un point de vue transfrontalier, en démontrant l'importance de tenir compte des cadres législatifs qui régulent la distribution des médicaments dans chaque pays et qui induisent une circulation transfrontalière des médicaments. Les modes de distribution y sont analysés ainsi que leur influence sur les usages de médicaments (Baxerres et Le Hesran, 2011 ; Baxerres *et al.*, 2016 ; Mahamé et Baxerres, 2015). Selon ces écrits, les décalages en termes de réglementation pharmaceutique entre pays voisins permettent en partie l'approvisionnement du marché informel dans les pays où l'accès aux médicaments est moins libéralisé. Partageant cette même perspective historique et globale, dans son ouvrage intitulé « *Speculative makets* », Kristin Peterson opte pour un point de vue « globalisé » pour éclairer les aspects sociaux, économiques et politiques de la circulation des médicaments pharmaceutiques au Nigéria au regard d'événements significatifs qui ont eu lieu dans les années 1970 : implémentation des politiques d'ajustement structurels, boom pétroliers, décolonisation et développement du nationalisme (Peterson, 2014). Ces deux auteurs soulignent donc l'importance d'une mise en

perspective des marchés informels du médicament au regard de contextes historiques, politiques et législatifs en place dans les pays analysés.

2. Analyse des formes et fonctionnement des marchés informels du médicament au Sud

C'est en 1980 que les anthropologues se penchent sur le phénomène de vente informelle de médicaments, encouragés par l'ampleur qu'il prend à cette période. Les premiers travaux attestant de l'existence du marché informel du médicament apparaissent alors (Fassin, 1985, 1986 ; Van der Geest et Whyte, 1988).

Au départ, ces études s'intéressent principalement à la manière dont le recours au marché informel intervient dans les cheminements thérapeutiques des malades. Ces études soulignent les avantages et inconvénients d'un tel recours, au regard de l'achat via les formations sanitaires publiques, ou auprès des officines pharmaceutiques privées. Le recours aux médicaments disponibles sur le marché informel y est décrit comme une solution attractive à plusieurs égards pour les populations du Sud : proximité géographique des points de vente, disponibilité, proximité culturelle et sociale avec les vendeurs (permettant la discrétion et l'autonomie du malade face aux problèmes de santé rencontrés), accessibilité économique (vente à crédit, au détail) (Baxerres et Le Hesran, 2006 ; Baxerres, 2011 ; Fassin, 1985 ; Hamel, 2006 ; Jaffré, 1999 ; Pale et Ladner, 2006 ; Soura, Baya et Rossier, 2011 ; Van der Geest, 1982).

L'analyse des facteurs influençant le recours au marché informel du médicament fait l'objet également d'un grand nombre d'études épidémiologiques (Angbo-effi et al., 2011 ; Goodman et al., 2007 ; Soura, Baya et Rossier, 2011). La problématique de la qualité des médicaments, notamment des antipaludiques vendus sur le marché informel a été également largement abordée (Gaudiano et al., 2007 ; Nga et al., 2016 ; Pouillot et al., 2008).

La littérature anthropologique sur le marché informel aborde peu la question de la *forme* du marché, entendue au sens de « *rapports sociaux structurés et structurants* » (Lautier *et al.*, 1991 : 14). Quelques études abordent tout de même la question des rapports sociaux qui se structurent autour de la vente informelle : analyse de son organisation et des fonctions qu'il remplit auprès des populations (Baxerres et Le Hesran, 2006), analyse des pratiques de vente en tant que stratégie commerciale individuelle portée par des initiatives interpersonnelles (Baxerres, 2010) ou organisées au contraire par des individus affiliés à un même groupement (Fassin, 1986), articulation du secteur formel et informel concernant l'approvisionnement de ce dernier (Van der Geest, 1988). Ces études montrent que les catégories d'acteurs investis dans la vente informelle diffèrent d'un pays à l'autre. D'autres travaux décrivent les espaces de vente informels, les rapports entre consommateurs et vendeurs (Bloom *et al.*, 2011 ; Jaffré, 1999 ; Pale et Ladner, 2006), les caractéristiques des vendeurs et les modalités de leur activité (Pouillot *et al.*, 2008).

Selon les analyses de Baxerres et Van de Geest pour le Bénin et le Cameroun, le secteur informel du médicament est intrinsèquement lié au secteur formel (Baxerres, 2014; Van der Geest, 1988). Les différences de cadres législatifs et réglementaires variant d'un pays à l'autre peuvent contribuer à alimenter ce secteur informel et maintenir son existence (Baxerres et Le Hesran, 2011). Ces travaux montrent que l'émergence de ce secteur intervient en réponse à la faiblesse de l'Etat en matière de protection des populations suite, notamment, à des politiques d'ajustement structurels qui ont causé, entre autres, des problèmes de pénuries de médicaments (Hamel, 2006 ; Peterson, 2014). A ce propos, dans la préface du livre « Nouveaux enjeux éthiques sur le médicament », Akindès suggère que l'analyse de ce dispositif médical « *pourrait contribuer à enrichir les connaissances sur la fragilité de l'Etat* » (Akindès, 2015). En effet, les travaux cités ci-dessus décrivent des contextes semblables d'émergence de la vente informelle du médicament : précarisation des populations et

déliquescence d'un Etat offrant peu ou pas de système de protection sociale et de santé aux populations, sur fond d'importantes perturbations économiques qui ont déstabilisé l'ensemble des pays développement en 1980.

Pour faire référence à ce contexte de vulnérabilité d'un Etat incapable de généraliser des principes de sécurisation à l'ensemble de la société, Laurent a proposé le concept opératoire de « modernité insécurisée » (Laurent, 2013). C'est précisément face à ce contexte, qui se traduit dans le cadre de ce champ de recherche par un problème d'accès aux soins et aux médicaments et une absence de couverture santé pour les populations, que ce sont développés les premiers écrits sur la circulation de médicaments par le biais du secteur informel.

Comme nous le verrons dans la seconde partie de cette thèse, l'analyse de ce dispositif met en évidence non seulement les enjeux en santé des populations mais il questionne plus globalement le cadre politique et économique dans lequel les pratiques d'usages sont mises en œuvre. Au regard de cette revue de la littérature, il apparaît clairement que le médicament présente un objet de recherche qui s'incarne dans un champ d'analyse social et politique précis (relations entre les acteurs, recompositions de ces relations, relations Nord-Sud via l'analyse des firmes pharmaceutiques, cadres législatifs et politiques).

3. Un vide bibliographique sur le médicament à Madagascar

Le champ de l'anthropologie de la santé est à ce jour encore faiblement développé à Madagascar tant au niveau de l'enseignement que de la recherche. Les travaux traitant spécifiquement de ce domaine de recherche sont rares. Néanmoins, ils offrent un éclairage anthropologique précieux sur le contexte de santé des Malgaches (Burguet, 2014a, 2014b ; Didier, 2015b ; Mestre, 2000, 2014 ; Pourette et al., à paraître). Si la littérature sur les modes de distribution du médicament pharmaceutique industriels et plus particulièrement, la circulation des médicaments via le marché informel est riche et abondante pour certains pays d'Afrique continentale (Bénin,

Cameroun, Niger, Nigéria, Sénégal), il n'existe que peu de données pour Madagascar. Pourtant ce phénomène existe, comme en attestent certains rapports, mémoires et thèses d'état (Darsot, 2017 ; Olds, 2006 ; OMS, 1995 ; Rakotondralandy, 2004 ; Rakotoson, 2007 ; Sandid et al., 2010). Le médicament constitue un enjeu considérable à Madagascar, à cause de sa valeur tant curative que marchande (Mestre, 2014). Nous assistons ici comme ailleurs à une pharmaceuticalisation du quotidien : les produits pharmaceutiques occupent une place grandissante dans la gestion de la santé des populations malgaches (Mestre, 2014). Ce dispositif connaît une réelle popularité due à une perception de l'efficacité, alliée à l'accessibilité, pour certains médicaments même dans les zones les plus enclavées de Madagascar.

Comme nous le verrons, cet accès aux médicaments dans les zones très isolées est rendu possible par le biais du secteur informel. Ce phénomène est par périodes fortement médiatisé, comme l'attestent les articles de presse fréquemment publiés sur le sujet dans les journaux nationaux ces dernières années. On y véhicule principalement des discours répressifs, et les dangers du recours au marché informel pour l'utilisateur sont répétés. On y parle de « contrefaçon », de « marché noir », de « business mafieux ». Ces coupures de presse, ainsi que nos entretiens démontrent que dans les discours des médias, des chefs de file de la lutte contre le marché informel (Pharmaciens de l'Ordre des Pharmaciens, membres du comité de lutte contre le marché informel, autorités pharmaceutiques malgaches) et des populations, le terme « illicite » est largement utilisé pour nommer ce phénomène de revente.

4. Observations empiriques : Le médicament au cœur de nombreux enjeux sociaux à Madagascar

La démarche méthodologique de ce travail est profondément inductive. Elle se fonde sur des observations empiriques. Mes premiers questionnements autour du médicament sont nés du constat de la centralité du médicament dans la gestion de la santé des

populations malgaches en milieu rural, à l'occasion d'études anthropologiques menées entre 2012 à 2016 à l'Institut Pasteur de Madagascar²⁶. Dans ce cadre, nous avons mené des projets de recherche dans de multiples zones géographiques et sur des problématiques et sur des pathologies variées (paludisme, filariose lymphatique, peste). La relation ambiguë des populations aux médicaments était une problématique transversale aux différentes enquêtes. Le médicament était à la fois objet de méfiance²⁷, à la fois un dispositif méconnu²⁸, et qui suscitait peu d'intérêt dans la relation de consultation, tout en étant un objet totalement banalisé et central dans la gestion domestique des maladies des ménages qui avaient largement recours aux médicaments achetés en épiceries et à la pratique de l'automédication.

Les discours recueillis auprès des soignants au sein des formations sanitaires ont montré également la centralité du médicament dans leurs pratiques quotidiennes. Le médicament était l'objet de nombreux enjeux : les médicaments venaient souvent à manquer, se posaient alors les questions d'approvisionnement et les nombreux dysfonctionnements caractérisant les circuits partant de la capitale malgache vers les zones rurales. Par ailleurs, c'est autour du

²⁶ Cette recherche de thèse a officiellement débuté par mon inscription à l'Université Catholique de Louvain (UCL) en septembre 2013. Je résidais depuis septembre 2008 dans la capitale malgache, et occupais depuis août 2012 un poste à l'Institut Pasteur de Madagascar comme chargée d'études qualitatives sur le paludisme (Pourette D. Mattern C. Raboanary E., Rapport de mission de l'étude qualitative Medali, 2013, Institut Pasteur de Madagascar – Pourette D., Mattern C. Raboanary E. Andrianasolo A., Rapport de mission de l'étude qualitative Palévalut, 2014, Institut Pasteur de Madagascar). Sous l'impulsion du Professeur Christophe Rogier, directeur de l'IPM à cette époque, nous avons créé une cellule de recherche socio-anthropologique au sein de l'Unité d'épidémiologie, dont je suis aujourd'hui la responsable. C'est donc parallèlement à cette charge qui m'occupait à temps plein que j'ai mené mes recherches de thèse.

²⁷ Comme observé par exemple durant une enquête sur la distribution de masse de médicament, ou, par peur des effets secondaires sur la santé, les médicaments reçus gratuitement étaient emportés par les sujets puis jetés, plutôt que d'être consommés comme cela était recommandé (Investigation réalisée en décembre 2014 à la demande du Programme d'élimination de la filariose - Ministère de la Santé).

²⁸ Notamment dans le cadre de consultations prénatales suite auxquelles les femmes interrogées étaient incapables de notifier le nom des médicaments ni les raisons pour lesquelles ils leur étaient prescrits.

médicament que prenait corps l'asymétrie d'information qui caractérisait la relation du soignant au soigné : l'un se pose comme expert comme « sachant », l'autre « reçoit » les traitements. L'un explique peu, l'autre questionne peu. Cette asymétrie était totalement acquise pour les deux parties et non remise en question. Pour diverses raisons, à l'occasion des consultations, très peu d'informations étaient échangées concernant les traitements prescrits notamment (Mattern et al., 2016).

En 2014, nous avons réalisé une étude dont l'objectif était l'analyse du vécu d'une distribution de masse de médicaments (DMM)²⁹ dans un *fokontany*³⁰ rural, à la demande du Programme d'élimination de la filariose (Ministère de la Santé) qui se questionnait quant à la légitimité d'une approche intégrée, conduisant à la distribution, en une fois, de médicaments pour trois maladies différentes : filariose lymphatique, géo-helminthiases et bilharziose. Le contexte de distribution dans un certain district de l'île avait été rendu plus complexe encore par des rumeurs, apparues lors de la distribution précédente, accusant les médicaments distribués d'être la cause de décès d'un enfant, survenu peu de temps après la campagne. Les résultats de cette étude ont montré que la distribution de médicaments par les agents communautaires³¹ (AC) a rencontré de nombreux obstacles liés notamment à la perception du médicament par les populations rurales : les médicaments y sont à la fois totalement banalisés (disponibles au sein des épiceries villageoises) et craints. Dans ce cas précis, ne s'agissant pas de médicaments connus des populations (c'est-à-dire habituellement disponibles en épicerie) et la

²⁹ La DMM avait eu lieu quelques mois avant notre enquête.

³⁰ Le *fokontay* est la plus petite entité géographique à Madagascar, la circonscription territoriale de base. Ce terme pourrait être traduit par quartier ou hameau.

³¹ Les agents communautaires font partie des acteurs du premier échelon de l'organisation des soins à Madagascar : ils fournissent des services au niveau communautaires. Ils sont notamment habilités à dispenser des traitements antipaludiques dans le cadre de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans (dans le cadre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant de moins de 5 ans) au niveau communautaire - PCimec).

distribution étant accompagnée, selon nos interlocuteurs d'informations trop peu claires quant aux effets secondaires notamment, ces médicaments ont fait l'objet d'une grande méfiance.

Pour les agents communautaires, le médicament est un moyen d'« empowerment », en ce sens qu'ils se voient attribués un « pouvoir de décision » (Fainzang, 2012 : 6), dans le mesure où la Politique Communautaire leur confie des activités perçues comme « médicales » qui les distinguent réellement de leur statut d'agriculteur. Si cela ne bouleverse que peu sa vie au niveau financier ³², il arrive que l'agent communautaire construise, autour du matériel reçu pour l'appuyer dans ses activités (Test de Diagnostic Rapide, combinaisons à base d'artémisinine - ACT, etc.), un petit cabinet de consultation avec des horaires de visites affichés à sa porte. Certains agents communautaires se font même nommer « docteur » dans certaines zones rurales.

Outre les activités de routine desquelles les agents communautaires ont la charge (prise en charge des maladies de l'enfant), le Ministère de la Santé les sollicite pour des activités ponctuelles de masse, telles que la distribution de moustiquaires, ou encore la distribution de masse de médicaments ³³ par exemple. Les agents communautaires interviewés ont souligné la « mise en danger » que présente pour eux le fait d'endosser cette responsabilité. D'une part, le passage du statut de « simple villageois » à « agent de santé » (au sens où il se rapproche du personnel soignant de par les 3 jours de formation au Centre de Santé de Base qui précèdent la distribution et la réalisation de la distribution aux côtés des équipes de soignants de la formation sanitaire) conduit à un bouleversement des équilibres de pouvoir entre les individus. Tout à coup un agriculteur/éleveur devient l'interlocuteur principal d'une Organisation non gouvernementale

³² La Politique de santé communautaire ne prévoit pas de salaire mensuel pour les AC mais uniquement des indemnités ponctuelles en fonction des activités réalisées.

³³ Dans le cadre de l'approche intégrée de lutte contre trois maladies : Filariose lymphatique, géo-helminthiases et bilharziose.

(ONG), des professionnels de la santé. Les agents communautaires ont décrit un déséquilibre de pouvoir au sein de leurs villages ³⁴.

L'importance et les effets secondaires possibles des médicaments distribués, couplés à un sentiment généralisé d'incompétence des agents distributeurs (les agents communautaires), a conduit une grande partie des sujets interrogés à réceptionner le médicament (« par peur d'une poursuite par l'Etat »), sans le consommer ³⁵. Dans leurs rapports mensuels au médecin inspecteur au niveau du district, les AC ont pourtant rapporté avoir effectivement distribué l'ensemble des médicaments. A son tour, la politique de lutte contre la filariose lymphatique se targue d'avoir couvert, par le biais de ces DMM, les zones à fort taux de prévalence alors que dans les faits, les médicaments n'ont pas été pris sous observance des AC comme le prévoyait la campagne de DMM.

Cette enquête a révélé les enjeux sociaux autour du médicament, étant considéré comme objet dont la distribution doit être confiée à un individu qui détient une forme de légitimité aux yeux des populations (dans le cadre précis de cette étude, les interlocuteurs ont évoqué l'importance d'un niveau élevé d'études, d'une connaissance développée en santé). L'enquête révèle également la « puissance » conférée au médicament par les populations car dans ce cas précis, selon nos interlocuteurs, une prise non adéquate a entraîné le décès de son usager.

³⁴ Pour illustrer ce déséquilibre, un villageois par exemple a noté que sous couvert de ses activités en tant qu'AC, ce dernier lui a demandé de prendre en charge ses activités agricoles : « *Je n'ai plus le temps de travailler dans les champs, je rends un service à la communauté en vous offrant plus d'accès aux soins, en échange tu travailles dans mon champs* ». On perçoit ici donc un changement dans les équilibres entre ces deux agriculteurs, quand l'un se voit donné des responsabilités par une entité tierce (ONG ou professionnels de la santé).

³⁵ L'un des médicaments reçus, le vermifuge, bien connu par les populations et ayant une capacité de démonstration de son efficacité assez spectaculaire (ce phénomène sera décrit plus bas), ont été pris sans trop de difficultés.

En conclusion, à plusieurs égards donc, le médicament constitue un objet central pour l'analyse de la gestion de la santé dans le contexte rural malgache. Ces différentes recherches ont révélé de nombreux questionnements autour du médicament : méfiance et omniprésence du médicament, fonctionnement et dysfonctionnement des circuits de distributions partant du niveau central jusqu'en province, modalités variables de prise des médicaments majoritairement basées sur la pratique de l'automédication, connaissance/méconnaissance de ce dispositif. L'intérêt d'une recherche ayant le médicament pour objet a été rapidement confirmée par la lecture de la littérature internationale dans le champ de l'anthropologie de la santé. Particulièrement interpellée par les modes d'approvisionnement du médicament pour l'ensemble de l'île et les mécanismes qui les rendent disponibles même dans des zones géographiques frappées par un grand isolement, je choisis comme angle d'entrée de cette recherche doctorale l'analyse du haut lieu de la vente informelle malgache à savoir le quartier d'Ambohipo. Cette ethnographie à Ambohipo a marqué le début de mes recherches. D'autres terrains pluri-situés ont été réalisés : enquêtes dans plusieurs quartiers de la capitale et au sein d'une commune du district d'Ambositra situé à 250 km au sud de la capitale malgache. Ainsi, prenant le chemin inverse parcouru par le médicament, je suis passée d'une perspective locale (étude d'un quartier de la capitale), à une perspective nationale, au sens où Ambohipo présente le point de départ à partir duquel sont alimentés les différents réseaux de vente informelle de médicament. Parallèlement, de l'analyse isolée d'un lieu de vente informelle, je suis remontée à une perspective plus englobante, faisant du système pharmaceutique malgache (ce système comprend à la fois les secteurs formels qu'informels), le cœur même de mes recherches. Le chapitre suivant rendra compte de la pluralité des outils méthodologiques mis en place pour récolter nos données.

Chapitre 3 : Méthodologie. Les différents temps de la recherche

1. L'intérêt d'« une pensée inquiète » (Fassin, 2005)

*« Si je peux rapporter quelque chose de mon terrain, c'est qu'on me l'a apporté. Il n'empêche que s'impliquer n'est pas seulement déclarer son identité et ses intentions, c'est aussi reconnaître qu'en tant qu'anthropologue on importe inévitablement de l'inédit auprès des indigènes. Si déjà pour les physiciens, un neutron se sachant observé se met sur son trente-et-un, a fortiori est-il illusoire d'encourager les gens à "faire comme si je n'y étais pas" »
(Singleton, 2008 : 26).*

L'activité de recherche en anthropologie pose quasiment toujours la question de l'exposition du chercheur à « son terrain » (Caratini, 2004), de la prise de risque, d'un devoir d'engagement dans le débat de la Cité (Laurent, 2006), du souci de responsabilité. Elle peut aller jusqu'à la mise en danger de l'anthropologue (Agier, Albert et Augé, 1997). Les risques rencontrés englobent deux dimensions décrites par Fassin : « *La difficulté tient à la fois à des raisons pratiques et à des obstacles épistémologiques, autrement dit à une forme de prudence au regard du danger de s'exposer, que ce soit physiquement ou intellectuellement* » (Fassin, 2005 : 98).

Qu'il soit proche ou lointain, tout terrain peut « affecter » le chercheur (Favret-Saada, 1977), au sens où la position de l'ethnographe consiste à se confronter à une « altérité radicale » (Caratini, 2004), en un face-à-face avec l'objet de la recherche, dans l'engagement de relations interpersonnelles desquelles découlera son savoir. L'expérience anthropologique est éminemment solitaire. L'anthropologue se retrouve seul dans son engagement sur le terrain, seul à « connaître »

l'Autre-sujet, seul avec ses questions, seul à « savoir » de quoi il s'agit et même de quoi il parle (Caratini, 2004).

La pratique d'enquête et la mise à distance qui s'en suit, nécessaire pour la mise en perspective et l'interprétation globale des données, oblige le chercheur à être « sujet de ses actions comme de sa pensée » (Caratini, 2004).

Outre les difficultés liées à la pratique en solitaire de la démarche anthropologique, certains anthropologues ont étudié la double dimension du risque (épistémologique et pratique) qui peut être généralisée à l'ensemble des activités de l'anthropologue, même si elle revêt le plus souvent des formes anodines (Fassin, 2005). Durant les rencontres doctorales sur le thème des terrains sensibles, Fassin expose trois ordres d'idées mettant en lumière le côté « sensible » de certains terrains : le premier est lié aux conditions concrètes du terrain, le second renvoie à la position du chercheur à l'égard des personnes avec lesquelles il travaille et enfin, la question de recherche elle-même peut relever de l'ordre du sensible au regard de la société. A ce sujet, Fassin donne l'exemple très controversé, car surchargé d'impératifs moraux, des recherches de Hacking (1999) sur la maltraitance sexuelle des enfants.

L'enquête sur le terrain de l'informel, qui plus est s'agissant d'un objet [le médicament] socialisé (Desclaux et Lévy, 2003) et fortement chargé de symbolisme (outre l'efficacité avérée du dispositif), constitue à plusieurs égards et de toute évidence une illustration de terrain sensible. Voyons comment les dimensions évoquées s'appliquent à ce terrain singulier.

1.1. Une présence jugée indésirable

Selon Fassin, certains terrains peuvent tout d'abord être caractérisés comme sensibles de par les conditions concrètes de réalisation du travail empirique, qui conduisent le chercheur à se confronter à des risques objectifs tels que le fait d'être volé, violé, blessé voire même

tué ou enlevé. Cela peut aboutir à l'exclusion du chercheur de son terrain de recherche. Le terrain « se referme » alors sur l'ethnologue qui y est jugé indésirable.

La réalisation concrète du travail empirique sur le terrain de l'informel a cela de complexe justement que l'analyse porte sur une pratique « informelle, clandestine, illicite ». Dans notre cas, si le phénomène est visible à l'œil du visiteur qui se promène dans les rues de la capitale, c'est une réalité souvent décrite par la négative (impact sur la santé publique notamment autour des questions d'automédication et d'antibiorésistance, questions autour de la qualité des médicaments vendus, description des vendeurs comme participant à des réseaux mafieux de vente informelle, construction d'un secteur parallèle au regard d'un système formel). Ainsi, à force de vouloir mettre des mots sur une pratique pourtant fortement visible, je me suis heurtée aux atermoiements des vendeurs que je rencontrais, à leur mutisme. Certains d'entre eux n'hésitaient pas à interrompre à plusieurs reprises l'entretien pour demander si nous n'étions pas de la police ou des journalistes. *« Enquêter sur les lieux où se fait le commerce illégal c'est être d'emblée suspect de collusion avec les pouvoirs publics et pour les clandestins, toute personne qui interroge est assimilée à un journaliste, encore plus redoutable que le policier, certaines tentatives d'infiltration par la presse locale ayant donné lieu des articles incitant la répression »* (Fassin, 1985 : 164). Effectivement, si la vente informelle de médicaments fait l'objet d'une certaine complaisance ou tout au moins tolérance policière (dans le quartier d'Ambohipo, des vendeurs arborent des boîtes de médicaments à quelques pas de policiers qui font la circulation), les journalistes disposent du pouvoir de donner lieu à des articles incitant les pouvoirs publics à la répression.

Les articles paraissant régulièrement dans la presse et les informations transmises à la télévision nationale inquiètent les vendeurs. Les reportages réalisés « à la va vite » par des journalistes munis de caméra cachées, montrent les vendeurs à l'œuvre et les stocks de

médicaments. Les rencontres entre les vendeurs et les journalistes, se faisant passer pour des clients et « volant » des images de manière cachée, étaient peu transparentes et aboutissaient à des messages principalement négatifs à l'égard des vendeurs. Ceci compliquait encore l'accès au terrain.

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

18 mai 2014. Premier entretien avec ce vendeur informel d'Ambohipo. Notre interlocuteur n'est pas du tout à l'aise. Il nous demande si nous ne sommes pas journalistes. Il raconte que ce matin encore sur une chaîne de télévision malgache on montrait une caméra cachée du marché « illicite ». Il a peur de se retrouver dans les médias. On vide nos sacs pour lui montrer que nous n'avons ni caméra, ni dictaphone. On lui montre une carte d'étudiants mais ça ne change rien.

4 juin 2014. Deuxième visite, il est plus chaleureux, moins méfiant mais demande plusieurs fois si nous ne sommes pas de la police. Après quelques minutes d'entretien il demande « quand aurez-vous terminé votre bouquin ? ». De nouveau un peu de méfiance.

22 juillet 2014. On lui demande s'il sera là dans les prochaines semaines au cas où nous avons d'autres questions à lui poser. Il est un peu gêné, il dit que c'est calme en ce moment car c'est les vacances.

Ces extraits de mes notes de terrain illustrent les difficultés rencontrées pour nouer des liens avec les vendeurs ainsi que les difficultés pour mes interlocuteurs de me classer dans une catégorie de personne : journaliste ? Membre de la police ? Ma position d'étrangère provoque la méfiance, on ne comprend pas ce qui peut intéresser dans ces pratiques qui ne me concernent pas.

Outre l’informalité de la pratique, le chaos de l’environnement de vie en milieu urbain (embouteillage, saleté, pollution, pauvreté) et la faible disponibilité des personnes, faits propres aux terrains urbains, semble aller à l’encontre de la temporalité de l’enquête plus lente et posée telle que je la pratiquais jusqu’alors principalement en milieu rural. Le contexte urbain, couplé à l’activité de vente à laquelle s’adonnent les interlocuteurs et pour laquelle chaque minute compte, n’offre qu’une mince marge de temps à dégager pour nos discussions. Les boutiques sont le plus souvent installées dans des locaux étroits (maximum 3 mètres sur 3), au rez-de-chaussée de bâtiments d’habitation. Les échanges clients/vendeurs étant particulièrement rapides, il me semblait difficilement faisable de réaliser des observations de longue durée au sein de ces commerces. Les vendeurs qui vendaient à leur domicile pratiquaient ce commerce en même temps que d’autres activités (garde d’enfant, préparation des repas). Certains étaient assis le long de la route pour aborder les clients de passage, et occupés à d’autres activités, ce qui rendait ma présence à leur côté sur une longue durée compliquée.

La méfiance dont j’étais l’objet s’est traduite par la mise en place de stratégies d’évitement à mon égard³⁶ cristallisant clairement l’idée que ma présence était « jugée indésirable » (Fassin, 2005) : non-disponibilité répétée, fuite à mon arrivée prétextant une course urgente dans le quartier, absences répétées malgré les rendez-vous fixés. Ces attitudes de défiance traduisaient une peur – ou tout du moins un refus - de répondre à mes questions, et elles permettent d’entrevoir la manière dont la société malgache se représente cette pratique informelle.

Un mois et demi après le début de mon terrain à Ambohipo, je racontais à une vendeuse qu’un autre vendeur s’était montré

³⁶ Ces stratégies de défense de la part des interlocuteurs, cette manière de s’adapter au chercheur sur le terrain en fuyant sa présence et en répondant ce qu’il a envie d’entendre ne sont pas propres à mon terrain (Fresia, 2005) mais je dirais qu’elles sont accentuées du fait du côté des pratiques que j’y observe.

particulièrement méfiant envers moi, formulant clairement la crainte que nous soyons de la police. A cela, elle m'a répondu « *C'est bien que ton informateur t'ait présenté au départ. Sans cela, nous n'aurions jamais accepté que tu nous interrogés. Par contre, il faut vraiment que tu diminues la durée des entretiens, car notre boulot c'est d'être dans la rue à attendre les clients. Nous perdons de l'argent à force de discuter avec toi à l'intérieur* ». Mon approche nécessitait alors une négociation constante de ma présence parmi eux et l'élaboration d'une méthodologie propre, offrant un compromis entre mes intérêts et leur disponibilité.

1.2. Entrelacement des risques objectifs et subjectifs

Parallèlement à mes entretiens à Ambohipo, je réalisais des entretiens avec des acteurs de la lutte contre ce marché (membres du Comité de Lutte contre le marché informel du médicament, et de l'Ordre des Pharmaciens). Les entretiens étaient l'occasion pour eux de me conter les récits d'intimidations et violences exercées à l'encontre de certaines de leurs connaissances activement impliquées dans la lutte, par des acteurs du marché informel. A l'Institut Pasteur de Madagascar, la consigne m'avait été donnée d'évoquer le moins possible ma thématique de recherche même avec mes collègues, car certains d'entre eux collaboraient étroitement avec le Ministère de la Santé Publique au sein duquel travaillaient des Betsileo qui pouvaient être intimement liés avec les Betsileo actifs dans la pratique informelle de vente. Comme nous le verrons dans la troisième partie de ce travail, le marché informel du médicament est essentiellement aux mains d'individus issus d'une même ethnie, les Betsileo. Afin d'éviter une généralisation erronée concernant la spécialisation professionnelle de ce commerce par le groupe ethnique Betsileo (tous les Betsileo n'étant bien évidemment pas impliqués dans la vente de médicaments), je parlerai plutôt de « groupe social d'acteurs » impliqués dans la vente.

Vers le mois de mars 2015, les récits d'intimidation à l'égard des personnes impliquées dans la lutte contre le marché informel, couplés aux réactions récalcitrantes des vendeurs m'ont amenée à me sentir

moi-même menacée sur ce terrain. Outre les preuves de méfiance quotidiennement vécues, un évènement en particulier a porté préjudice à ma pratique d'enquête.

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

Mars 2015. Après trois mois de terrain, je m'approche d'un vendeur que je souhaitais interroger depuis quelque temps. A ma vue, il s'éloigne directement. Je m'approche alors d'une dame avec laquelle il est en train de discuter. Ils m'enjoignent d'arrêter de leur poser des questions argumentant que j'ai conduit les policiers dans leurs boutiques la veille, dans le cadre d'une rafle de médicaments informels.

Comme le montre ce récit, malgré toutes les précautions prises, ma présence était fortement associée à la répression policière. Le quartier d'Ambohipo était très proche de mon lieu de vie. Durant cette phase, ma perception du risque était (à tort ou à raison) particulièrement aigüe, je m'arrangeais alors pour varier les moyens de locomotion pour arriver sur mon terrain et en repartir : à pied, en bus (en variant la ligne de bus), en scooter ou en taxi. Il m'est arrivé un jour d'être assise à côté d'un vendeur dans le bus, et pour éviter de lui donner trop d'indices sur mon lieu de vie, je suis descendue trois arrêts plus loin que nécessaire. Je parlais également très peu de moi à mes interlocuteurs, de ma vie à Madagascar, de mon quotidien. Mes interlocuteurs savaient que j'étais maman d'un petit garçon, car il m'arrivait d'utiliser des exemples de soins que je lui prodiguais en cas de fièvre, pour comprendre comment les mères géraient leurs expériences de maladie, ou quels conseils les vendeurs dispensaient aux parents venus chercher des médicaments pour leurs jeunes enfants. Cet élément a constitué une opportunité de rapprochement avec mes interlocuteurs, nous dépassions alors la relation souvent

asymétrique d'enquêteur/enquêté pour échanger des informations relatives à la santé de nos enfants. Cela contribuait pendant quelques minutes à instaurer un cadre de proximité et de confiance.

Les moments de « flottement » entre les entretiens, les odeurs, les trajets, les bruits renvoyant à des situations d'enquêtes particulières, aux refus essuyés de manière directe ou indirecte, aux discours construits uniquement dans le but d'en terminer au plus vite commençaient à me décourager. Ayant déjà récolté une masse importante de données, je profitai de l'hiver austral (l'été européen) pour faire une pause. Je repris mes entretiens au mois d'août et uniquement auprès de vendeurs avec lesquels je me sentais à l'aise. Mon objectif était alors de réaliser un relevé des médicaments dont ils disposaient et les prix correspondants.

1.3. La position du chercheur. Les travers du « populisme idéologique »

La position que le chercheur occupe par rapport aux personnes avec lesquelles il travaille peut être sensible elle aussi. Le risque auquel il est soumis est ici davantage subjectif par le biais de l'exposition à des populations qui souffrent de formes de domination (Fresia, 2005), d'injustice, de malheur et qui peuvent avoir des attentes particulières à l'égard de celui qui mène les recherches. Dans le cadre d'enquêtes dans le champs de la santé, le chercheur peut être confronté aux limites de son engagement sur le terrain, face à des situations singulières où il est tenté d'intervenir et des réalités collectives qu'il semble légitime de dénoncer (Fassin, 2005). Face à ces questionnements, Fassin invite à adopter la posture de la « pensée inquiète », « *à la fois plus créative et la plus honnête, loin des certitudes d'une anthropologie qui a souvent cru savoir pour elle-même et à la place des autres. Au fond, cette pensée inquiète nous conduit à nous poser sans cesse cette question : qu'est-ce que faire ce métier ? Comment se situer par rapport aux agents sociaux auprès desquels on conduit des recherches ?* » (Fassin, 2005 : 95). En effet

comme Fassin le rappelle, historiquement, les sciences sociales ont choisi le camp des faibles et des opprimés.

Olivier de Sardan décrit le risque de « *peindre la réalité aux couleurs de ses désirs, et à une vision enchantée des savoirs populaires* » (Olivier de Sardan, 2002). Cette posture tend à occulter le rôle « actif » des personnes rencontrées, et néglige les stratégies qu'elles déploient, loin du rôle passif et « victimisant » qui pourrait leur être attribué. Dans cette perspective dichotomique, Fassin parle d'une forme de « démonisation » des dominants, ou supposés tels (Fassin, 2005 : 101).

A ce titre, l'intitulé de ma thèse « Le marché informel, une revanche populaire » pourrait laisser croire au lecteur l'adoption par le chercheur d'une vision naïve de cette pratique commerciale. Cette vision mettrait en scène une vision altruiste de l'émergence du marché informel dont le moteur serait la mise à disposition de médicaments, par ailleurs inaccessibles pour les populations les plus pauvres. Si cette lecture relève en partie de la réalité, elle ne doit pas occulter l'aspect lucratif de la pratique de vente.

Dans les premiers temps sur un terrain dans un pays aussi pauvre que Madagascar, ma position était forcément naïve et particulièrement empathique à l'égard des personnes interrogées. A ce sujet, je vais raconter une anecdote parlante. Lors de mes enquêtes à Ambohipo, j'étais étonnée des conditions de vie précaires de certains vendeurs, qui disaient pourtant travailler dans le médicament pour le côté lucratif de la pratique. Je notais d'ailleurs dans mes premiers écrits :

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

Août 2014. Si ce business du médicament semble réussir à certains comme le prouvent les maisons récemment construites, les habitations meublées, etc. d'autres vivent dans des conditions de grande précarité : une pièce de vie à partager avec plusieurs membres de la famille au sein d'habitations construites à proximité d'égouts dans lesquels il n'est pas rare de voir courir des rats. C'est étonnant pourtant les vendeurs mettent tous en avant l'aspect lucratif de la vente.

Une vendeuse d'Ambohipo me faisait état des nombreuses maisons qu'un vendeur de médicaments avait fait construire à Imadiala³⁷, sa commune d'origine. Elle soulignait pourtant en même temps l'apparente précarité de son mode de vie à la capitale. Comme je le décrirai plus tard (partie 3), je découvris alors que les vendeurs investissaient pour la plupart dans l'immobilier qu'ils mettaient ensuite en location, préférant vivre dans des conditions de vie simples (voire simplissimes), faits qu'ils évitaient de m'énoncer, trouvant sans doute confortable le regard que je leur portais qui assimilait leur pratique commerciale à une forme de moyen de survie³⁸. Occulter l'aspect « business » de la démarche qui s'accompagne d'une forme d'accumulation d'argent pour soi c'est occulter un phénomène pourtant fondateur de la pratique de vente informelle. Il est donc essentiel dans la démarche de recherche de pouvoir appliquer un regard un maximum « holistique » sur les phénomènes étudiés.

³⁷ La commune d'origine des vendeurs, située au sein du district d'Ambositra. Ce lieu s'appelle « Imerina Imadiala » mais plus communément nommée « Imadiala » par les Betsileo

³⁸ Ce phénomène pourrait également s'expliquer par le fait que « rester en précarité absolue, c'est de garder ouverte la possibilité de recourir à l'autre » (Pierre-Joseph Laurent, Synthèse Chaire Leclerc, 2017).

2. Enquête du côté de l'offre de médicaments à Madagascar

Pour aider à la systématisation des données, j'emprunterai ici à l'économie les termes d'« offre » et de « demande », uniquement pour indiquer au lecteur à quel niveau d'analyse on se trouve, par rapport à notre objet de recherche qui est le médicament : en amont, au niveau de l'offre et de la distribution de médicaments via les circuits privés, publics et informels, ou au dernier stade de vie du médicament, son usage par les consommateurs.

2.1. Réinventer une méthodologie : enquête sur un terrain clandestin

« Dès que on touche aux médicaments [...] on entre dans le monde du silence » (Bart, 1983 in Fassin, 1985 : 163). Toute recherche portant sur une pratique clandestine nécessite une approche particulière ayant pour objectif l'instauration progressive de liens privilégiés avec quelques sujets. La progression de la récolte de données sur la distribution informelle de médicaments a sans cesse oscillé entre la préoccupation de fiabilité des données (assurée en partie par la triangulation des données) et le souci d'avoir une vision globale sur la distribution pharmaceutique (sélection d'un grand nombre d'interlocuteurs et d'une diversification des types d'acteurs interrogés).

a. Modalités d'accès au terrain clandestin

Pour réaliser le premier volet de mon enquête, à savoir le terrain à Ambohipo, le cœur même du marché informel à Madagascar, j'étais accompagnée par une jeune étudiante malgache très peu familière avec le quartier et la thématique de recherche. Son travail consistait essentiellement en la traduction des entretiens. Ma connaissance de la langue malgache n'est pas suffisante pour un échange en profondeur sur les différentes thématiques abordées, et le travail en binôme m'a paru riche pour diverses raisons : aide-mémoire pour les actes relevés à la volée durant les entretiens (achat avec ou sans ordonnance, arrivée d'un client, d'un vendeur ambulant, listing des médicaments vendus et

disponibles, etc.). Chaque entretien s'ensuivait d'une discussion avec la jeune étudiante, dans l'objectif de retracer minute par minute l'entretien et de compléter mes notes. En outre, bien qu'incomplète, ma connaissance de la langue malgache, me permettait de noter les mots clés des thématiques abordées et des réponses avancées par l'interlocuteur, de manière à interroger mon interprète sur les points éventuellement oubliés.

Le quartier d'Ambohipo est accessible en bus, à pied, en voiture, on peut s'y promener librement. Il concentre des commerces divers : quincailleries, friperies, papeteries, salon d'esthétique, cyber cafés, épiceries. Il est particulièrement fréquenté par les étudiants de l'Université située à quelques centaines de mètres du quartier. L'accès aux vendeurs de médicaments à proprement parler n'est quant à lui possible que dans le cadre d'une relation client/vendeur, ou par le biais de contacts privilégiés. C'est cette dernière stratégie qui m'a permis d'entrer sur ce terrain « clandestin ». J'ai tenté une fois la simulation d'une maladie pour accéder aux vendeurs, avant de me rendre compte que cette stratégie ne me permettait pas de « m'asseoir » de manière pérenne dans le quartier. Par ailleurs, cette voie est souvent empruntée par les journalistes qui couvrent le phénomène, je ne pouvais pas me permettre de susciter des amalgames. Démarrer ces relations par une simulation « client/vendeur » ne me paraissait pas du tout adapté à ce terrain, qui nécessite au contraire un maximum de transparence.

L'accès aux vendeurs informels de ce quartier m'a été permis grâce à une connaissance, dont la famille est partie prenante dans la vente informelle des médicaments à Ambohipo. Son appartenance à l'ethnie Betsileo ainsi que sa profession de médecin (elle dispose d'un cabinet médical dans le quartier) lui confèrent une place de choix dans la problématique du médicament. D'abord par le biais de ces liens familiaux, elle nous a offert les précieux « points d'accès » aux vendeurs tout en les rassurant sur la bienveillance de notre présence dans le quartier. Par ailleurs, cette personne était familière avec la

notion d'enquête, ayant elle-même mené des enquêtes - plutôt quantitatives - dans le domaine de la santé. Elle a donc rapidement saisi l'objet de mes recherches, ainsi que la nécessité de développer une relation de confiance avec les interlocuteurs, elle connaissait bien les mécanismes d'entretiens en face-à-face et saisissait la nécessité d'un temps long sur le terrain.

Nous avons rencontré quatorze vendeurs et réalisé avec eux un ou plusieurs entretiens. Tout d'abord, notre personne contact nous a introduites auprès de sept vendeurs, principalement des membres de sa famille (4/7). Elle nous présentait et prévenait les interlocuteurs de notre prochaine visite. Je faisais appel à elle une fois cette voie « explorée » afin qu'elle nous donne accès à d'autres vendeurs. A trois reprises elle nous a accompagnées sur le terrain et introduits auprès de nouveaux vendeurs. Grâce à ces contacts, nous avons réalisé des entretiens itératifs auprès de ces vendeurs du quartier. Parmi les personnes qu'elle nous a présentées, une seule a refusé de répondre à nos questions, sous prétexte qu'elle n'en n'avait pas le temps. Cette personne nous a soigneusement évitées tout au long de notre recherche. Deux autres vendeurs ont pu être approchés à l'aide mon interprète. Plusieurs années auparavant, sa maman avait eu ponctuellement recours au marché informel et s'adressait à deux vendeurs en particulier pour l'achat de ses médicaments. La première vendeuse s'est montrée très ouverte, nous avons réalisé plusieurs entretiens après d'elle. L'autre contact a été moins fructueux : nous avons rencontré cette personne une fois seulement, elle n'était pas disposée à parler de son expérience, j'ai donc préféré ne pas insister. Nous avons approché l'avant dernière vendeuse au cours de nos explorations dans le quartier. Enfin, nous avons connu la dernière vendeuse à Imadiala (en pays Betsileo) lors de notre descente sur le terrain en août 2015. Elle y passait les vacances avec ses deux enfants. Nous lui avons alors soumis les mêmes questions que pour les autres vendeurs d'Ambohipo.

Pour approcher les vendeurs, nous avons opté pour une introduction généraliste, afin d'éviter d'aborder les enquêtés frontalement et directement au sujet de leur « stigmat » (Fresia, 2005). Nous nous présentions comme des étudiantes en sociologie inscrites en thèse à l'Université Catholique de Madagascar et en Belgique (la discipline anthropologique n'étant pas bien connue). Nous informions que nous travaillions sur la santé, sur les pratiques des malades en cas de fièvre et les recours aux médicaments. Mon ancrage professionnel à l'Institut Pasteur a été volontairement passé sous silence, par peur de l'image de contrôle, de surveillance que peut renvoyer cet institut de recherche œuvrant dans le domaine de la santé, bien connu de tous. Ce « passage sous silence » de l'appartenance et l'affiliation à l'Institut Pasteur de Madagascar dans le cadre d'une enquête de terrain en santé, visant à en minimiser les biais, a également été adopté par Pourette et Raharimanga lors d'une étude sur les répercussions sociales d'un essai clinique (Pourette et Raharimanga, 2014) et par notre équipe d'anthropologues de l'IPM lors des études portant sur le paludisme à Madagascar (Mattern et al., 2016).

Malgré ces précautions, nos premières rencontres avec les interlocuteurs étaient teintées d'une grande méfiance. Les entretiens avec nos interlocuteurs sur ce premier terrain se situaient entre discussions spontanées et entretiens approfondis. Cet « entre-deux » paraissait adapté à un terrain de recherche ancré dans un contexte doublement complexe au niveau de l'approche. Après quatre mois de présence régulière dans le quartier, nous sommes parvenues à nous rapprocher plus particulièrement de deux vendeurs. J'ai alors réalisé quelques allers - retours seule sur le terrain pour approfondir des questions spécifiques, me sentant plus à l'aise au niveau du langage qu'au début des enquêtes et plus détendue quant à la problématique. En fin de terrain, certains vendeurs nous repéraient et venaient à nous pour nous proposer de continuer l'entretien interrompu lors de notre précédente visite.

b. Des échanges segmentés pour un processus itératif de récolte de données

Le dictaphone, habituellement utilisé pour mes travaux n'a pour toutes les raisons citées ci-dessus pas pu être utilisée durant notre enquête à Ambohipo. J'ai opté pour une prise de notes par mots clés couplée à une discussion systématique après chaque entretien avec mon interprète afin de compléter mes notes. La mémorisation était une composante importante de cette méthode d'enquête, croisée avec les informations retenues par mon interprète : je tentais de retenir au fur et à mesure des entretiens des mots clés/passages de conversation entendus et compris, afin de reconstruire a posteriori le fil de l'entretien. Cette méthodologie a du bon : elle permet de réaliser des entretiens réellement sur le mode fluide de la conversation. Si elle engrange certainement une perte d'information au regard des méthodes plus classiques d'enregistrement et transcription systématiques des données, cette technique méthodologique s'est imposée comme la plus adaptée à l'analyse d'une pratique informelle.

Les premiers jours de terrain, nous avons travaillé à suivre scrupuleusement l'entièreté des questions du canevas composé de questions « brise-glace » sur la santé en général (maladies fréquentes dans le quartier, moment de l'année où apparaissent plus particulièrement tels ou tels symptômes, etc.), de questions concernant le métier de revendeur, l'organisation de leur travail, les caractéristiques de leur clientèle et enfin sur les médicaments à proprement parler (provenance, stockage, type de médicaments). En moyenne, ces entretiens duraient plus d'une heure. Il nous est rapidement apparu que dans un contexte de vente, où chaque minute compte en termes de rentabilité économique, cette méthodologie n'était pas du tout adaptée. Certains de mes premiers interlocuteurs avec lesquels j'avais réalisé des entretiens de plus d'une heure, fuyaient à ma vue lors des visites suivantes. Cette attitude traduisait le fait que ma méthodologie initiale n'était pas adéquate.

J'ai alors opté pour des va-et-vient réguliers dans le quartier, favorisant la familiarisation avec les interlocuteurs. Le canevas a été segmenté par thématiques de manière à favoriser des échanges plus fréquents et plus courts avec les personnes interviewées. Cette méthode correspondait d'autant mieux à ce terrain que je pouvais choisir en fonction du temps accordé, de l'état d'esprit du vendeur, du lieu de l'entretien, les sujets plus délicats, ou ceux plus « faciles » qui nécessitaient moins de confidentialité, de calme et de concentration. Avec une partie des vendeurs dont le principe de vente consistait à capter la clientèle aux arrêts des bus, nous avons négocié un entretien très court, de deux questions par jour (une quinzaine de minutes d'entretiens par rencontre). La méthodologie basée sur des va-et-vient réguliers m'est apparue comme adéquate du fait qu'elle favorise les échanges rapides et ne peut se faire sans de nombreuses rencontres, contribuant à « normaliser » ma présence dans le quartier.

Quelques facteurs ont inévitablement influencé l'attitude des vendeurs à mon égard : les modalités d'entrée sur le terrain (par une personne tierce, et ayant un statut particulier), le contexte interactionnel (présentation de soi et de l'étude, entretien seule ou avec une interprète), mon statut (mon parcours et mon statut familial de mère).

c. Un nécessaire retour aux sources : terrain en pays Betsileo

Après plusieurs mois d'investigations au cœur du marché informel d'Ambohipo, un retour aux racines des vendeurs m'est apparu incontournable. A ce stade, bien trop d'éléments m'échappaient, concernant tant l'organisation du circuit informel que des liens entretenus entre les vendeurs et leur commune d'origine, Imadiala. Il m'était apparu clair qu'il se jouait à partir de cette commune un phénomène migratoire particulier à destination d'Ambohipo, motivé par le commerce du médicament. Pour autant, les liens ne semblaient pas rompus avec les familles. Les valeurs de solidarité, de *fihavanana* souvent avancées pour expliquer l'absence apparente de

concurrence entre vendeurs et le partage des rouages de ce business lucratif demandaient à être contextualisées dans le cadre familial plus large. Les objectifs de cette mission étaient pluriels : récolter des données historiques sur le contexte d'émergence du marché informel, caractériser les liens de solidarité entre les vendeurs et leurs familles restées au village, replacer la pratique de vente informelle de médicaments dans un contexte plus global de pratiques informelles commerciales (pas spécialement focalisées sur le médicament) mises en œuvre par les Betsileo issus de cette commune.

Afin de répondre à ces différentes questions, une mission a été organisée à Imadiala à l'occasion de laquelle 19 interlocuteurs ont été interrogés. Nous avons réalisé des entretiens avec deux catégories d'individus : les personnes ressources (l'objectif de ces entretiens était de récolter des données « globales » sur la région du point de vue des migrations, de la démographie et de la santé) et les acteurs de la distribution de médicaments dans la région. Dix personnes « ressources » ont donc été interviewées : un agent de l'administration au niveau de la commune, deux soignants dont un médecin au centre de santé de base et une infirmière exerçant dans une clinique confessionnelle, deux hommes instruits et reconnus pour leurs connaissances sur la région, cinq « passants », interrogés à propos des grandes maisons construites dans la commune. Par ailleurs, neuf vendeurs formels et informels de médicaments ont été rencontrés : deux dépositaires, deux épiciers, deux vendeurs à l'étal sur un marché communal, trois vendeurs actifs dans la vente informelle à Antananarivo de passage à Imadiala, deux commerçants dont l'un est à la tête d'un réseau de vendeurs informels et l'autre spécialisé dans le commerce de différents produits dont les médicaments.

Les entretiens se sont déroulés au domicile des interlocuteurs, dans les bureaux des administratifs ou dans les rues de la commune. Parallèlement à ceux-ci, nous nous sommes mêlées aux familles rassemblées autour d'un événement familial, aux vendeuses sur les marchés, aux épiciers pour compléter nos données sur certaines

thématiques concernant notamment les rites et événements familiaux, le travail de la terre, la migration des hommes, l'accès aux médicaments, les types de liens de solidarité entre les familles dispersées aux quatre coins de l'île.

Pour mener à bien ce travail, le choix du guide, qui était ici davantage finalement une assistance de recherche était crucial. Il me fallait être accompagnée d'une personne capable d'effectuer la traduction, de me guider dans la forêt d'arbres généalogiques qui reliaient les individus les uns aux autres et de reconnaître les personnes impliquées dans la vente. Il fallait également éviter la suspicion induite par notre présence au sein de la commune, et nos questionnements autour de leurs différents commerces. J'ai donc assez naturellement fait appel à la personne qui m'a mise en contact avec les familles de vendeurs à Ambohipo. Pour rappel, celle-ci réside à Ambohipo, sa famille (oncles, tantes, cousins et autrefois sa mère) sont investis dans la vente. Son père est originaire de l'un des *fokontany* de la commune d'Imadiala. Elle était la personne idéale pour ce travail. Nous avons fixé notre mission au mois d'août, période durant laquelle la diaspora imadienne revenait pour les vacances et pour assister aux nombreux événements familiaux qui ont lieu spécifiquement à cette saison. Nous avons donc eu l'occasion de rencontrer non seulement les familles résidant de manière permanente à Imadiala, mais aussi les « business³⁹ man » et vendeurs d'Ambohipo de retour chez eux. Je n'ai pas retrouvé à Imadiala des vendeurs que j'avais interviewés à Ambohipo mais trois vendeuses de passage à Imadiala, apparentées avec certains vendeurs rencontrés à la capitale et disposant d'une boutique de vente dans le quartier d'Ambohipo. Même si certains passages des discussions avec ces vendeurs étaient encore emprunts de gêne et de méfiance, la plupart d'entre eux étaient bien plus à l'aise chez eux, à la campagne, pour parler de leur commerce.

³⁹ Nos interlocuteurs référaient à leur commerce en parlant de « *bizina* » ou business.

Dès le premier entretien, il nous est apparu clairement que l'utilisation de l'enregistreur n'allait pas être possible. De même qu'à Ambohipo, le recueil des informations dans un cahier ralentissait le rythme de l'entretien et était vu d'un mauvais œil par nos interlocuteurs. La majorité des entretiens s'est alors déroulée sur le mode de la conversation. A nouveau, avant de commencer mes enquêtes, je prévins ma guide : il faudra retenir toutes les informations ! Quand il le pouvait, notre chauffeur se joignait à nos discussions, partant du principe que plus on était pour retenir les informations, plus fidèle serait la reconstitution de nos échanges. Les échanges se déroulaient alors sur le ton de la discussion usuelle et curieuse, les questions venaient de personnes originaires de la capitale et qui interrogent simplement les modes de vie à la campagne.

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

20 août 2015. C'est la fin de la journée, le soleil se couche sur la commune. Ma guide, le chauffeur de la voiture et moi-même achetons un paquet de nouilles pour notre repas du soir. Nous nous mettons à discuter avec le jeune commerçant qui tient l'épicerie dans laquelle nous faisons nos petits achats. Nous évoquons ensemble les difficultés de la vie à la campagne, le récit de sa réinstallation dans la commune après plusieurs années passées à Antananarivo, les liens avec son frère resté à la capitale. Au fur et à mesure de la conversation, il nous partage des informations concernant les marchandises vendues dans son épicerie et plus spécifiquement la provenance des médicaments de son épicerie. C'est sa belle-sœur qui travaille à Tana pour un grossiste répartiteur qui lui a appris les noms et les modalités de prise des médicaments. Il donne donc des conseils aux usagers des médicaments. Parfois, pour certaines questions, le ton de la conversation baisse, je regarde distraitement autour de nous, feignant un désintérêt pour les questions abordées pour mettre notre interlocuteur à l'aise.

La plupart des entretiens menés durant cette mission de terrain ont été récoltés de cette manière. Un autre sujet de discussion souvent abordé alors, était les énormes bâtisses qui bordaient les ruelles, ou qui surplombaient les rizières de la commune. Comme je le décris et l'illustre plus loin, Imadiala est caractérisé par de grands contrastes en termes d'habitations : d'énormes maisons en béton, à plusieurs étages et peintes dans des couleurs criardes sont construites juste à côté de petites maisons traditionnellement construites en terre rouge. Chaque maison présentait une opportunité de discussion avec les passants : à qui appartient-elle ? Quand a-t-elle été construite ? A-t-elle seulement déjà été habitée ?

Durant ces entretiens je m'efforçai de ne manquer aucune information ⁴⁰. Ma technique était alors, comme à Ambohipo, la mémorisation de mots clés ponctuant la conversation. S'en suivait systématiquement une discussion avec ma guide, que j'enregistrais à l'aide d'un dictaphone. Je transcrivais ensuite le soir l'ensemble des données.

2.2. Enquête auprès des distributeurs formels : une nébuleuse technique et complexe

Les entretiens avec les grossistes répartiteurs nécessitaient un cadre plus formel, tant concernant la prise de contact (je me présentai alors comme un membre de l'Unité d'épidémiologie de l'Institut Pasteur), qu'au niveau des modalités de déroulement des entretiens : prise de rendez-vous avec les pharmaciens par le biais de leurs secrétaires, déroulement de l'entretien au sein de leur bureau (parfois dans les salles de réunion), échange de cartes de visites. Je réalisai l'ensemble de ces entretiens seule et en français.

Les premiers entretiens avaient pour but la compréhension générale de la distribution pharmaceutique à Madagascar : histoire de leur organisme d'importation et de répartitions, délimitation de leurs

⁴⁰ Cependant ma connaissance de ce dialecte, assez éloigné de par la prononciation et le vocabulaire utilisé du malgache de Tana que je connaissais mieux est limitée.

activités (promotion du médicament ?). L'existence d'un marché informel était questionnée : qu'en savaient-ils ? Selon eux quelle était la provenance des médicaments ? Au bout de quatre entretiens, me sentant plus à l'aise avec les termes techniques du champ pharmaceutique qui m'étaient jusqu'alors méconnus, nous abordâmes la question du marché pharmaceutique international, la place de Madagascar dans ce marché, les procédures d'enregistrement des médicaments, les relations avec leurs clients, les pharmaciens, les itinéraires des médicaments, sortant de leur lieu de fabrication, transitant via des plates-formes et arrivant enfin à Madagascar. L'objectif devint de caractériser le système pharmaceutique malgache, au regard d'autres systèmes nationaux, d'en faire ressortir les spécificités. On abordait alors les questions de réglementation pharmaceutique, et inévitablement, des circuits informels de médicaments, contre lesquels tous sans exception se sont insurgés, par la mise en place notamment d'un comité de grossistes, se réunissant mensuellement entre autres autour de la question du « marché noir ». Les questions relatives aux points d'articulations entre secteur privé et marché informel ont été rarement abordées, ou quand mes interlocuteurs abordaient ces questions, c'était dans l'objectif de se départir de ces pratiques et démontrer leur intégrité.

Durant la même époque, j'ai rencontré à plusieurs reprises des employés et hauts responsables de la SALAMA, la centrale d'achat de médicaments à Antananarivo, en charge de l'approvisionnement du secteur public. Ces entretiens ont été très riches et assez formels également, ils ont été enregistrés et transcrits dans leur intégralité. Les objectifs poursuivis par ces entretiens étaient la caractérisation de la distribution publique à Madagascar, mais également la compréhension des problèmes d'approvisionnement et des ruptures fréquentes d'intrants rencontrés par ce secteur. Les questions relatives aux points d'articulations entre secteur public et marché informel ont été assez librement abordées.

3. Enquête du côté de la demande, les usagers

Après avoir interrogé l'organisation de l'offre pharmaceutique, je me suis intéressée à la demande. Dans quels points de vente sont achetés les médicaments ? Sous quelles modalités sont-ils éventuellement prescrits, achetés et puis consommés ? Plus spécifiquement, qui a recours aux médicaments issus des circuits informels ? A quel type de vendeurs les usagers s'adressent-ils ?

Le second volet de la recherche diffère totalement du premier, de par les thématiques discutées et la méthodologie de recherche. Pour ce nouveau volet de mes recherches, j'ai travaillé avec une autre interprète, étudiante elle aussi à l'Université Catholique de Madagascar (UCM) qui m'avait été recommandée par deux professeurs pour ses qualités en termes de réalisation d'entretiens.

L'objectif de ce second volet de la recherche est de mettre en lumière les cheminements thérapeutiques empruntés par les ménages de la capitale en cas d'épisode de maladie. Massé définit l'analyse des « cheminements thérapeutiques » comme étant l'étude des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie (Massé, 2009).

L'hypothèse de départ était que les recours au secteur informel de la santé (tant au niveau des consultations auprès de professionnels pratiquant dans « l'informalité », que concernant le recours aux points de vente informels de médicament), intervenaient en raison d'une non-adéquation de l'offre formelle de santé aux attentes, besoins, moyens des populations. D'après nos observations, une grande diversité de clients issus de tous groupes socio-économiques confondus achète des médicaments à Ambohipo. Je posai donc l'hypothèse que la réponse offerte par le secteur de vente informelle de médicaments répondait plus exactement aux besoins des populations, toutes catégories sociales confondues et ce pour diverses raisons. Je questionnais donc ici l'idée préconçue qui consisterait à dire que le marché informel est uniquement une solution pour les groupes sociaux populaires.

3.1. Des choix méthodologiques raisonnés

Dans le cadre de cette recherche, j'ai fait le choix méthodologique de travailler en milieu urbain pour ce qui est des pratiques de recours aux soins. Ce choix repose sur deux raisons : la première est qu'il existe très peu de travaux portant sur les recours aux soins en milieu urbain à Madagascar ⁴¹. La seconde raison plus pragmatique est la possibilité que cela offrait de pouvoir coupler mes recherches sur la distribution pharmaceutique, partant majoritairement de la capitale (offre privée, publique et informelle), avec les entretiens auprès des usagers, et mon emploi à temps plein à l'Institut Pasteur en tant que responsable de l'Unité de recherche socio-anthropologiques appliquées à la santé, basé à Antananarivo. Le phénomène de recours aux médicaments pharmaceutique industriels aurait été bien évidemment intéressant à analyser en zone rurale également. Nous partons d'ailleurs de constats réalisés en milieu rural (voir point 4 du chapitre 2 de cette partie) pour construire notre objet de recherche.

Pour des raisons méthodologiques également, j'ai orienté les entretiens avec les usagers vers les traitements curatifs et non vers les pratiques de prévention, de maintien et de préservation de la santé pour nous centrer sur la question de l'utilisation des médicaments en cas de maladie. Néanmoins, certains traitements sont à la fois préventifs et curatifs, comme nous le verrons plus bas, dans le cas des vermifuges.

De la même manière, j'ai choisi de me focaliser uniquement sur le rapport des usagers aux médicaments pharmaceutique industriels et non aux médicaments traditionnels ou néo-traditionnels, car ce champ de recherche a déjà été largement exploré ⁴². Cette posture méthodologique n'entend pas exclure l'importance des recours aux médicaments traditionnels et néo-traditionnels, dont les usages se

⁴¹ Voir les travaux, dans le champ de l'économie, réalisés par l'équipe de Roubaud et Razafindrakoto (1995, 2001, 2013).

⁴² Voir les travaux de Rakotomalala (2006), Blanchy (2007), Lefèvre (2013), Didier (2015a, 2015b).

combinent largement aux médicaments pharmaceutiques industriels. Tout au long de ce travail et pour plus de légèreté dans l'écriture, nous utiliserons le terme « médicament » pour référer aux médicaments pharmaceutiques industriels.

3.2. Une stratification sociale nécessaire

J'ai mené 23 entretiens semi-directifs avec des hommes (6) et des femmes (17) résidant à Antananarivo, entre avril et août 2015. Douze entretiens ont été réalisés avec des acteurs populaires et onze avec des individus issus de la « catégorie moyenne ». Des canevas d'entretiens ont été élaborés à cet effet.

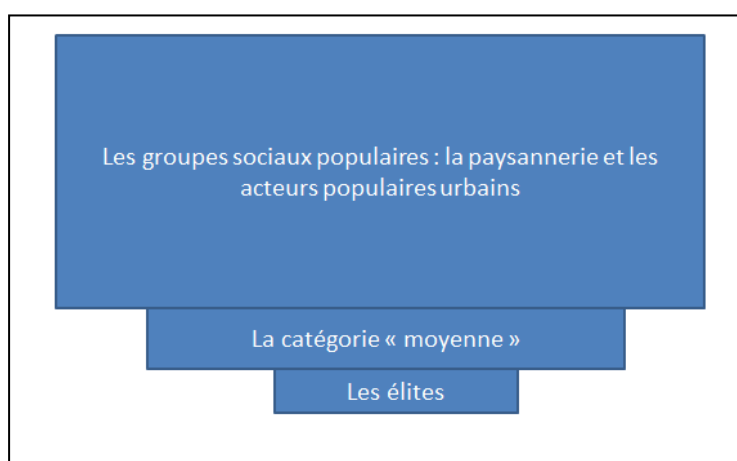
Si la notion de pauvreté est une notion du sens commun qui semble claire, et si le lien entre pauvreté et maladie est établi (Meessen et al., 2003), l'utilisation scientifique de cette notion pose question (Diallo, 2003). La dénomination de mes enquêtés par l'entrée « caractéristique socioéconomique » me questionnait, mais en même temps, il était indispensable pour l'analyse d'ériger ces « types-idéaux » (Olivier de Sardan, 2001a) ou « agrégats » caractérisant de « populaires » ou issus de la « catégorie moyennes » les individus tananariviens interrogées.

Dans son article sur le populisme idéologique, Olivier de Sardan nous invite à réfléchir sur les caractéristiques qu'on choisit d'attribuer aux fractions de peuple que l'on s'est donné pour but de découvrir (2001 : 10). Sans tomber dans une forme de « misérabilisme » qui consisterait à mettre en valeur la domination politique dont le peuple malgache est victime, sans verser non plus dans un déterminisme social qui enfermerait les personnes enquêtées dans leur groupe socioéconomique, à ce stade de mon travail, la dénomination de ces stratifications sociales ou de groupes sociaux était nécessaire pour pouvoir penser l'analyse sur le recours aux soins.

La structure sociale à Madagascar peut être stratifiée en trois groupes sociaux : les groupes sociaux populaires (qui comprennent à la fois la paysannerie (Raison-Jourde et Roy, 2010) et les acteurs populaires

urbains), la catégorie moyenne et les groupes élitaires (Razafindrakoto, Roubaud et Wachsberger, 2014). Ces « agrégats » ne peuvent être utilisés sans justification de leur limite et sans définition de leur contenu.

Figure 1 : Structure sociale à Madagascar



Source : l'auteur

Comme l'indique la figure ci-dessus, les acteurs « populaires » urbains et ruraux constituent une majorité écrasante de la population malgache, ils représentent les 92% des individus vivant sous le seuil de pauvreté⁴³ et résident majoritairement en milieu rural. Les 8% de la population restants se répartissent entre les individus de catégorie moyenne et les élites. La catégorie moyenne est constituée notamment des formels urbains (privés et publics), qui a souffert d'une « *dégradation de sa situation économique du fait de la récession continue* » (Razafindrakoto et al., 2013 : 18). Enfin, il y a les élites constituées de différents groupes sociaux hiérarchisés dans différents champs de pratiques (religieux, militaires, intellectuels, commerçants, politiques, etc.) que Razafindrakoto et al. nomment « *la coalition* ».

⁴³ <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/06/05/madagascar-measuring-the-impact-of-the-political-crisis>

élitaire au pouvoir » ⁴⁴ (Razafindrakoto et al., 2013 : 25). Pour des raisons méthodologiques liées à l'accès difficile aux élites et à leur faible représentation au sein de la population malgache, nous avons délibérément choisi de ne pas interroger d'individus relevant de cette catégorie socio-économique en particulier. Cette stratification sociale est basée sur des faits empiriques et propres à notre terrain d'enquête ⁴⁵.

a. Les acteurs « populaires »

Le qualificatif « populaire » (groupes sociaux populaires, catégorie populaire, ménage populaire) par lequel je désignerai tout au long de ce travail le groupe socio-économique d'individus défavorisés/vulnérables/pauvres, renvoie à trois types de caractéristiques. Ces acteurs sont qualifiés de « populaires » au sens où n'obtenant pas une activité sur le marché formel du travail, et devant faire face à un contexte de grande démonétarisation, « *les acteurs de l'économie populaire organisent leur activité, individuellement ou en association, en comptant sur leur propre force de travail* » (Sarria Icaza et Tiriba, 2005 : 218).

Tout d'abord, les douze individus issus des groupes sociaux « populaires » rencontrés sont définis par ce terme « populaire » au regard de leur environnement de vie. Ces individus résident au sein des « quartiers pauvres » de la capitale malgache. Les « bas-

⁴⁴ Pour plus d'informations sur ces élites malgaches, lire les travaux de Roubaud (Razafindrakoto, Roubaud et Wachsberger, 2013).

⁴⁵ Comme l'indiquent Roubaud et ses collègues, « *La société malgache est historiquement hiérarchisée, distinguant et classant à l'infini les individus selon un ordre inégalitaire hérité et dont la symbolique se maintient au fil du temps, en dépit des transformations politico-sociales du pays* » (Roubaud et al., 2013 : 17). Dans le cas précis de cette thèse, la stratification des individus en trois groupes socioéconomiques s'est faite plutôt sur base d'une définition empirique, prenant moins compte des aspects pourtant essentiels de la hiérarchisation historique organisant aujourd'hui encore fondamentalement les relations.

quartiers » ⁴⁶, comme je les nommerai tout au long de ce travail, pour rester au plus près des dénominations vernaculaires, sont caractérisés selon Wachsberger par plusieurs éléments : un environnement dégradé avec un faible accès à l'eau courante (8%) et à des WC avec fosses sceptique (2%), une forte densité de la population, une absence totale de système d'assainissements et évacuation des eaux usées (Wachsberger, 2006). Par ailleurs, ces quartiers sont caractérisés par des problèmes de surpeuplement et de promiscuité (Randremanana et al., 2001). Nos quartiers d'investigation se concentrent dans la Ville Basse au nord-ouest de la ville, ils comptent parmi les plus pauvres de la capitale (Turcotte, 2006). Razafindrakoto et son équipe décrivent les populations urbaines résidant dans ces quartiers comme étant prises dans le combat pour la survie au quotidien (Razafindrakoto et al., 2013 : 18).

⁴⁶ Terme communément utilisé par les Malgaches pour faire références aux quartiers pauvres, s'opposant aux quartiers riches de la Haute Ville.



Un quartier de la ville « basse » en contraste avec la Haute Ville où se dresse le palais de la Reine

A l'opposé de ce que l'on peut voir dans d'autres capitales, où les quartiers moins lotis sont concentrés sur les marges, en périphérie de la ville (Nikiema et al., 2015), les bas-quartiers sont situés au cœur même de la capitale malgache.

Aux éléments liés à l'environnement de vie de ce groupe social, s'ajoute une seconde caractéristique importante, à savoir la précarité de l'emploi qu'exercent les individus qui en sont issus et leur faible niveau de formation (53% des chefs de ménage n'ont jamais fréquenté le collège) (Wachsberger, 2006).

L'ensemble des individus interrogés exercent en effet tous des pratiques journalières relevant de l'économie de subsistance. Parmi les douze individus interrogés, cinq mères sont lavandières, un homme et une femme sont vendeurs (un vendeur de maroquinerie et l'autre

d'aliments pré-cuits), trois mères sont sans emploi, un homme est « porteur »⁴⁷ et une femme fait le ménage.

Ces activités s'exercent autour d'un réseau de clientèle, et peuvent relever de demandes inattendues et ponctuelles ou être plus organisées. Les sommes rapportées par ces activités informelles varient entre 500 et 15 000 *ariary* par jour (entre 0,14€ et 4€), avec une majorité du revenu journalier qui tourne autour de 2000 *ariary* par jour soit 0,6€. Comme l'indique Wachsberger, cette participation massive au secteur informel est une façon de résister à l'appauvrissement monétaire (Wachsberger 2006 : 13). Ces pratiques s'articulent autour de logiques où prévaut le principe d'administration domestique, soit une logique de production, de distribution et de consommation visant à satisfaire les besoins de subsistance de l'unité domestique (Hillenkamp 2013).



Un transporteur de bidons

⁴⁷ Les tâches afférentes à la pratique des « porteurs » (tel que sont qualifiés les individus exerçant cette pratique à Antananarivo), consistent à décharger des camions, porter des charges à travers les quartiers, etc...



Un « déménageur »



Une lavandière dans la cour de son domicile



Préparation d'une soupe au poulet en vue de la vente

Enfin, la dernière caractérisation de ces individus est le développement de modes de sécurisation propres, en dehors des cadres officiels étatiques. Cette inscription économique en dehors du cadre de l'état, induit notamment qu'ils ne bénéficient pas d'une couverture santé, l'ensemble des frais liés à la santé sont donc entièrement à leur charge ⁴⁸. Dans ce contexte, comme nous le verrons dans la quatrième partie de ce travail, les systèmes de réciprocité et de redistribution mis en place par les individus constituent la base même de la sécurisation économique des individus.

***b. Définition par défaut de la catégorie socio-économique
« moyenne »***

Les individus relevant de la catégorie socio-économique « moyenne » (Razafindrakoto, Roubaud et Wachsberger, 2013) ont quant à eux été définis sur base du niveau des diplômes (enseignement supérieur) et

⁴⁸ Certains de nos interlocuteurs sont membres d'une mutuelle de santé qui apporte une couverture santé à eux-mêmes et à leur famille.

des emplois occupés: trois individus sont employés au sein d'une organisation internationale de développement (parmi eux, un médecin), trois sont chercheurs dans un institut de recherche (parmi eux, deux médecins), une femme est responsable d'une maison d'accueil de volontaires internationaux, et trois sont au moment de l'enquête sans emplois. Tout au long de ce travail, les individus issus de ces groupes sociaux seront définis comme appartenant à une catégorie socioéconomique « moyenne ».

Malgré les différences marquées de leurs contextes de vie, les individus issus des deux catégories socioéconomiques décrites ci-dessus ont en commun l'insuffisance des revenus monétaires. Les individus issus d'une catégorie sociale comme de l'autre se plaignent de manquer d'argent, de la cherté de la vie, quel que soit le statut, ou la régularité d'entrée des ressources (intermittente ou non).

La notion de pauvreté est « relative et subjective » (Marie, 1995 : 304). Néanmoins, l'objectif de cette stratification en deux groupes sociaux permet de faire ressortir les contrastes (réurrences et différences) des choix en santé, d'une part pour des individus vivant dans une situation d'extrême démonétarisation (acteurs populaires) et qui sont inscrits plus globalement dans des pratiques d'économies de subsistance et dans des réseaux d'entraide familiaux ou extra-familiaux. Et d'autre part, pour des personnes plus « favorisées » (catégorie « moyenne), au sens où elles bénéficient d'une couverture en santé offerte par leur emploi ⁴⁹.

c. Une catégorie moyenne difficilement mobilisable

L'enquête auprès des usagers issus des groupes sociaux favorisés avait pour but d'une part d'identifier les cheminements thérapeutiques en cas de maladie, mais plus spécifiquement d'analyser les raisons de recours au marché informel. Pour le recrutement de ces individus, je

⁴⁹ Les 3 sujets sans-emplois au moment de nos entretiens issus de cette catégorie bénéficiaient d'une couverture en santé par le biais de leur conjoint.

posai comme critère le fait d'avoir recours, ou d'avoir eu recours ponctuellement pour soi ou pour quelqu'un de sa famille, aux médicaments du marché informel. Nos observations à Ambohipo nous avaient conduit au constat que les personnes fréquentant le marché d'Ambohipo provenaient de tous groupe socio-économique confondus. Si l'argent ne constituait pas pour ces personnes un facteur de blocage à l'accès aux pharmacies, pour quels motifs elles avaient ou avaient eu recours aux voies informelles pour l'accès aux médicaments ?

Les premiers informateurs issus de la catégorie moyenne ont été identifiés dans mon entourage. A leur tour, ils nous ont indiqué des personnes correspondant à la population choisie pour l'enquête. Cela nous a permis d'approcher des personnes aux profils relativement diversifiés.

Le démarrage des enquêtes auprès de la catégorie moyenne a été plus complexe. Si les « relais » facilitant l'accès aux lieux de vie des groupes sociaux populaires sont nombreux (ONG, communautés religieuses, agents communautaires), comment parvenir à mobiliser des personnes issues de la catégorie moyenne, si ce n'est par notre entourage ? D'autant qu'à la différence des ménages populaires approchés sous l'angle de la santé en général, le cadre était ici préalablement posé : nous cherchions à échanger sur une thématique aux frontières de l'officiel : celle du recours au marché informel du médicament.

A l'inverse du groupe social interrogée, les enquêtés avaient d'avantage d'attentes quant à notre discussion. La contrepartie clairement attendue par mes interlocuteurs était les informations concernant les mécanismes d'approvisionnement du marché informel du médicament, la qualité des médicaments qui y sont vendus. La question de la contrefaçon pharmaceutique de manière générale interpellait mes interlocuteurs. Existait-il des « faux médicaments », « médicaments contrefaits » sur le marché ? Lorsque le temps nous le

permettait et que l'interlocuteur se montrait intéressé, nous échangeons autour ces aspects.

Cinq enquêtés provenaient de mon entourage direct, les six autres m'ont été présentés par l'intermédiaire des connaissances. Au départ je tentai d'identifier les ménages répondant au même critère de choix - avoir au moins un enfant de moins de 5 ans ou dont la mère était enceinte. Mais ce facteur limitant compliquait la recherche d'individus, j'acceptai de rencontrer toute personne disponible pour échange, si tant est qu'elles avaient été en contact avec le marché informel du médicament.

Les personnes interviewées dans cette catégorie sont âgées de 24 à 53 ans. Une majorité de ces personnes dispose d'un diplôme du supérieur, deux interlocuteurs étaient en cours de réalisation d'une thèse de doctorat. Ils disposent majoritairement d'emplois à contrats à durée indéterminée par le biais desquels ils bénéficient pour la plupart d'une couverture en santé (remboursement des frais de consultations et médicaments). Les entretiens ont majoritairement été menés en français, sans interprète et sur le lieu de travail des personnes interviewées⁵⁰. Au début de cette enquête, un des interlocuteurs a refusé l'utilisation du dictaphone, j'ai donc pris le pli de ne plus l'utiliser, ce qui a rendu ma prise de notes plus « compulsive ».

d. Un « autre » proche et un « autre » éloigné : des temporalités et contextes d'enquête différents

En analysant mes entretiens, je réalisai rapidement que ceux menés auprès des groupes sociaux populaires étaient beaucoup plus fouillés et approfondis que ceux réalisés avec les interlocuteurs issus des groupes sociaux favorisés. Une première explication à cela est évidemment la proximité de mes interlocuteurs qui se marquait déjà par la langue de l'entretien (le français), par le lieu de l'entretien (leurs bureaux dont la propreté et le matériel rappelaient mon propre

⁵⁰ En raison de leur manque de disponibilité en dehors de ces créneaux horaires.

lieu de travail). Les entretiens se déroulaient sur un ton moins formel que ceux réalisés dans les bas quartiers. Pourtant, cette « formalité » peut agir comme un facilitateur de la démarche d'entretien : chacun a sa place dans la relation « enquêteur/enquêté ». L'« altérité » était plus fortement marquée avec les individus de la catégorie populaire. Par conséquent, tout était objet de questionnements, d'interpellation. Tandis qu'avec les sujets issus de la catégorie moyenne, certains faits semblaient être généralement admis (la tenue d'une pharmacie à domicile par exemple, qui est un fait terriblement banal pour moi), je ne les ai donc pas spécifiquement relevés ou approfondis alors même que les logiques qui en sous-tendent la mise en place me paraissent aujourd'hui, avec le recul permis par la distance, totalement pertinentes pour mes recherches.

Il y a également le fait que les entretiens avec ces usagers se déroulaient en français rendant le jeu de « questions-réponses » bien plus rapide. Au cours d'un entretien, les moments de traductions sont autant d'opportunités pour reprendre le fil de l'entretien, penser à de nouvelles questions et surtout décortiquer les itinéraires thérapeutiques parfois complexes des personnes enquêtées et les re-questionner.

Enfin, le lieu et les temporalités de l'enquête jouaient également : pour notre enquête dans les bas quartiers, le temps d'enquête semblait long. Le temps passé à identifier les ménages, à nous perdre dans le labyrinthe de ruelles, à rediscuter des entretiens avec l'assistante de recherche participait entièrement au temps de l'enquête. Nous nous adaptions aux horaires des interlocuteurs, certaines femmes continuaient leurs activités tout en discutant avec nous. Par ailleurs, nous n'avons essayé aucun refus concernant l'utilisation du dictaphone, j'étais donc moins attachée à prendre des notes. Les entretiens avec la seconde catégorie se déroulaient sur leur lieu de travail. La temporalité de l'enquête avec les interlocuteurs de la catégorie moyenne était cadencée, rapide, calquée sur le rythme qui constitue une journée de travail dans un bureau entre réunions,

réponses aux courriers et aux sollicitations par téléphone. Cette temporalité me renvoyait d'ailleurs à ma propre vie professionnelle. En fait, j'ai pu éprouver combien mener un entretien avec un « autre éloigné » semble plus facile qu'avec un autre « proche », avec lequel la prise de distance et l'objectivation ne vont pas de soi et demandent un réel effort.

Ces observations conduisent au constat méthodologique suivant. Outre le statut de l'enquêté qui est un marqueur criant de différence entre l'enquêté et l'enquêteur (son âge, son genre, sa catégorie socio-économique, son appartenance sociale), d'autres facteurs peuvent influencer l'activation d'une posture « proche » entraînant des discussions plutôt basées sur l'échange (où la question peut être à son tour posée par l'enquêté à l'enquêteur « mais toi, qu'est-ce que tu penses de... ? ») ou d'une posture plutôt ancrée dans la pratique d'enquête définissant clairement le rôle de chacun : le contexte interactionnel (présentation de soi), la langue dans laquelle se déroule l'entretien, le lieu de l'entretien et les « temporalités de l'enquête » (Fresia, 2005). Ces facteurs ont eu un impact sur la densité, la durée et la profondeur des entretiens, mais dans un cas comme dans l'autre, ils constituent une masse riche d'informations.

3.3. Des bidonvilles au cœur de la capitale malgache

Les individus interviewés au sein des bas-quartiers sont âgés entre 25 et 44 ans et sont majoritairement des femmes (2 hommes sur 12). Cette inégalité s'explique par la plus grande disponibilité des femmes lors de nos passages à leurs domiciles, les hommes pratiquant plutôt des activités les amenant à quitter le domicile au contraire des femmes qui elles ont une très faible mobilité et mènent leurs activités plutôt à domicile. Le niveau le plus élevé de scolarité est la 8^{ème} (CM2 soit la dernière année du niveau primaire), le plus bas étant « aucune scolarité ». Ces ménages ont entre 2 et 9 enfants. Les accouchements à domicile avec l'aide d'une *reninjaza* (matrone) sont fréquents. Pour les femmes enceintes, le recours aux formations sanitaires a principalement lieu en cas de complications lors de l'accouchement.

Secteurs d'anciens marécages, ces quartiers sont fréquemment inondés durant la saison des pluies qui s'étend de novembre à mars ⁵¹. Les points d'eau stagnante sont nombreux.



Un chemin en terre inondé

Les habitants de ces quartiers sont exposés de manière récurrente aux maladies infectieuses ou diarrhéiques (Randremanana et al., 2001). Mon enquête s'est déroulée d'avril à août 2015, après que d'importantes inondations suite au passage d'un cyclone aient obligé la plupart de mes interlocuteurs à intégrer les campements de fortune le long des voies ferrées ou dans des quartiers épargnés par ces problèmes.

Le paysage de ces quartiers est assez caractéristique. Ils sont traversés par des pontons en bois rendant accessibles les habitations uniquement

⁵¹ En termes de climat, Madagascar est rythmé par deux saisons principales, la saison cyclonique/des pluies (novembre à mars) et la saison sèche d'avril à octobre.

à qui s'y déplace à pied. Les corps de logis sont très petits, et sont principalement destinés à être des espaces de couchage. La cuisine, la lessive, toutes les activités ménagères se déroulent à l'extérieur de l'habitation. Les maisons sont construites dans un assemblage de tôles et de planches de bois, et laissent infiltrer l'eau à chaque pluie. Les toits en tôles sont parfois doublés de l'intérieur d'une bâche en plastique colorée. Quelques rares maisons « en dur » et à étage s'élèvent au sein de ces quartiers.

Bien qu'ils soient situés en plein centre-ville, on ne peut prendre la mesure de la réalité de ces quartiers qu'en s'y promenant à pied, en marchant sur les ponts de fortune, en sautant d'une pierre à l'autre par-dessus les flaques nauséabondes, en traversant les terrains vagues couverts de détritus charriés par les pluies. Durant mon enquête, certaines maisons n'étaient accessibles qu'à pied via un chemin fait d'un amoncellement de jacinthes d'eau, ces plantes qui prolifèrent dans les marécages. Un tel isolement en pleine capitale urbaine est interpellant. L'étonnement de la jeune étudiante issue de la bourgeoisie malgache qui me servait d'interprète, qui découvrait en même temps que moi ce qui est invisible si l'on reste sur les grands axes de la capitale, l'était tout autant. Le nombre de « petits métiers » qu'y exercent les habitants est fascinant : réparateurs de parapluie, lavandières, porteurs de bidons d'eau, vendeurs ambulants de marchandises, tenanciers de petits bars et restaurants de rue. En échange du temps offert pour notre échange, je donnais aux familles des vêtements chauds pour leurs enfants, l'hiver arrivant.



Ça et là, quelques maisons en « dur »



Les passerelles en bois permettent le passage d'une habitation à l'autre lorsque les plaines sont inondées

Etant donné la réalité de ces quartiers (peu accessibles, composés d'un dédale de ruelles, de petits ponts en bois), il m'est apparu judicieux de bénéficier d'une porte d'entrée, je cherchais donc quelqu'un capable de m'y guider. Sous les conseils d'une collègue, j'ai fait appel à une ONG œuvrant de ces quartiers. En début de journée, une animatrice de l'ONG nous présentait à quelques familles, expliquant la raison de notre passage, les thématiques de nos entretiens, nous prenions des rendez-vous en fonction des disponibilités de chacun et revenions, en ayant pris soin de noter le lieu d'habitation. L'hypothèse que les cheminements thérapeutiques et le recours aux traitements différaient en fonction de l'âge du malade guidait ma recherche. Nous avons donc établi comme critère de « recrutement » de ces sujets, le fait d'avoir au moins un enfant de moins de 5 ans, ou d'être enceinte. Les entretiens ont tous été enregistrés par un dictaphone et transcrits en malgache, ensuite traduits en français.

4. Les outils de la recherche

4.1. *Entretiens individuels approfondis et observations*

Une totalité de 114 entretiens ont été réalisés avec différents acteurs de la problématique. Plusieurs grands moments de terrain ont rythmé ces quatre années de recherche doctorales. Plus spécifiquement, le recueil des données s'est structuré autour de quatre volets : le terrain à Ambohipo, les entretiens avec les usagers, le volet « système pharmaceutique » et enfin, un dernier terrain s'est déroulé à Imadiala (communément nommée également « Imady » par les Betsileo).

Entre avril et août 2014, j'ai démarré mon terrain à Ambohipo, le quartier communément admis comme étant la référence nationale en matière de vente informelle de médicaments. J'ai rapidement compris via les entretiens réalisés à cette période que l'ampleur de ce marché dépassait largement la capitale : Ambohipo était en fait la plaque tournante de la vente informelle de médicaments pour l'ensemble de l'île. J'y ai donc établi mon premier terrain de recherche. La récolte de

données s'est déroulée sur cinq mois, à raison de deux après-midi par semaine d'entretiens et observations. Durant cette période, mon interprète et moi-même avons rencontré 26 informateurs que nous avons classé ici au sein de cinq catégories : les acteurs de soins (pharmaciens, médecins libres ou issus du secteur public exerçant dans le quartier), les personnes ressources (soit des individus présents de longue date dans le quartier et capables de nous en raconter l'histoire, les liens de solidarité entre les résidents Betsileo ainsi que de discuter des informations concernant le marché informel du médicament), les acteurs de la vente informelle de médicaments à Ambohipo⁵² (« petits vendeurs », « grossistes » et intermédiaires).

Des observations ont été réalisées durant les moments de « flottement », en attendant qu'un vendeur soit disponible pour l'entretien, ou durant les entretiens, lorsque nous étions interrompus par un acheteur, ce qui arrivait fréquemment. Le point focal de nos observations était d'une part la compréhension des liens entre vendeurs, d'autre part la relation entre le vendeur et l'utilisateur qui se noue autour de l'acquisition du médicament. Par ces observations, nous avons cherché à identifier quelle catégorie de personnes a recours au marché informel. Les différentes questions posées pour les observations sont donc : Quel rôle s'attribuent les vendeurs dans la relation avec leur client ? Lui offre-t-il des conseils ? Comment s'adresse l'utilisateur au vendeur ? Attend-il de lui autre chose que la simple acquisition du médicament ? Et plus globalement, quel type d'utilisateurs (particulier, professionnel de la santé, etc.) s'adresse au marché informel ? Comment caractériser les liens entre les vendeurs ? Dans la mesure du possible, nous avons également relevé à la volée les noms des médicaments vendus. La méfiance et la crainte affichée par les vendeurs ne nous ont pas permis de réaliser un relevé systématique de leurs marchandises. Par ailleurs, ce n'était pas l'objectif de notre étude. Nous ne disposons donc pas d'un

⁵² Ces différentes catégories de vendeurs seront définies plus bas, au sein du second chapitre de la troisième partie.

recensement complet des médicaments vendus sur le marché informel. Les entretiens réalisés dans le cadre de ce premier terrain étaient constitués d'échanges répondant à un canevas d'entretien au préalable défini par catégorie d'interlocuteur. Les entretiens varient de dix minutes (pour les intermédiaires par exemple) à une heure et demie pour les vendeurs qui disposaient de plus de temps. Comme mentionné plus haut, ces entretiens ont fait l'objet de notes manuscrites, ils ont majoritairement été réalisés en binôme avec une étudiante malgache.

L'année suivante à la même époque débutait le second volet de la recherche. Pendant cinq mois, entre le mois d'avril à août 2015, à raison d'une à deux journées par semaine, nous avons interviewé 23 individus, une partie issue des bas-quartiers de la capitale (12), l'autre de la catégorie moyenne malgache⁵³ (11). L'objectif de ce nouveau terrain était la récolte de données relatives aux cheminements thérapeutiques, aux usages des médicaments et au recours au marché informel du médicament. Les entretiens pour ce second terrain ont été en partie enregistrés et en partie relevés par des notes manuscrites. Ces entretiens ont une durée de 40 minutes à une heure et demie. La moitié de ces entretiens ont été réalisés en malgache avec une étudiante interprète, l'autre en français, par moi-même uniquement.

Parallèlement à ces deux terrains, j'ai procédé à l'analyse du système pharmaceutique malgache, avec la rencontre de différents acteurs des secteurs privés (10) : pharmaciens actifs dans la lutte contre le marché informel du médicament (comité de lutte contre le marché informel et Ordre des pharmaciens), grossistes répartiteurs (7)⁵⁴. Pour le secteur public, nous avons rencontré des autorités responsables de la centrale d'achat SALAMA et des acteurs institutionnels (4) : directeurs de l'Agence du médicament (AGEMED), de la Direction de la

⁵³ Selon les catégories socio-économiques justifiées plus haut.

⁵⁴ Nous avons rencontré six des sept « grands grossistes ». J'ai tenté à maintes reprises de contacter et prendre un rendez-vous avec le grossiste restant, en vain.

Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT). Ces entretiens, d'une durée variant de trente minutes à deux heures, ont été réalisés en français, un tiers des entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone.

Enfin, le travail de recueil des données s'est terminé en août 2015 par un « retour aux sources » des vendeurs. 19 entretiens ont été réalisés dans la commune d'origine des vendeurs, avec des familles de vendeurs restés sur les terres ancestrales, les vendeurs eux-mêmes venus y passer des vacances et plus globalement des commerçants à la tête de commerces informels (médicaments mais pas uniquement). Comme mentionné plus haut, aucun de ces entretiens n'a fait l'objet d'enregistrement. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'une traductrice.

Un tiers des interlocuteurs a été vu à plusieurs reprises, à différents moments de nos enquêtes et concernant diverses thématiques. Une même vendeuse de médicaments par exemple, a été vue trois fois. Nos deux premiers échanges ont concerné son récit personnel, les débuts de son commerce, les types de médicaments vendus et les types de liens entretenus avec les vendeurs. Durant le troisième et dernier entretien, nous avons ensemble réalisé un relevé des médicaments les plus fréquemment vendus et les prix associés. Un autre exemple concerne un acteur institutionnel. J'ai rencontré le Président de l'Ordre des pharmaciens à trois reprises, et entre ces rendez-vous, nous avons également échangé souvent par téléphone, notamment sur la question des hologrammes, que je détaillerai plus bas. Suites aux entretiens avec les institutionnels, il n'était en effet pas rare que nous échangions par téléphone pour des questionnements spécifiques et bien cadrés.

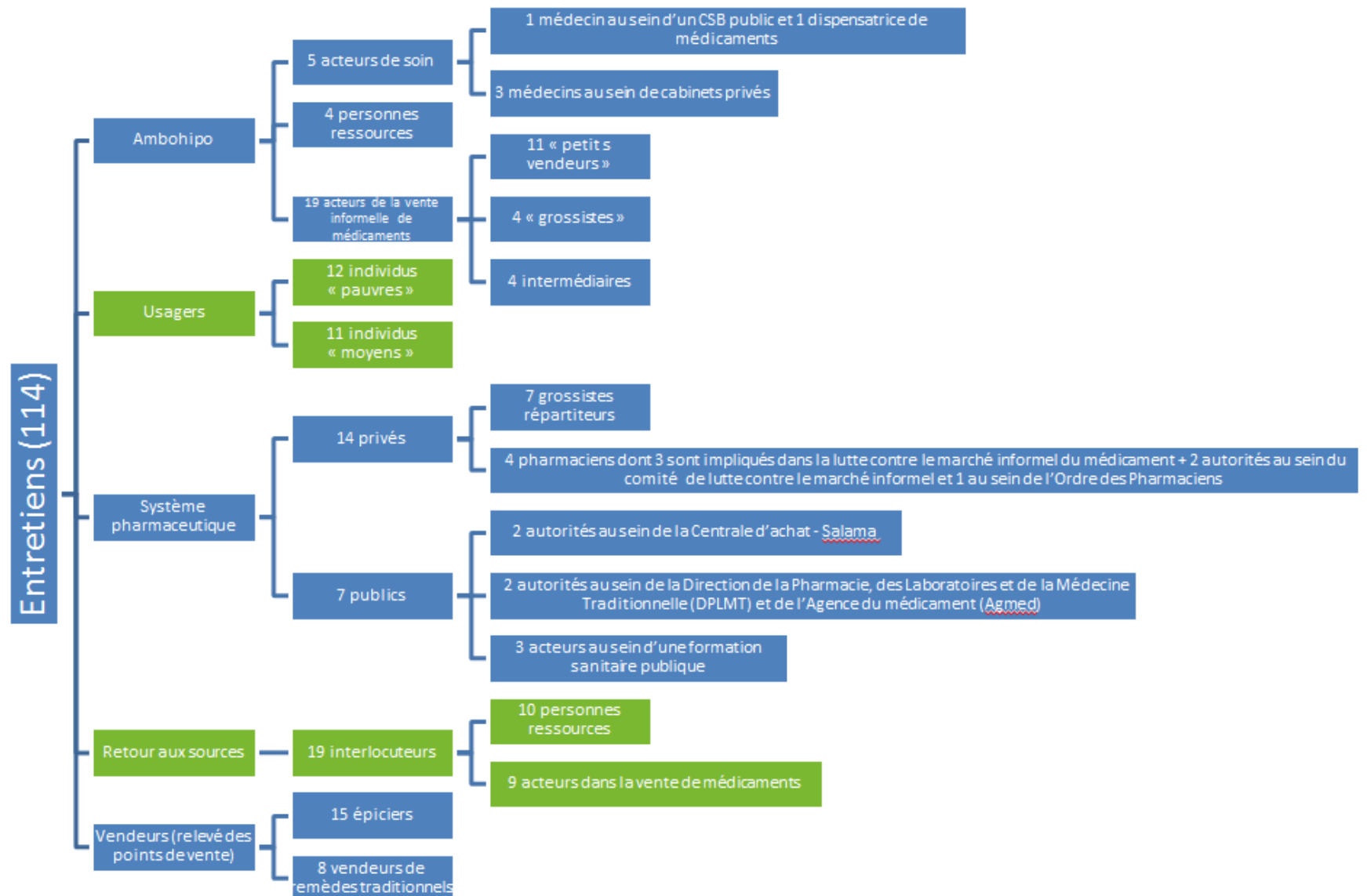
Durant ces années de recherches doctorales, j'ai également profité des opportunités de missions ⁵⁵ de suivi des projets de l'Institut Pasteur

⁵⁵ En novembre 2014 à Moramanga, en décembre 2014 à Ranomafana Ifanafiana et en mars 2015 à Morondava.

pour interroger des acteurs du système de santé public sur le terrain (6) (Médecins Inspecteurs, responsable des intrants, dispensateur de médicaments au sein des formations sanitaires publiques), des pharmaciens et des dépositaires de médicaments (6). Les premiers ont principalement été interrogés sur les obstacles à l'accès aux médicaments sur le terrain et sur les activités de lutte contre le marché informel. Nos entretiens avec les seconds concernaient les liens (qu'on m'avait dit conflictuels) entre pharmaciens et dépôts et les modalités de vente.

La figure suivante récapitule le nombre d'entretiens réalisés et les catégories d'interlocuteurs y afférentes. Nous verrons ensuite les autres outils méthodologiques mobilisés dans le cadre de la récolte de données.

Figure 2 : Tableau récapitulatif des entretiens réalisés



4.2. *Revue de presse*

Parallèlement aux entretiens menés avec les différents acteurs de la problématique, j'ai mené une revue de presse non systématique au sein des trois principaux hebdomadaires de l'île (en français et en malgache), pour les articles parus entre le mois d'avril 2011 et novembre 2015. L'objectif de cette revue de presse était de saisir l'ampleur de la médiatisation du phénomène de vente informelle de médicaments mais également de relever les termes utilisés pour nommer cette réalité.

Il me paraissait également important de relever les discours diffusés pour décrire le marché informel du médicament, les principaux messages et idées reçues transmises par les médias le concernant. Au tout début de mes recherches, c'était également l'occasion d'identifier les acteurs de la lutte contre le marché informel du médicament, les « politiques » et stratégies mises en place pour contrer cette réalité. Pour ce faire, j'ai procédé à une recherche par mots clés sur internet (médicament, informel, marché parallèle, Madagascar, marché noir, contrefaçon). J'ai ainsi réussi à rassembler une trentaine de coupures de presse spécifiquement ciblées sur la thématique du marché informel. Ensuite, en réalisant une recherche dans les archives de ces journaux, j'ai pu compléter cette revue par une dizaine de coupures supplémentaires. Cette revue de presse est cependant non systématique car pour plusieurs périodes de l'année, les archives sont incomplètes. Le système d'archivage étant pour certaines rédactions de quotidiens à peine mis en place.

4.3. *Observations et relevé des points de vente*

Un relevé non exhaustif des points de vente de médicaments informels a été réalisé au sein des huit marchés hebdomadaires et permanents les plus fréquentés et renommés de la capitale : les marchés permanents de Petite vitesse (Isotry), d'Analakely, de Pochard, d'Isotry, d'Ambodon'Isotry et du Coum (67 Ha), et les marchés hebdomadaires de Mahamasina (le jeudi) et d'Andrahavoahangy (le mercredi). L'objectif de ce travail n'était pas de relever le nombre de point de

vente informels de médicaments industriels à Antananarivo, mais plutôt d'identifier les différents types de vendeurs, et les voies de circulation de ces médicaments à Antananarivo. Accompagnée d'une traductrice, nous avons arpenté les marchés et mis en scène des maux de tête ou fièvres afin de bénéficier d'informations quant aux médicaments disponibles dans la zone.

Des observations et entretiens courts ont été menés avec soixante-dix commerçants à l'étalage (légumes, vêtements, produits de première nécessité (PPN), remèdes traditionnels), des marchands ambulants (vendant des sachets en plastique, des DVD, des produits alimentaires, des remèdes traditionnels) et des épiciers.

Ils ont été questionnés concernant la localisation des lieux de vente de médicaments. Les échanges avec les commerçants qui disposaient de médicaments étaient très courts et portaient uniquement sur le type de médicaments disponibles, leur prix, les conseils concernant les modalités d'usage des médicaments vendus. La plupart des vendeurs rencontrés à l'occasion de ce relevé des points de vente montraient une grande gêne à l'évocation des leurs marchandises-médicaments.

Enquêteur : Est-ce que vous vendez des médicaments ? Enquêté : Qui t'a informée ? Enquêteur : C'est l'épicière. Enquêté : C'est pour faire quoi ? Enquêteur : J'ai un peu mal à la tête à force de tourner en rond dans ce marché. Vous n'auriez pas quelque chose pour calmer la douleur ? Enquêté : Oui mais on ne vend qu'en gros, c'est l'épicière qui vend en détail (extrait d'un échange avec une vendeuse de bonbons, également vendeuse de médicaments).

Parmi les 25 épiciers rencontrés, 15 vendaient des médicaments industriels. Huit vendeurs de remèdes traditionnels ont été recensés (trois à l'étalage, cinq vendeurs ambulants) et une vendeuse de bonbons, vendait également au gros des médicaments industriels. Des

entretiens ont été menés avec les vendeurs de remèdes traditionnels. Les entretiens courts réalisés avec l'ensemble de ces acteurs étaient « informels » au sens où l'objectif premier n'était pas la récolte de données sur les remèdes traditionnels mais bien l'identification des points de vente informels de médicaments industriels.

L'accès aux épiciers et les questionnements concernant la provenance des médicaments nous est rapidement apparu comme un sujet particulièrement délicat, même si ces questions étaient posées parfois exclusivement par l'étudiante qui m'accompagnait pour cette recherche, dans le but justement de ne pas attiser la méfiance. J'ai donc choisi délibérément de ne pas chercher à réaliser de plus amples entretiens avec cette catégorie de vendeurs et d'approfondir plutôt la vente à Ambohipo.

4.4. Relevé du prix des médicaments les plus fréquemment vendus

A l'aide de l'étudiante collaborant au recueil des données pour le volet « usagers », j'ai relevé les prix des six médicaments les plus couramment demandés par les usagers au niveau des différents points de vente (épiceries, « médecins libres », pharmacies de CSB, officines pharmaceutiques et dépôt de médicaments). L'objectif de ce relevé des prix est l'analyse de la variation du prix du marché en fonction des différents points de vente. Ces médicaments sont les suivants : paracétamol, amoxicilline, ibuprofène, Diclofenac®, cotrimoxazole, metronidazole.

5. Perspectives éthiques

Face aux nombreux débats en santé publique liés à mes recherches, il n'était pas rare que mes interlocuteurs tant au niveau de l'offre formelle et informelle de médicaments (grossistes, pharmaciens, chefs de file de la lutte contre le marché informel, vendeurs, etc.) qu'au niveau de la demande (les populations interrogées) exigent de ma part une prise de position dans ces débats. Tout au moins, il m'était régulièrement demandé par ces différents acteurs de fournir des

éclaircissements sur les mécanismes d'approvisionnement du marché informel, sur les recours aux soins pour les ménages les plus démunis, etc. Etant extérieure à la problématique (ni pharmacienne, ni médecin), étrangère dans le pays et ayant une vue globale sur la question de la distribution pharmaceutique (rares sont les travaux compilant des données empiriques récoltées auprès des différents acteurs impliqués dans la problématique), mon avis comptait.

La possible falsification des médicaments en circulation sur le marché informel, la problématique de l'automédication, les débats et controverses questionnant le rôle des dépositaires de médicaments considérés par les pharmaciens « uniquement » comme des vendeurs ou encore les aspects concrets de l'organisation et le fonctionnement de la vente sur le marché informel constituent autant de questions sur lesquelles mon rôle et mon avis ont été questionnés : « Pensez-vous que l'automédication peut être dangereuse ? », « Par quels moyens pourrait-on lutter contre le marché informel ? », « Allez-vous prévenir la police concernant notre commerce ? », « Nous attendons avec impatience vos résultats afin de comprendre comment lutter efficacement contre le marché informel, pourrez-vous nous transmettre votre manuscrit ? ». De leur côté, mes collègues scientifiques, travaillant dans le domaine de la recherche en santé publique me questionnaient sur les retombées concrètes de mes recherches : « Est-ce que tes données pourront être réutilisées par le Ministère de la Santé pour enrayer les problèmes liés à la vente de médicaments sur le marché informel (résistances médicamenteuses notamment) ? ». En réponses à ces questions, je me contentais donc de rappeler que mon rôle consistait à comprendre une réalité existante, et d'exposer en partie les résultats qui intéressaient mon interlocuteur.

La question de savoir ce qui sera fait de mon travail par les acteurs institutionnels reste entière, plus particulièrement encore après l'épidémie de peste qui a secoué l'île ce dernier trimestre. Cette expérience a fortement remis en cause les capacités du Système de

Santé Public et souligné au contraire la place centrale du Système Informel de Santé dans les trajectoires de soins des populations.

Nous examinerons maintenant les résultats de cette recherche. La partie suivante traitera du système pharmaceutique malgache et plus spécifiquement des trois secteurs qui le composent.

Partie II : Analyse du système pharmaceutique malgache

Cette partie traitera d'abord des flux internationaux de médicaments aboutissant à Madagascar : de la production, à l'acheminement vers les grossistes répartiteurs et la distribution par le biais du système pharmaceutique malgache⁵⁶. Nous commencerons par éclairer le flux de médicaments à l'aide de cartes qui traduiront de manière explicite l'importante trajectoire réalisée par le médicament avant d'arriver aux mains des usagers à Madagascar. Cette trajectoire sera analysée ici selon la perspective de la « carrière » du médicament. Nous verrons que cette approche est particulièrement heuristique s'agissant du médicament, car elle permet de mettre en lumière les différents acteurs impliqués dans la distribution à tous les niveaux ainsi que leur rôle et les « valeurs » que les médicaments transportent, passant d'un niveau à l'autre. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement la distribution pharmaceutique à Madagascar, à travers la description des trois composantes du système pharmaceutique malgache : le secteur public, le secteur privé et l'informel.

Chapitre 1 : Flux de médicaments, perspectives internationales, perspectives locales

1. Une approche historique de la distribution pharmaceutique à Madagascar

1.1. La distribution de médicaments sous la colonie française

Afin d'éclairer l'offre de médicaments en cours actuellement à Madagascar, il est intéressant de prendre en compte les éléments historiques, explicatifs du contexte pharmaceutique structurel actuel.

⁵⁶ Le dernier stade de la vie du médicament, à savoir la consommation par l'utilisateur, sera traité dans la quatrième partie de cette thèse.

Selon Bonnemain, la distribution de médicaments par les médecins est instaurée à Madagascar dès 1896, au moment où Madagascar devient une colonie française. L'année suivante, Gallieni instaure un enseignement médico-pharmaceutique. Les premiers pharmaciens d'officine s'installent la même année à Tamatave et Antananarivo (Bonnemain, 2008).

Au même titre que les soins biomédicaux et les vaccins, les médicaments pharmaceutiques sont introduits dans l'île au moment de l'émergence du système de santé public, mis en place par les médecins coloniaux à la fin du XIX^{ème} siècle. Si les soins de santé biomédicaux rencontrent une importante défiance incarnée par la peur et l'évitement de l'hôpital, Burguet décrit au contraire l'attitude positive des populations à l'égard de l'usage des médicaments (Burguet, 2014a).

1.2. Les balbutiements dans l'instauration du recouvrement des coûts

Après la décolonisation, l'offre de médicaments à Madagascar a connu de nombreux bouleversements, à l'instar de la situation dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest vécue à la même époque. Les politiques économiques et de santé (Politiques d'ajustement structurel mises en place par le Fond Monétaire International et l'Initiative de Bamako⁵⁷) ont eu un impact considérable sur l'offre de médicaments. Passant d'une offre presque exclusivement publique avant l'indépendance, les années 1980 ont été marquées par une « privatisation tacite » de l'approvisionnement en médicaments (Klimek et Peters, 1995 : 27). Ce glissement progressif vers une importante offre privée est à ce moment-là dû à la crise des systèmes de santé, assimilée à une crise du financement public (Foirry, 2001) : les Etats n'ont plus la capacité de prendre en charge une part aussi

⁵⁷ Le principe fondateur de l'Initiative de Bamako est le suivant : « *la vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé* » (Foirry, 2001).

importante des frais en santé, ce sera donc aux populations de porter une partie des coûts de leurs soins.

Entre 1960 et la mise en place de la politique de recouvrement des coûts qui arrivera près de 40 ans plus tard, c'est la Pharmacie Centrale qui est à la fois l'organe régulateur, et opérationnel. Au sein de la Pharmacie Centrale, c'est la Direction de la Pharmacie qui assure alors l'approvisionnement (auprès de grossistes internationaux mais également à l'époque auprès de producteurs locaux tels que FARMAD), le stockage, la distribution des médicaments jusqu'au niveau de district.

La centrale d'achat SALAMA voit le jour en 1996 et avec elle l'entrée massive de médicaments génériques sur le marché malgache. La SALAMA prend le relais de la Pharmacie Centrale, qui était rattachée au Ministère de la Santé Publique et avait pour vocation de fournir les hôpitaux publics.

En 1998, le Ministère de la Santé instaure une politique de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé concernant les médicaments et les consommables médicaux qui traduit la mise en application des principes de l'initiative de Bamako. Entre 1998 et 2002, les médicaments génériques essentiels étaient facilement disponibles dans les centres de santé publique à des prix relativement accessibles ⁵⁸.

Après six mois de crise politique, le nouveau gouvernement suspend la politique de recouvrement des coûts en juillet 2002. Il instaure la gratuité des soins afin d'augmenter l'utilisation des services de santé publique (Honda et Hanson, 2013). La suspension des frais d'utilisation, induit une croissance de l'utilisation des services, en particulier l'utilisation par les groupes sociaux populaires qui croît

⁵⁸ INSTAT. 2001. Evaluation des impacts du système de participation financière dans le secteur sante. Policy Brief. Atananaviro. Madagascar: Institut National de la Statistique (INSTAT).

d'environ 50%, entraînant à son tour une pression sur la chaîne d'approvisionnement en médicaments incapable répondre à cette demande. L'Etat fragilisé rencontre donc de nombreuses difficultés à assumer les nouvelles dépenses.

Par conséquent, l'année 2004 est marquée par la réinstauration de la politique de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé. Elle porte alors le nom de FANOME (Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels⁵⁹). Cette politique de recouvrement des coûts se traduit par l'implantation au sein des centres de santé de base de pharmacies à gestion communautaire (PhaGeCom). Selon ce système, le médicament est vendu avec une marge de 35%, par rapport au prix de vente de la SALAMA. Les sommes recouvrées par la vente de médicaments servent à renouveler les stocks de médicaments, ainsi qu'à la gestion logistique et administrative des circuits. Le Service de Santé de District (SSD) passe des commandes groupées grâce aux recettes de recouvrement des coûts de chaque centre de santé de base (CSB). Un dispensateur gère ensuite la distribution des médicaments au sein des pharmacies des CSB. Ce FANOME diffère du système de recouvrement des coûts précédent (1998-2002) en ce sens qu'il crée un « fond d'équité » dans tous les centres de santé publique. Ces fonds d'équité permettent aux plus démunis de bénéficier d'une exemption de paiement à la PhaGeCom⁶⁰. Les fonds d'équité remboursent à la PhaGeCom les frais médicaux encourus par ces indigents (Honda et Hanson, 2013). Ils sont en principe alimentés par les ressources suivantes : (i) une partie de la marge bénéficiaire de la vente de médicaments au niveau du Centre de Santé de Base (CSB); (ii) des activités sociales de recueil de fonds; (iii) des subventions (Etat, régions, districts, communes).

⁵⁹ Institué par le décret N°2003/1040 du 14 octobre 2003, complété par l'arrêté interministériel N°5228/2004 du 11 mars 2004

⁶⁰ Poncin X., Le Mentec R., 2009, « Politiques d'exemption pour les soins de santé à Madagascar : Le cas des Fonds d'Equité », Rapport pour l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé.

Les stratégies mises en place suite à l'Initiative de Bamako visant à augmenter l'utilisation des services de santé par les pauvres, sont dans les faits un échec à Madagascar. Dans la pratique, cette tentative d'un plus grand accès aux médicaments de qualité pour tous est aujourd'hui largement remise en question : « *La réponse serait assurément négative s'il fallait répondre globalement aux questions suivantes : davantage de personnes ont-elles accès au système et sont-elles mieux soignées ? La productivité du personnel dans les centres publics a-t-elle augmenté ? Les pauvres et les indigents sont-ils pris en charge ? Sans les interventions des bailleurs, le système pourrait-il perdurer ?* » (Foirry, 2001).

Face aux nombreux obstacles auxquels sont quotidiennement confrontés les populations en termes d'accès aux soins, le pays s'est engagé dans le processus d'implémentation à terme de la Couverture Santé Universelle (CSU). Les mécanismes de gratuité, progressivement mis en place, induisent des résultats modestes. La qualité de l'offre en formation sanitaire demeure limitée. Si la mise en place de la SALAMA a permis un meilleur approvisionnement en médicaments à faibles coûts, ils restent inaccessibles pour les populations vivant pour une écrasante majorité dans un contexte de grande pauvreté. Le Ministère de la Santé publique reconnaît ainsi que les réponses apportées sont insuffisantes et pas assez coordonnées. C'est donc pour pallier cette situation que l'Etat a pris la décision de mettre en chantier une Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle en 2015⁶¹.

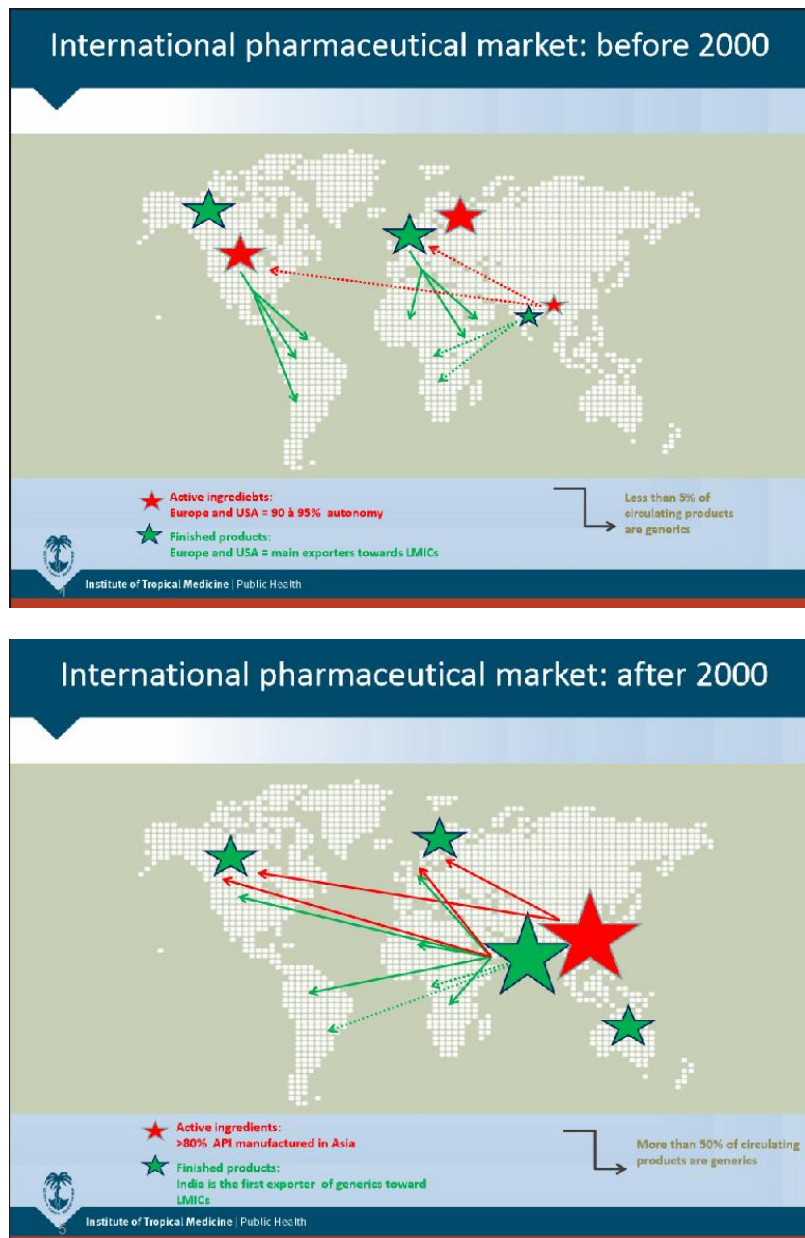
2. Globalisation du marché pharmaceutique

Au niveau international, le marché du médicament (production et circulation) a connu d'importantes modifications sous l'effet de la mondialisation notamment. Jusque dans les années 1980, les flux de médicaments allaient des pays du Nord au pays du Sud. Avant les

⁶¹ Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle, Madagascar, décembre 2015.

années 2000, l'Europe et les Etats-Unis étaient alors les principaux exportateurs de médicaments à l'échelle mondiale. Le phénomène de mondialisation s'est appliqué au marché pharmaceutique international, les flux sont alors devenus plus complexes. Une reconstitution du marché pharmaceutique a commencé (Peterson, 2014).

Figure 3 : Cartographie des flux internationaux de médicaments



Source : Quamed Institut de Médecine Tropicale, 2013

Au cours des trois dernières décennies, nous avons assisté à une mondialisation croissante de la production pharmaceutique. Comme indiqué par les cartes ci-dessus, avant les années 2000, les ingrédients pharmaceutiques et les produits finis sont fabriqués dans une multitude de pays, plus spécifiquement aux Etats-Unis et en Europe. A l'époque, les médicaments sont principalement produits en vue d'une utilisation domestique, au sein même du pays fabricant. Ils se déplacent sur le marché international à travers de multiples canaux de distribution. Après les années 2000, comme la seconde carte le montre, les pôles de productions ont changé, l'Asie (l'Inde et la Chine plus particulièrement) deviennent des acteurs majeurs dans le champ de la production pharmaceutique pour exportation. L'Inde devient alors le principal exportateur de génériques vers les pays du Sud.

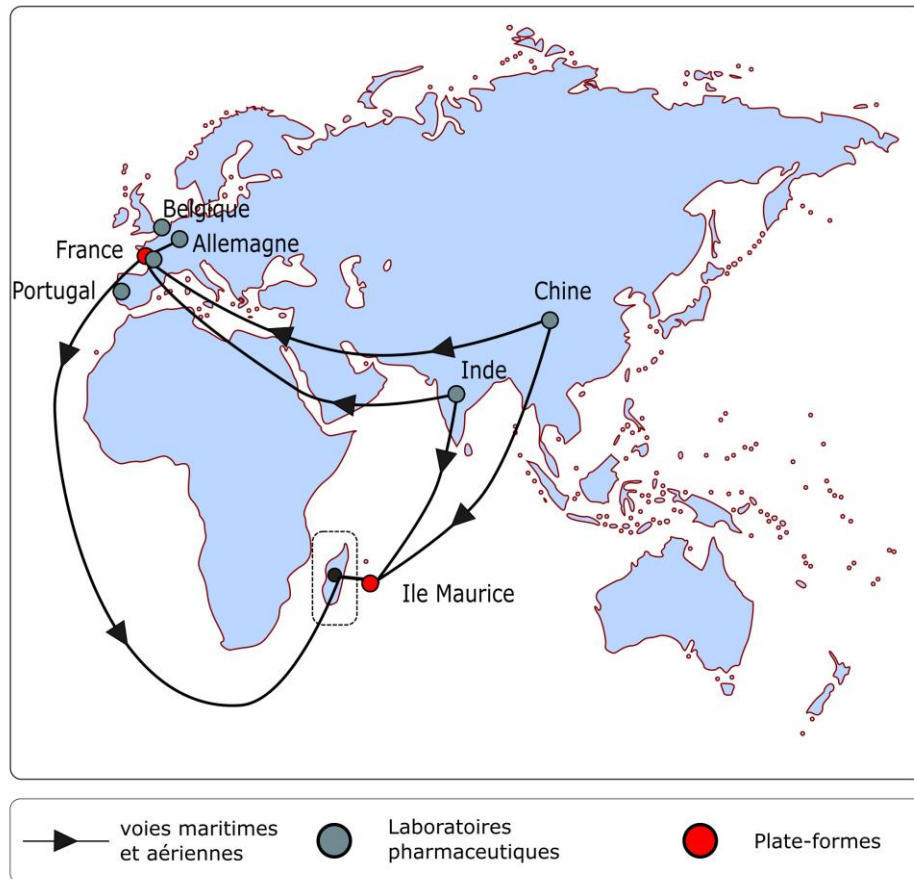
Cette complexification du marché et les changements dans les pôles de production ont induit d'importantes conséquences questionnant la capacité des Etats et des autorités réglementaires pharmaceutiques à assurer la qualité des produits en circulation dans les pays. Selon Ravinetto *et al.*, la globalisation de la production et de la distribution s'est accompagnée d'une absence de régulation dans les pratiques, interrogeant la qualité des médicaments produits et distribués dans les « *low and middle income countries* » (Ravinetto et al., 2016).

3. Les trajectoires du médicament : des firmes pharmaceutiques aux points de ventes à Madagascar

Avant d'arriver à Madagascar et d'être distribués dans les multiples points de vente, les médicaments pharmaceutiques réalisent en amont une longue trajectoire.

La cartographie suivante indique les trajectoires empruntées par les médicaments avant d'arriver à Madagascar. Partant des laboratoires pharmaceutiques essentiellement situés en Europe (certains laboratoires installés aux Etats-Unis y ont des succursales), en Inde et en Chine, ils transitent ensuite via des plates-formes situées en France et à l'île Maurice.

Figure 4 : Flux internationaux des médicaments vers Madagascar



Les grossistes répartiteurs implantés à Madagascar émettent leurs commandes auprès des firmes pharmaceutiques ou des grossistes nationaux et internationaux. Une fois sortis des laboratoires de fabrication, les médicaments sont regroupés au sein de plates-formes (PF), responsables ensuite de l'envoi des commandes. Ces plates-formes, également nommées « grossistes internationaux », varient en fonction des firmes ou groupes pharmaceutiques. Partant des firmes de production situées en Europe ⁶² (pour les spécialités), en Inde et en

⁶² Nous avons volontairement omis les Etats-Unis sur cette carte. Cela ne veut pas dire qu'aucun médicament de firmes pharmaceutiques américaines ne circule sur le

Chine (pour les génériques), avant d'arriver à Tamatave, ville côtière où se trouve le plus grand port de Madagascar, les médicaments transitent via ces plate-formes nommées « centrales d'achats » ou « dépositaires » (Continental Pharmaceutique, Ep.Dis, Plantet-Pharma par exemple).

Chargés sur des bateaux ou passant par voie aérienne, les médicaments sont alors acheminés vers les pays d'où ont été émises les commandes. Pour leur entrée à Madagascar, les médicaments pharmaceutiques empruntent les mêmes voies que les autres marchandises importées. Le port principal pour l'entrée des marchandises est Tamatave, sa proximité géographique de la capitale (6 heures de routes) en fait le port principal d'importation des marchandises à l'échelle nationale.

Les plates-formes sont chargées du contrôle des commandes et d'assurer le groupage et l'expédition des produits pharmaceutiques distribués. Elles gèrent les flux d'exportation des médicaments vers les grossistes répartiteurs, pour le compte de laboratoires pharmaceutiques clients. Elles fonctionnent comme des « *concentrateurs de commandes, un HUB de transit* », comme l'a indiqué un grossiste interrogé. Elles détiennent un stock permanent, constitué sur la base des prévisions de commandes demandées par les grossistes. Elles sont donc mises en place d'une part pour faciliter et diligenter la livraison, d'autre part, par le contrôle des produits de passage, elles peuvent en assurer la qualité.

C'est fait par les firmes pharmaceutiques qui n'ont pas envie de gérer leur stock. Car au niveau des paiements, elles fonctionnent de manière autonome : la facturation se fait entre le grossiste et la plate-forme, ça permet au laboratoire de ne pas s'occuper de tout ça (Grossiste répartiteur n°7).

marché à destination de Madagascar. Mais les grands laboratoires américains tels que Pfizer ou GSK disposent de filiales et d'usines de fabrication en Europe.

Pour les produits à destination de Madagascar, les plates-formes sont situées en Europe et à Maurice. Le cas de Maurice est spécifique. On y trouve des bureaux d'achats, donc des plates-formes de transit virtuelles dans le sens où ce ne sont pas forcément les médicaments qui transitent mais il s'agit bien de flux d'argent ⁶³. Outre ces bureaux d'achats, il y a également des PF de débarquement et d'embarquement intermédiaires physiques, où les médicaments transitent parfois dans leur trajet entre l'Inde et Madagascar.

Certains grossistes répartiteurs à Madagascar constituant des filiales de groupes internationaux (Eurapharma par exemple), fonctionnent en exclusivité avec une centrale d'achat, uniquement à destination des filiales du groupe.

Toutes les semaines j'envoie un train de commandes via un logiciel, je suis connecté 24h sur 24, 7 jours sur 7 à notre plate-forme en France. Une fois les commandes passées aux fabricants, les marchandises arrivent en France. La plate-forme les dispatche en fonction des pays, puis le container se remplit et il est envoyé par Le Havre. Nous, en tant que grossiste, pour être sûrs de fonctionner sans ruptures de stock il faut qu'il y ait de manière continue un container au niveau de notre plate-forme en France, un autre au Havre, un autre sur la flotte, un autre à Tamatave et un dernier à Tana. Sans ça, nous sommes en rupture de stock (Grossiste répartiteur n°4).

Pour l'approvisionnement du secteur public, la SALAMA dispose d'un agrément pour l'importation directe de leurs marchandises de l'Asie (Inde et Chine) jusqu'à Madagascar, où elle s'approvisionne majoritairement. A l'instar des grossistes répartiteurs œuvrant dans le secteur privé, la SALAMA achète également ses produits auprès de grossistes répartiteurs locaux et internationaux.

⁶³ C'est une manière de sécuriser les paiements entre l'Inde et Madagascar pour les transferts en euro.

Ce chapitre montre les longues trajectoires des médicaments importés à Madagascar. Nous verrons dans le chapitre suivant comment ces médicaments sont ensuite acheminés, par les différents secteurs, jusqu'à l'utilisateur.

Chapitre 2 : Analyse du système pharmaceutique malgache

Ce chapitre vise la compréhension du système pharmaceutique malgache. Nous aborderons donc les trois secteurs qui le composent (public, privé et informel) et tenterons de mettre en avant les spécificités malgaches dans la distribution de médicaments.

1. Les flux nationaux

Une fois arrivé à la douane à Tamatave, le contenu des containers en provenance des firmes pharmaceutiques est vérifié par des organismes internationaux plus communément nommés des « transitaires » (SGS, Veritas par exemple). Le parcours de ces produits à destination de Madagascar n'est rendu possible que grâce à la validation de l'importation des références par plusieurs entités : Ministère du Commerce, Ministère de la Santé Publique, Agence du Médicament. Les transitaires sont responsables du dédouanement des marchandises, ils travaillent sur base d'une plate-forme électronique, à partir de laquelle ils doivent soumettre les références des produits.

A Madagascar, la distribution de médicaments se fait au travers de trois secteurs : le privé - regroupant les grossistes répartiteurs, les pharmacies d'officine et les dépôts de médicaments essentiels, le public représenté aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et approvisionnés par la Centrale d'achat SALAMA. Enfin, il y a le circuit informel qui dépend principalement du circuit privé pour son approvisionnement. Cet ensemble de secteurs constitue ce que l'on nommera le « système pharmaceutique malgache », utilisé ici comme la transposition du concept de système de santé issu de la santé publique (Desclaux et Lévy, 2003). Cette notion fait référence à l'ensemble des procédés d'approvisionnement et de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels mis en place par un État pour assurer la disponibilité des médicaments nécessaires à la santé de ses populations (Baxerres, 2010). L'anthropologie élargit cette

définition pour y inclure l'ensemble des offres de médicaments disponibles sur un territoire donné, autrement dit publiques, privées mais aussi informelles (Desclaux et Lévy, 2003).

2. Caractérisation du système pharmaceutique malgache

Madagascar est caractérisé par une pluralité d'acteurs de la distribution pharmaceutique exerçant au sein des secteurs publics et privés : grossistes répartiteurs, pharmacies, dépôts de médicaments, canaux de distribution de médicaments via les programmes verticaux émanant des Organisations Non Gouvernementales et Agences des Nations Unies, gestion par des entités tierces des unités de pharmacie dans les hôpitaux. Ces acteurs sont chapeautés par deux organes de réglementation. Le premier est l'Autorité de Réglementation Pharmaceutique (ARP), appelée Agence du médicament de Madagascar (AGMED) et créée en 1998. L'AGMED est sous tutelle du Secrétariat Général de la Santé. Cet organe s'acquitte d'un certain nombre de fonctions relevant du domaine pharmaceutique : dispensation de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), inspection pharmaceutique, contrôle de qualité et pharmacovigilance. L'AGMED délivre les autorisations aux officines pharmaceutiques et en assure la régulation.

La Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) constitue l'autre organe de régulation. Placée sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé, c'est elle qui élabore la Politique Pharmaceutique. Elle est en charge de la délivrance des autorisations et la gestion des dépôts de médicaments (notamment l'élaboration de la liste des médicaments autorisés à la vente dans les dépôts, etc.). A propos de la définition du rôle de ces deux entités, Andriamparany nous dit ceci : *« Il y a une certaine confusion dans la définition des rôles et responsabilités des différents organismes, en particulier l'Agence de Médicament, la DPLMT, et SALAMA. Par exemple, il n'est pas clair qui est responsable de l'assurance qualité au niveau des PhaGDis et PhaGeCom; p.ex., pour*

les dépôts de médicaments, c'est la DPLMT qui délivre les licences mais c'est l'Agence qui contrôle et inspecte » (Andriamparany, 2017).

Madagascar ne compte aujourd'hui plus qu'une industrie pharmaceutique – Homéopharma - qui développe des médicaments issus de la phytothérapie, l'aromathérapie, la médecine traditionnelle et l'homéopathie. Jusqu'en 1993, Madagascar comptait trois usines de production de médicaments (OFAFA, RATHERA, FARMAD)⁶⁴. Ces trois usines ont fermé leurs portes en raison de la concurrence accrue des produits pharmaceutiques importés, la dernière étant FARMAD fermée en 2013. L'introduction des génériques à Madagascar a contribué à la fermeture de ces usines, car les politiques douanières imposaient moins de taxes aux produits importés (10%) qu'à l'importation des matières premières nécessaires pour la fabrication des médicaments. En 2014, une délégation indienne venait explorer les possibilités d'implanter des industries pharmaceutiques à Madagascar. Ces prospections n'ont jusqu'à ce jour pas connu de suite.

Pour le secteur privé, le réseau de distribution du secteur privé commercial (à but lucratif) comprend les grossistes importateurs répartiteurs, les pharmacies d'officine (gérées par un pharmacien) et les dépôts pharmaceutiques. Le secteur privé à but non lucratif (confessionnel, interentreprises, ONG) s'approvisionne soit auprès de la centrale d'achat SALAMA, soit auprès du secteur privé commercial, soit auprès de donateurs étrangers, pour la fourniture des intrants en santé destinés aux cliniques et formations sanitaires à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif ou non (service médical d'entreprise, centres confessionnels, ONG) tient une place importante en matière de prestations des services. Selon les données disponibles, le secteur

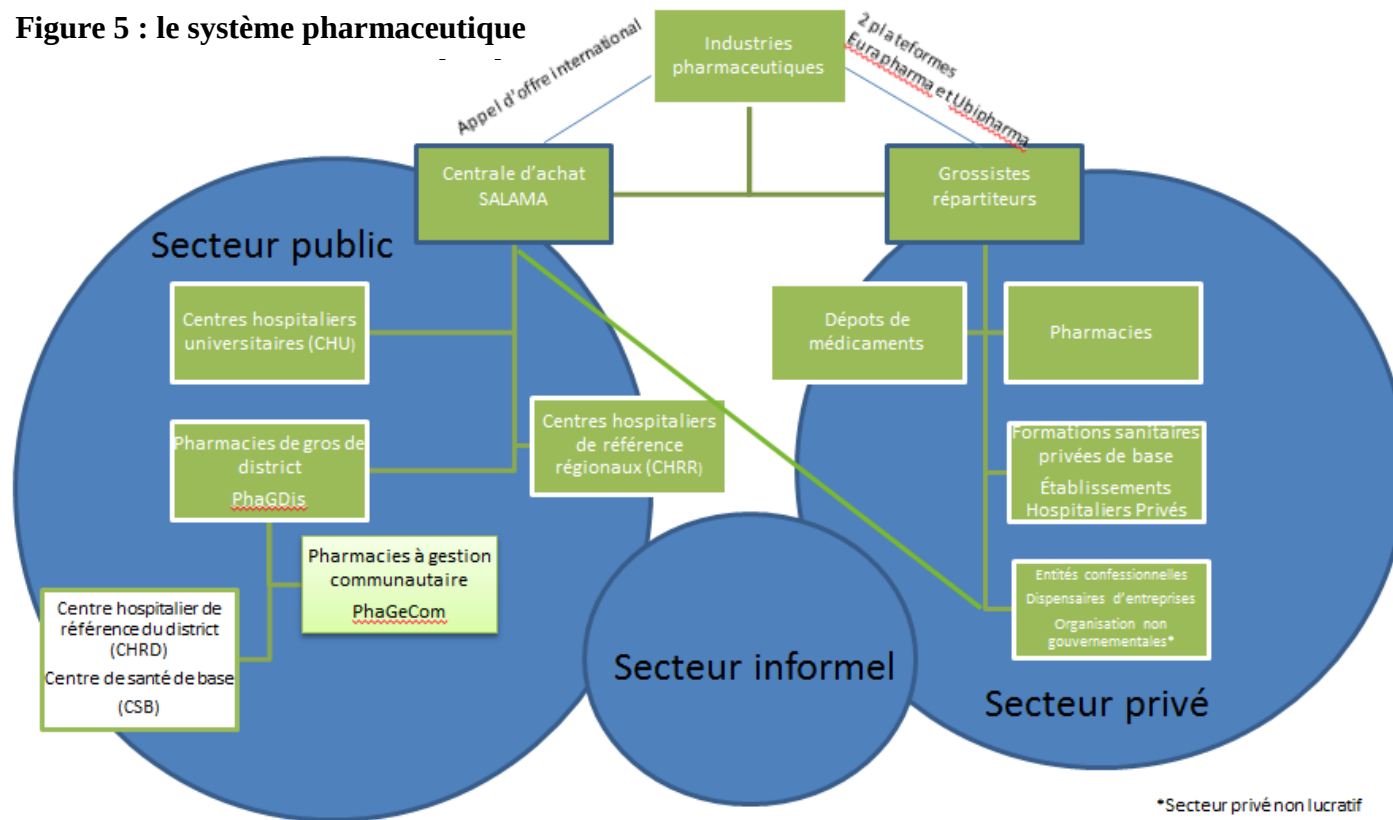
⁶⁴ FARMAD : détenue à 12% par Roussel et 34% par Rhône-Poulenc. Production sous licence et sous sa propre marque. OFAFA : Production de médicaments essentiels et façonnage de produits Rhône-Poulenc. Usine construite par la coopération chinoise. RATHERA : Fabriquait sous licence Pierre Fabre des sirops, solutés et comprimés (Klimek et Peters, 1995 : 169).

santé de l'Eglise Catholique (l'EKKAR) dispose de 143 formations sanitaires de base, celui de l'Eglise Protestante (SAF/FJKM) comporte 32 formations sanitaires. Ces formations sanitaires offrent un ensemble de soins préventifs et curatifs en priorisant la santé maternelle et infantile (Consultation prénatales, nutrition, planning familial, vaccination) ⁶⁵.

La figure ci-dessous synthétise le système pharmaceutique malgache. La taille des cercles qui représentent les secteurs privés, publics et informels ne sont pas représentatifs de la taille réelle et du poids de ces différents secteurs dans le système pharmaceutique. Etant donné que le secteur informel fait l'objet plus spécifiquement de notre troisième partie, nous souhaitons ici poser le cadre et détailler plus particulièrement les secteurs privés et publics.

⁶⁵ Plan de développement du secteur santé (2015-2019), Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015.

Figure 5 : le système pharmaceutique



3. Le secteur public approvisionné par la centrale d'achat SALAMA

En termes de distribution du secteur public, la centrale d'achat SALAMA est chargée de l'acquisition, du stockage, du contrôle de qualité et de la distribution des médicaments essentiels ⁶⁶ génériques ⁶⁷ (MEG) entrant dans le système FANOME et des consommables jusqu'au niveau des hôpitaux et des districts sanitaires (PhaGDis). La SALAMA fait partie de l'ACAME, soit l'Association Africaine des Centrales d'Achat de Médicaments Essentiels. La SALAMA s'approvisionne en médicaments sous Dénomination Commune Internationale (DCI).

Cette centrale est un établissement public à caractère industriel et commercial. La SALAMA fonctionne comme une société commerciale, payant ses taxes et développant son chiffre d'affaires. Sa mission consiste principalement à assurer la disponibilité permanente en médicaments essentiels génériques de qualité et à prix abordable à tous les échelons de la pyramide sanitaire qui s'articule sur quatre niveaux : les Centres de Santé de Base (CSB) niveau 1 et niveau 2 (au nombre de 2563) ⁶⁸; les Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD au nombre de 87); les Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR au nombre de 16); les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU au nombre de 22). La centrale approvisionne également quelques organismes privés à but non lucratif agréés par le Ministère de la Santé Publique. La gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires repose sur le principe de la participation financière des usagers.

⁶⁶ On entend par médicament essentiel les médicaments mentionnés dans la liste nationale des médicaments essentiels en vigueur, ou en son absence celle de l'OMS <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2224f/s2224f.pdf>

⁶⁷ On entend par médicament générique toute copie essentiellement similaire à un médicament original, qui n'est plus protégé par un brevet d'exploitation. Il est commercialisé sous dénomination commune internationale (DCI) et/ou sous une dénomination spéciale <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2224f/s2224f.pdf>

⁶⁸ Politique Pharmaceutique Nationale, Direction de la pharmacie, des laboratoires, et de la médecine traditionnelle, 2016.

3.1. Modalités d'approvisionnement des formations sanitaires

La centrale importe principalement des produits génériques vendus sous la dénomination commune internationale (DCI) et produits en Inde et en Chine en raison de la compétitivité que présentent les médicaments génériques produits par les firmes pharmaceutiques de ces deux pays.

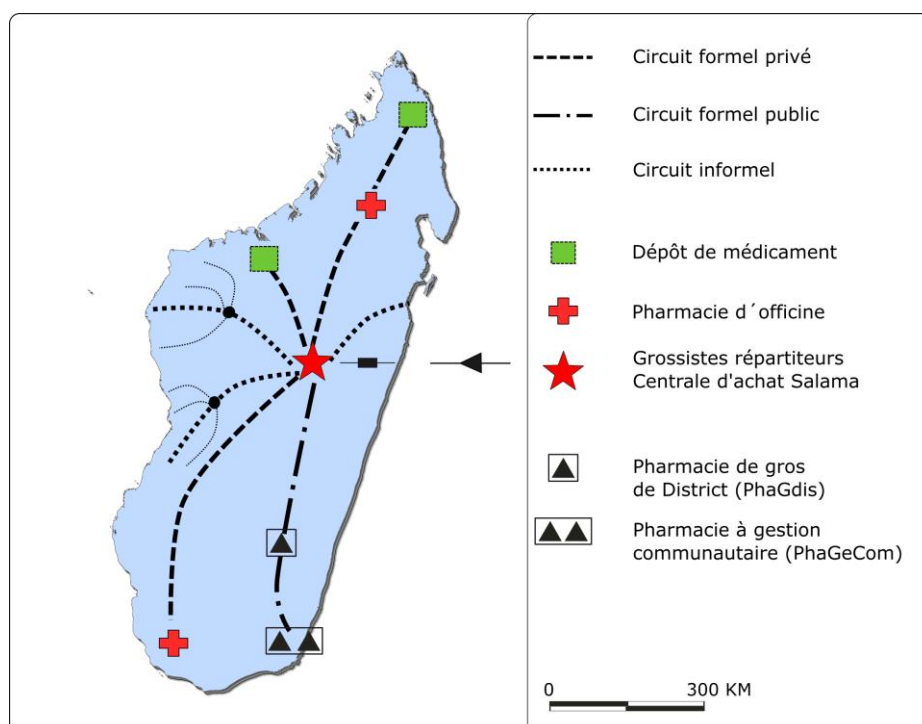
Afin de s'approvisionner en médicaments, la SALAMA fonctionne par appel d'offre international de pré-qualification. Ce mécanisme se déroule en deux étapes : la première vise à l'évaluation de la qualité des dossiers et des échantillons reçus par les fournisseurs. La qualité est à ce stade basée sur une analyse documentaire⁶⁹, les tests de médicaments étant faits après la seconde étape. Les couples produits-fabricants (par exemple : amoxicilline/Cipla) sont évalués et les meilleurs sont pré-qualifiés. Ensuite, la seconde étape consiste à analyser l'offre financière parmi les fournisseurs pré-qualifiés. Les commandes sont ensuite passées par la SALAMA auprès des fournisseurs « mieux disant », les produits pharmaceutiques sont alors stockés dans les dépôts de la SALAMA situés à Tanjombato dans le sud-est de la capitale. L'étape suivante est la distribution sur l'ensemble de l'île, qui se base sur les besoins émis par les formations sanitaires qui émettent leurs propres commandes.

La cartographie suivante indique les flux nationaux de médicaments. L'on peut y voir que les circuits démarrent à la capitale, étant donné qu'une majorité des grossistes répartiteurs s'y trouvent, ainsi que la Centrale d'achat SALAMA. On y voit l'acheminement des médicaments via le secteur public : ils partent de la SALAMA pour être ensuite acheminés vers les PhaGdis et les PhaGeCom. L'on y voit également les circuits de distribution privés, avec les pharmacies et les dépôts. Enfin, les médicaments sont acheminés également via les circuits

⁶⁹ Concernant l'assurance qualité des médicaments, un comité d'évaluation technique de la Salama travaille étroitement avec les experts de Quamed qui dispensent régulièrement des formations et appuient la Centrale d'achat pour assurer une qualité suivant les standards internationaux.

informels, les points noirs sur les lignes pointillées représentent les marchés communaux, à partir desquels s'approvisionnent les vendeurs ambulants pour ravitailler les nombreuses épiceries en médicaments.

Figure 6 : Cartographie des flux nationaux de médicaments à Madagascar



Concernant le circuit public, la SALAMA achemine les commandes auprès des entrepôts PhaGDis, soit les pharmacies de gros du district, selon un calendrier de livraison trimestriel pour les zones accessibles et semestriel pour les zones isolées. Il existe 111 entrepôts publics⁷⁰. Ces PhaGDis vendent ensuite les médicaments aux PhaGeCom, les pharmacies à gestion communautaire. Ces PhaGeCom, implantées en 1998 par le Ministère de la Santé en vue de la généralisation de

⁷⁰ Plan de développement du secteur santé (2015-2019), Ministère de la Santé Publique de Madagascar.

l'Initiative de Bamako (1959 CSB sont concernés), sont responsables de la récupération des médicaments auprès du PhaGDis. Les médicaments au bout de la chaîne de distribution sont vendus avec une marge de 35% ⁷¹ par rapport au prix de cession par la centrale d'achat SALAMA. Les sommes recouvrées sur les médicaments sont utilisées pour le fonctionnement des formations sanitaires (indemnités pour le paiement du gardien du centre de santé, frais de transport des médicaments du niveau district à l'échelon inférieur, etc.) et en priorité pour la reconstitution des stocks de médicaments.

Au sein des grands hôpitaux du pays, en raison du manque de pharmaciens diplômés, la gestion des unités de pharmacies est concédée à des concessionnaires privés (ONG principalement) ⁷², qui contractualisent avec les hôpitaux et se fournissent en médicaments auprès de la SALAMA. Il arrive que les grossistes privés répondent à un appel d'offre de la SALAMA, ils approvisionnent alors le secteur public également, par exemple lorsque celle-ci est en rupture de stock ou lorsque le médicament nécessaire n'est pas fourni par la SALAMA.

3.2. Recouvrement des coûts et contraintes dans la distribution

Les médicaments sont soit payés sur la base des fonds accumulés par le biais du recouvrement des coûts, soit par l'Etat, s'il s'agit de médicaments pris en charge par celui-ci (s'agissant par exemple du

⁷¹ 29% sont au bénéfice des PhaGeCom et les 6% restant pour les PhaGDis. Exemple : le paracétamol est à 100 ariary. Le PhaGDis paye 100 ar à la Salama. Ensuite il revend le paracétamol à 106 ariary au PhaGeCom qui lui-même vend au patient le comprimé à 135. Les 100 ariary (le capital) sont utilisés pour renouveler les stocks tandis que les 29 ar sont utilisés pour les salaires du dispensateur de médicaments et pour l'acheminement des médicaments du niveau district au niveau communautaire (CSB) et les 6 ar pour la rémunération des prestataires au niveau district. La livraison des PhaGDis aux PhaGeCom se fait à vélo, moto, charrette, à dos d'homme pour les CSB inaccessibles en voiture.

⁷² Cette entité tierce reçoit une gratification générée à partir de la marge bénéficiaire pour son fonctionnement et les salaires de ses employés (Ministère de la santé Publique de Madagascar en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, 2011).

paludisme, la tuberculose ou le VIH). Selon le directeur de la SALAMA, l'État prend en charge 20% des coûts en médicaments d'une formation sanitaire (les médicaments sont distribués et la facture est transmise au Ministère des finances qui rembourse à posteriori), tandis que le recouvrement des coûts couvre les 80% restants. Etant donné le principe même du système de recouvrement des coûts mis en application à Madagascar depuis 2004, l'argent pour le renouvellement des stocks est théoriquement disponible au sein des formations sanitaires. Mais dans les faits, il arrive souvent que les formations sanitaires soient dans l'impossibilité de régler les commandes réalisées auprès de la SALAMA. Pour justifier ce fait, ont été évoqués des problèmes liés aux nombreux changements des prestataires sur le terrain (changements de signataire, de compte bancaire), couplés aux détournements des fonds au niveau des hôpitaux et des districts sanitaires. L'argent dédié au renouvellement des stocks n'est pas toujours disponible, cela impacte directement d'une part le respect du calendrier de paiement de la SALAMA et d'autre part l'acheminement réel des médicaments jusqu'aux populations. La SALAMA étant un organisme autonome, fonctionnant sur base des recettes reçues de la vente, les problèmes liés au non-paiement des commandes contribuent à augmenter les « impayés » de la SALAMA, qui de son côté a des comptes à rendre aux fournisseurs.

3.3. Un système public frappé par des ruptures d'approvisionnement

Le système de santé publique malgache est frappé par des ruptures de stock en intrants très fréquentes au niveau des PhaGeCom et des PhaGDis. Ce manque de performance du système public constitue un problème majeur pour l'accès aux soins des populations rurales. Selon un rapport de la Banque Mondiale, ces ruptures peuvent s'expliquer par deux éléments : (i) la chaîne d'approvisionnement lente et

problématique entre la pharmacie du district et la SALAMA; et (ii) les paiements irréguliers de certains dispensaires de la PhaGeCom ⁷³.

A cela s'ajoutent d'autres problématiques entraînant les ruptures fréquentes : il y a d'abord la quantification prévisionnelle inadéquate des besoins due aux difficultés d'estimation des besoins des clients ⁷⁴. La gestion des commandes est actuellement réalisée sur le terrain, au sein des formations sanitaires, par les chefs de CSB et les dépositaires de médicaments qui gèrent les pharmacies des CSB. Ces derniers ne sont pas des pharmaciens, ils « *sont des gens qui savent à peine écrire* » nous dit un agent de la SALAMA. Les commandes réalisées au niveau des PhaGeCom ne sont pas toujours conformes aux besoins réels. De nombreux exemples nous ont été donnés par des agents responsables de la gestion des intrants, rapportant l'approvisionnement en médicaments par certains chefs de poste en partie sur le marché informel du médicament (voir encadré blanc). Ce phénomène contribue donc à complexifier la quantification prévisionnelle des besoins au niveau central à la SALAMA.

⁷³ Sharp M., Kruse I., 2000, « Health, Nutrition, and Population in Madagascar 2000-09 », World Bank Working Paper n°216.

⁷⁴ Plan de développement du secteur santé (2015-2019), Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015.

EXTRAIT D'ENTRETIEN - Responsable des intrants au niveau du district en province

Enquêté : Le médecin achète une partie des médicaments pour le centre de santé de base sur le marché informel. Donc au lieu de faire quatre commandes par an, il n'en fait que deux. Et si cette année le chef du centre de santé de base (CSB) réalise 4 commandes alors que l'année passée il n'en avait réalisées que 2, il y aura des problèmes d'intrants. Ça peut finir en ruptures de stocks, car la SALAMA, s'appuie sur les commandes passées pour évaluer combien de médicaments doivent être commandés. Enquêteur : Mais comment le chef CSB parvient à passer le contrôle au niveau des districts pour les commandes de médicaments ? Enquêté : Souvent les chefs district sont dans la combine. Ils en reçoivent d'une manière ou d'une autre des bénéfices. Enquêteur : Donc il arrive qu'un malade achète des médicaments au CSB qui en fait proviennent du marché informel ? Enquêté : Oui. Pour lui c'est le même prix. Mais la provenance craint. Car les médicaments qui viennent de la SALAMA sont ok, ils passent sous un contrôle strict, mais pour les autres, on ne sait pas d'où ils proviennent

Comme on le voit dans l'extrait d'entretien réalisé avec un responsable des intrants au niveau du district, les secteurs formels et informels de distribution pharmaceutique sont profondément intriqués. Outre l'irrégularité des commandes auprès des pharmacies de gros du District (PhaGDis), nos interlocuteurs ont noté l'approvisionnement en médicaments par les médecins responsables des formations sanitaires, en dehors des circuits prévus par le système public, comme nous l'indique à nouveau l'extrait d'entretien ci-dessus.

Je connais l'histoire d'un maire qui veut ouvrir un dépôt de médicaments. Il y a un CSB dans la même ville. Alors le maire fait pression sur le chef du centre de santé pour que celui-ci vienne s'approvisionner auprès de son dépôt de

médicaments plutôt qu'au PhaGDis (Responsable des intrants, niveau district).

Un second problème évoqué par un agent de la SALAMA est plutôt de l'ordre logistique et lié aux conditions difficiles d'accès de certaines formations sanitaires, entraînant un retard de livraisons (coupure de routes pendant la saison des pluies, etc.). Une autre raison évoquée précédemment est les détournements de fonds et de médicaments, fréquents au niveau des formations sanitaires.

Il y a le problème de paiement des dispensateurs, des gardiens des CSB. Ils ne sont pas toujours payés, et donc ils s'approvisionnent dans la caisse ou dans les médicaments (Agent de la SALAMA).

L'irrégularité des paiements des prestataires responsables de la sécurité et de la distribution de médicaments au sein des formations sanitaires ou l'absence de contrat entre ces acteurs peut expliquer partiellement le fait que ces personnes « se servent » dans la caisse ou la pharmacie.

4. Caractéristiques et attributions des grossistes répartiteurs privés

4.1. Un nombre élevé de grossistes répartiteurs

Madagascar compte 34 grossistes répartiteurs concurrents pour le secteur privé, 7 d'entre eux se partagent une part significative du marché puisqu'ils détiennent 80% du marché pharmaceutique malgache privé⁷⁵. Une grande majorité de ces grossistes se trouve à la capitale⁷⁶. Les officines de pharmacie privées installées sur le territoire malgache constituent le principal client de ces sociétés. Ces « établissements pharmaceutiques de gros se livrent à l'achat extérieur en vue de la vente en l'état aux personnes ou structures

⁷⁵ Opham, Sopharmad, Madaphar, Cofarma, Somaphar, Drogemad, Interpharma

⁷⁶ 25 à Tana, 1 à Antsirabe, 3 à Antsiranana, 1 à Sambava, 1 à Fianarantsoa et 3 à Tamatave.

habilitées à dispenser des médicaments, produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux. [...] Un établissement pharmaceutique de gros doit être en mesure d'assurer directement des importations et/ou de détenir un assortiment minimal de 2000 références, couvrant toutes les classes thérapeutiques. Les critères exigibles lors de la demande d'ouverture sont précisés par arrêté du Ministère chargé de la Santé » (Code de la Santé, article 184).

A Madagascar, les grossistes se répartissent en deux groupes. Le premier s'est constitué des 7 grossistes historiquement implantés à Madagascar et qui détiennent la plus grande part du marché. Les premières entreprises à ouvrir leurs portes sont DROGEMAD et la COFARMA, implantées à Madagascar après l'indépendance (respectivement en 1961 et 1970), le dernier étant Interpharma implanté en 1989. Ces entreprises se sont regroupées au sein d'un collectif qui se réunit une fois par mois dans l'objectif de travailler sur les problèmes rencontrés liés à l'importation et aux conditions de distribution.

Plusieurs sujets y sont abordés : entrée illicite de médicaments via le marché parallèle, problèmes d'évaluation (qu'est-ce qu'on fait quand la devise de l'ariary diminue ?), le fait qu'on souhaite en tant que grossiste que nos médicaments aient priorité et passent plus rapidement sur le circuit vert une fois arrivés à Tamatave pour éviter qu'ils restent à 60 degrés car nous nous connaissons la qualité de nos médicaments quand nous les achetons auprès de nos laboratoires mais cette attente au soleil c'est pas bon pour la conservation des médicaments qui doivent normalement rester à 20 degrés⁷⁷. Nous parlons également de la nécessité de diminuer le nombre de grossistes (Grossiste répartiteur n°4).

⁷⁷ La conservation des médicaments se fait habituellement entre 25 et 30°.

Le deuxième groupe de grossiste est constitué des 26 autres grossistes, communément appelés les « petits grossistes ». Leur volume d'activité est faible et leur impact sur le marché est limité. La raison de leur existence reste floue : pourquoi tant de grossistes se partagent les 20% du marché restant ? A ce sujet, les réponses varient : certains affirment que les « petits grossistes » continuent de payer les licences d'exploitation, afin d'avoir un accès direct aux médicaments pour pouvoir alimenter des points de ventes informels. D'autres émettent l'hypothèse que la raison de l'ouverture et du maintien de ces « petits grossistes » est la possibilité de réaliser du blanchiment d'argent. Historiquement, l'existence de ce grand nombre de grossistes est justifiée par les institutionnels à cause des nombreuses ruptures de stocks rencontrées par les grossistes.

Avant nous avons permis à tous ces grossistes de s'ouvrir, car nous faisons face à de nombreuses ruptures de stock. Mais rapidement on s'est rendu compte que cela ne changeait rien, car ils importent tous les mêmes produits. Depuis, on ne permet plus l'implantation de nouveaux grossistes (Directrice de l'AGMED).

Le nombre actuel de grossistes répartiteurs est donc maintenu et va en diminuant, en théorie il ne devrait plus y en avoir de nouveaux.

Comme mentionné précédemment, les médicaments commandés par les grossistes transitent des firmes pharmaceutiques via les plates-formes. Ils sont ensuite répartis auprès des différents points de vente : pharmacies d'officine, dépôts de médicaments, pharmacies d'hôpitaux, de cliniques privées, de dispensaires confessionnels et d'entreprise. Les médicaments distribués sont des génériques et spécialités, en pourcentage variable d'un grossiste à l'autre (certains se spécialisent dans la distribution de génériques, d'autres de spécialités). Le nombre d'établissements d'importations est défini au prorata de la totalité des importations annuelles de médicaments réalisée dans le Secteur Privé (Code de la Santé).

La loi régissant les grossistes répartiteurs (Code de la Santé) ne les autorise pas à vendre au détail. Ils sont autorisés à importer tous les médicaments souhaités tant qu'ils figurent sur la liste des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou qui sont inscrits sur la liste de « forte et moyenne rotation » (FMR, dont nous parlerons plus bas). Certains grossistes ont des contrats d'exclusivité avec des laboratoires. Selon nos interlocuteurs (grossistes), les avantages de ce type de contrats sont nombreux pour les laboratoires : meilleure maîtrise de la distribution de leurs médicaments (audit pour la vérification des conditions de stockage, etc.), choix d'un grossiste solvable pour la distribution, gestion facilitée si les médicaments sont distribués par un seul grossiste. Pour le grossiste répartiteur, l'avantage est qu'il bénéficie alors du monopole sur les produits issus du laboratoire partenaire ; les autres grossistes répartiteurs se réfèrent à lui pour l'achat d'un produit issu de ce laboratoire en particulier. Concernant la promotion des médicaments et la publicité, selon le Code de la Santé (Article 130), les établissements pharmaceutiques peuvent employer des délégués ou visiteurs médicaux pour la promotion de leurs produits, à condition que ce médicament ait obtenu l'AMM et sous condition de délivrance d'un visa de publicité délivré par l'AGMED.

Les grossistes répartiteurs ne distribuent pas l'intégralité des médicaments autorisés sur le territoire national, certains investissent uniquement dans la distribution de quelques produits ou dans la distribution de médicaments fabriqués par exemple par une firme unique. Certains travaillent de manière exclusive avec des laboratoires. En cas de besoin d'un médicament issu de ce laboratoire, les autres grossistes répartiteurs peuvent donc les acquérir auprès du grossiste disposant du contrat d'exclusivité avec le laboratoire en question.

Pour les produits qui disposent d'une AMM, et pour lesquelles les laboratoires disposent d'une équipe locale (par exemple Sanofi ou GSK), la promotion se fait auprès des prescripteurs, des pharmaciens.

4.2. Des symptômes de la rigidité des procédures d'enregistrement

Concernant la distribution pharmaceutique par le secteur privé, de nombreuses difficultés ont été évoquées par les acteurs : lourdeur des procédures d'enregistrement, dépréciation de l' *ariary* et inaccessibilité géographique de nombreuses zones rurales à Madagascar. Celles-ci induisent un alourdissement des procédures d'enregistrement des médicaments à Madagascar. Une partie de ces différentes caractéristiques du système de réglementation malgache semblent être spécifiques à la Grande-Ile.

a. Pas de reconnaissance mutuelle

A Madagascar comme ailleurs, un médicament doit posséder une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par une autorité compétente (l'Agence du Médicament) selon des standards et des procédures parfaitement définis pour être commercialisé.

Des procédures visant l'harmonisation du marché pharmaceutique et la simplification des autorisations d'enregistrement tendent à être mises en place par exemple entre les pays africains de la zone « francs » et pays associés ⁷⁸ ou au sein de l'Union Européenne. Parmi celles-ci, la reconnaissance mutuelle est une procédure dont le principe est la reconnaissance de l'évaluation d'un Etat membre par les autres Etats où le médicament est destiné à être mis sur le marché. Concrètement, la procédure est la suivante : un laboratoire dépose son dossier de demande d'AMM auprès de l'autorité nationale compétente de l'un des Etats membres. Une fois l'autorisation initiale accordée dans cet Etat membre, elle peut être étendue aux autres Etats membres. Un laboratoire qui aurait reçu une AMM pour la distribution d'un de ses produits en France par exemple, bénéficie

⁷⁸ Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés, Organisation Mondiale de la Santé et Ministère des Affaires Etrangères, Ouagadougou, février 1999 <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2224f/s2224f.pdf> consulté le 30 mars 2017.

systématiquement, par le biais de la procédure de reconnaissance mutuelle, de l'AMM pour ce produit en Belgique ou en Allemagne, sans que le laboratoire n'ait à passer à nouveau par différentes étapes d'enregistrement du médicament. A Madagascar, c'est la procédure nationale qui prévaut, la commercialisation du médicament ayant obtenu l'AMM est donc limitée au territoire national. En théorie, le délai d'enregistrement varie de 30 jours avec la procédure de reconnaissance mutuelle à 210 jours pour la reconnaissance nationale ⁷⁹. Dans le cas de Madagascar, la durée de traitement des dossiers d'enregistrement est de 4 mois ⁸⁰.

L'absence de reconnaissance mutuelle pour l'enregistrement des médicaments à Madagascar implique que les firmes pharmaceutiques doivent se soumettre à une procédure longue et coûteuse afin d'enregistrer leurs médicaments à l'Agence du Médicament de Madagascar. Elles sont donc peu enclines à investir sur le marché malgache qui par ailleurs représente peu d'intérêt. A ce sujet, les interlocuteurs interrogés exerçant dans le domaine pharmaceutique ont mis en évidence le faible volume de médicaments distribués à Madagascar ainsi qu'un chiffre d'affaire peu élevé, au regard d'autres pays pour un nombre égal d'habitants. Selon nos sources issues du secteur privé, le marché pharmaceutique à Madagascar varie entre 40 à 60 millions d'euro. Toujours selon les mêmes sources :

Au Burkina Faso on en est à 1 milliard. Aujourd'hui ce sont des financiers qui dirigent les entreprises et quand ils voient l'Océan Indien sur une carte ça ne les intéresse pas du tout ! Ils ne vont pas là où ça ne leur rapporte pas. La Côte d'Ivoire par exemple en est à 4 milliards d'euros soit

⁷⁹ Autorisation de Mise sur le Marché de Médicaments à usage humain - Avis aux demandeurs, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ae1f0487eee12fc471179ecda8ccb21d.pdf consulté le 30 mars 2017

⁸⁰ Agence du médicament, Enregistrement des médicaments à Madagascar. Manuel de procédure http://www.agmed.mg/Pdf/Procedures_AMM_FR.pdf consulté le 30 mars 2017

40 fois plus que Madagascar, pour un même nombre d'habitants. La Réunion est à 1 milliard de chiffre d'affaire » (Grossiste répartiteur n°4).

A Madagascar, le volume de médicaments vendus est faible, c'est un petit marché. Ce n'est pas intéressant pour les laboratoires d'avoir une AMM, ça coûte trop cher pour un trop petit volume. Par exemple, les anticancéreux, personne ne pourra se les acheter ici donc les entreprises n'ont pas d'intérêt à payer une AMM (Pharmacie, membre de l'Ordre des Pharmaciens).

b. Mise en place d'une liste de « forte et moyenne rotation » (FMR)

Selon nos informateurs, les procédures d'enregistrement des médicaments sont particulièrement rigides à Madagascar. En conséquence de cette faible motivation des firmes pharmaceutiques à investir à Madagascar, certains produits pourtant nécessaires sont retirés du marché et ne sont pas disponibles (un exemple été donné sur les anticancéreux : au vu du prix du traitement, rares sont les Malgaches qui pourront en bénéficier, les firmes pharmaceutiques n'achètent donc pas l'AMM pour ces médicaments). Cela induit donc que certaines AMM périssent sans que le laboratoire ne fasse le choix de la renouveler. Pourtant les prescripteurs continuent de prescrire les médicaments d'une part, et de leur côté, les populations continuent de chercher les références même si elles sont retirées du marché, car elles ont fait leurs preuves en termes d'expérience d'efficacité lors d'épisodes de maladies.

Pour faire face à ce phénomène, l'AGMED a mis en place la liste de médicament « FMR » soit de forte et moyenne rotation. C'est une liste de médicaments autorisés à l'importation sans disposer d'une AMM. Pendant un laps de temps de 6 mois après le retrait de l'AMM, ces

médicaments peuvent être vendus sans AMM. Cette liste est actualisée deux fois par an et regroupe près de 1000 références.

Si je commande un médicament qui est sur FMR, et que le temps qu'il arrive il est retiré, je vais l'avoir dans mes entrepôts sans pouvoir le vendre ! A ce moment-là je dois demander une autorisation spéciale à l'AGMED pour le vendre (Grossiste répartiteur n°7).

L'existence de cette liste FMR est décrite comme aberrante par les acteurs de la profession pharmaceutique à Madagascar. Elle pose de nombreux problèmes entre les laboratoires pharmaceutiques, qui voient leurs médicaments écoulés sans qu'ils en aient donné l'autorisation et les grossistes, qui sont soumis d'une part à l'Autorité de réglementation, et à la demande de leurs clients.

Les laboratoires qui apprennent que leurs médicaments sont quand même vendus, même sans AMM, considèrent qu'ils sont écoulés sur le marché parallèle, même s'ils sont vendus sous couverture de la liste FMR. Il y a un amalgame qui est fait car les laboratoires n'ont pas cherché à distribuer leurs médicaments sur le territoire. Donc les grossistes répartiteurs sont vus comme des importateurs illégaux. Pourtant nous, nous avons l'autorisation de l'AGMED ! Alors certains laboratoires ferment les vannes au niveau des grossistes français qui livrent le grossiste malgache. La filiale française d'un laboratoire vend des médicaments à un grossiste français qui lui-même, les revend à des grossistes en Afrique par exemple. Le laboratoire n'a donc aucune maîtrise sur les circuits dans lesquels sont vendus leurs médicaments en Afrique. Alors qu'inversement, si le laboratoire vend directement à l'Afrique, là il a plus de contrôle, il peut choisir ou non d'enregistrer ses médicaments dans un

pays. Alors, les laboratoires arrêtent de fournir des grossistes français (Grossiste répartiteur n°7).

L'existence de cette liste FMR était au début prévue pour être transitoire. Mais aujourd'hui, le système se pérennise. Par conséquent, les grossistes, les pharmaciens, les prescripteurs et les usagers sont constamment confrontés à des situations où un médicament se voit retiré du marché, puis réinstauré quelques mois plus tard rendant parfois complexe l'acquisition d'un médicament prescrit.

c. Fluctuation de l'ariary

Les grossistes répartiteurs ont également souligné les contraintes induites par la fluctuation de l'*ariary*, la monnaie malgache. En Afrique de l'Ouest, le franc CFA est aligné sur l'euro à taux de change fixe, ce qui signifie que le prix des marchandises importées et payées en euro change donc rarement. L'*ariary* par contre n'a pas de taux de change fixe par rapport aux monnaies principalement utilisées dans le commerce du médicament à savoir l'euro et le dollar. Depuis 2013 par exemple, l'*ariary* dévalue, il faut de plus en plus d'*ariary* pour acheter un euro. Ce phénomène induit un impact important sur la rentabilité des grossistes, qui doivent mettre de plus en plus d'argent pour acheter le même produit. Parallèlement à cela, l'Etat impose un tarif maximum pour les médicaments, à chaque échelon de la distribution, ainsi que la marge bénéficiaire maximale. En d'autres mots, les grossistes achètent leurs produits de plus en plus chers, mais vendent à un prix égal. Ce mécanisme induit des tensions importantes pour les grossistes, qui se trouvent coincés entre la réglementation pharmaceutique et le fonctionnement du marché (variation du prix des matières premières, et des fournisseurs, etc.).

A Madagascar, chaque nouvel arrivage de médicaments a un prix différent, fixé sur le prix international du marché⁸¹. Par conséquent, les prix des médicaments vendus par les grossistes diffèrent, en

⁸¹ Mais le Code de la Santé impose un tarif maximum.

fonction du moment où la commande a été effectuée et la facture payée. Les catalogues des médicaments qui informent les grossistes et leurs clients des prix des produits pharmaceutiques ont donc une durée de vie restreinte et nécessitent d'être hebdomadairement actualisés. C'est sur base de ces catalogues que les pharmaciens choisissent leur grossiste. Le prix constitue un argument essentiel pour les pharmaciens dans le choix du grossiste auquel ils feront appel. D'autres facteurs peuvent influencer ce choix, comme la fidélisation par le biais de services rendus. Le choix du grossiste se joue également sur les arrangements qu'ils ont entre eux : par exemple, un grossiste peut offrir 10% de remise et donner un délai de 40 jours pour effectuer le paiement. Tandis qu'un autre donnera 15% de remise mais il faudra payer dans la semaine. Certains grossistes offrent également des billets pour participer à Pharmagora, le salon national des officines pharmaceutiques en France (billets d'avion et séjour entièrement pris en charge pour le pharmacien responsable). Une véritable guerre des prix et de séduction se joue donc entre grossistes (remise sur des appareillages importés par les groupes pharmaceutiques, etc.).

Moi par exemple une fois par mois je me procure une version papier des catalogues de mes concurrents pour pouvoir aligner mes prix sur les leurs. En Afrique il y a un seul catalogue, pas besoin même d'avoir le prix car il est toujours le même. En plus à Madagascar aucune pharmacie n'a de contrat d'exclusivité avec les grossistes, ils travaillent en moyenne avec 4 grossistes. Ils regardent donc les catalogues des grossistes et commandent là où c'est le moins cher. Ça rend les choses très compliquées (Grossiste répartiteur n°4).

La fluctuation du prix des médicaments est également fonction du moyen de transport emprunté par le produit (l'avion étant beaucoup plus cher que le bateau), il varie également en fonction du volume d'achat.

Dans ce contexte, nous sommes en droit de nous questionner sur le respect ou non dans la pratique de ce cadre réglementaire particulièrement contraignant. Les Pharmaciens Inspecteurs relevant de l'Agence du Médicament de Madagascar sont chargés de contrôler et de faire respecter la réglementation tarifaire en vigueur dans tous les établissements pharmaceutiques publics et privés ainsi que dans les dépôts de médicaments. A Madagascar, ces Pharmaciens sont au nombre de trois : la directrice de l'AGMED, la directrice de la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) et le secrétaire exécutif du Comité de Lutte contre le Marché Informel du Médicament. Ceci nous permet de douter de l'effectivité des systèmes de contrôle des prix, au vu des conflits d'intérêts qui caractérise cette situation.

5. Un nombre particulièrement faible de pharmacies d'officine

5.1. Quelques chiffres

Selon le Code de la Santé, Madagascar a hérité du système qui attribue le monopole de la distribution du médicament au pharmacien, faisant de celui-ci l'acteur majeur de la distribution. On y compte 219 pharmacies d'officines privées dont près de la moitié (86) se trouve à Antananarivo. Entre 2006 et 2016, 225 pharmaciens ont été formés au niveau national ⁸². Avant la mise en place du programme de formation en pharmacie à l'Université d'Antananarivo, les candidats se formaient en Europe, en Chine ou en ex-URSS ⁸³. Le ratio Pharmacien par habitant est estimé à 1/78 000 en 2014 ⁸⁴ contre 1 pharmacien pour 20 000 habitants tels que recommandé par l'OMS.

⁸² A titre indicatif, à Madagascar, entre 2009 et 2011, 21 pharmaciens ont été diplômés.

⁸³ Durant la « Révolution socialiste » (1975-1992) sous le président Didier Ratsiraka, Madagascar entretenait des relations privilégiées avec les pays de l'ex-URSS, constituant une opportunité de formation pour les Malgaches aisés (Dominique, 2016).

⁸⁴ Calculé sur la base de l'estimation du nombre de la population 2014.

A Madagascar, la localisation des pharmacies d'officines n'est pas soumise à des critères géo-démographiques⁸⁵. Par contre le Code de la Santé règlemente la distance entre pharmacie et dépôt de médicaments, cette distance ne pouvant pas être inférieure à 10 kilomètres. L'autorisation d'exploitation est délivrée aux pharmaciens par l'AGMED. Le Code de la Santé (article 155) prévoit que les pharmacies d'officines soient tenues par des pharmaciens. A Madagascar, la substitution d'un médicament princeps⁸⁶ par son générique équivalent existe mais n'est pas réglementée. Ainsi, les pharmaciens et les dépositaires proposent princeps et générique au client qui fait son choix en fonction de son budget.

Au sein des officines, les pharmaciens engagent des agents de comptoir. Les pharmaciens ont l'obligation de se recycler et se former (à Antananarivo, 2 formations par an). Dans les faits, les pharmaciens de la capitale bénéficient davantage de formations/recyclages que les pharmaciens de province. De leur côté, les agents de comptoir ou auxiliaires en officines bénéficient de formations sur le médicament mais aussi sur le diagnostic notamment par le biais d'experts engagés par des laboratoires pharmaceutiques.

5.2. Des structures pharmaceutiques inégales

Derrière la dénomination « pharmacie » opèrent des structures inégales quant à l'offre de produits pharmaceutiques. La plupart d'entre elles vendent des produits cosmétiques, des produits à usage des ménages (lait maternisé, couches, produits cosmétiques, etc.) en plus des médicaments vendus sous forme pré-conditionnée. Certaines

⁸⁵ En effet, le Code de la Santé prévoit dans l'Article 182 qu'un arrêté du Ministère chargé de la Santé peut déterminer, en cas de besoin uniquement, le nombre d'officines autorisées à s'installer dans une localité donnée, au prorata du nombre d'habitants ainsi que d'une distance minimum à respecter entre les officines. La norme de l'OMS est d'une pharmacie pour 20 000 habitants.

⁸⁶ On appelle princeps, ou spécialité de référence, le médicament d'origine qui sert de modèle aux médicaments génériques.

officines vendent également des Remèdes Traditionnels Améliorés (RTA) ⁸⁷.

Les pharmacies doivent en théorie couvrir en médicaments toutes les maladies existantes. Cette couverture dépend des capacités financières du pharmacien responsable mais chaque officine a l'obligation d'avoir une gamme suffisante de médicaments (toutes les familles de médicaments doivent être disponibles).

En théorie, la dispensation de médicaments sans ordonnance au niveau des pharmacies est interdite et considérée comme une « pratique illégale qui s'associe avec la vente illicite de médicaments et l'automédication » ⁸⁸. En pratique, peu de pharmacies exigent l'ordonnance lors de l'acquisition de médicaments. Les pharmacies d'officine doivent être tenues par un pharmacien. Dans la pratique, il est courant que les diplômes de pharmaciens soient vendus à des non-pharmaciens qui pourront ouvrir une officine à ce titre.

Enquêteur : Ces deux pharmacies sont tenues par des « bailleurs de fonds ». Ils ne font pas confiance dans le pharmacien qu'ils ont engagé donc ils restent toujours dans l'officine. Les pharmaciens diplômés « vendent » leur diplôme. Ils ne sont pas obligés d'être présents, ils peuvent faire autre chose. Ils font leur business, montent à Tana, ils sont libres de faire ce qu'ils veulent. Les pharmaciens vendent leur diplôme car ils ont peur de se lancer, il faut 20 millions d'ariary pour se lancer. Ils ont peur de s'engager. Enquêteur : Mais ces bailleurs de fonds ont-ils fait des formations ? Enquêteur : Non, ils vendent les médicaments comme des pièces automobiles.

⁸⁷ Des produits issus de la phytothérapie mais valorisées par des packagings et du marketing qui se rapproche des médicaments pharmaceutiques industriels. Ces RTA peuvent être vendus dans des formes galéniques variées : comprimés, sirops, baumes, etc.

⁸⁸ Ministère de la santé Publique de Madagascar en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, 2011.

Parfois ça arrive même qu'ils ne peuvent pas lire l'ordonnance. Puisqu'ils ne connaissent pas tous les noms de médicaments. Ces vendeurs vendent en gros sans demander le numéro d'identification fiscale. Donc qui veut peut s'approvisionner pour revente auprès de ces « bailleurs de fonds » (Pharmacienne à Morondava).

6. Controverses autour des dépôts de médicaments

6.1. Un manque de décentralisation des organes d'inspection

Le dépôt de médicaments⁸⁹ (*fivarotam fanafody*) est un centre de vente et de distribution de produits pharmaceutiques de première nécessité. Ce dépôt est autorisé à vendre les 183 médicaments et consommables médicaux figurant sur la liste édictée par le Ministère de la Santé. Les médicaments y sont disponibles sous différentes formes (comprimé, poudre, gélule, injections, gel, spray, sirop, etc.). Madagascar en compte aujourd'hui officiellement 1672⁹⁰. L'existence de ces dépôts de médicaments a été instaurée en raison du manque de pharmaciens⁹¹. Concernant la localisation géographique de ces dépôts, le Code de la Santé prévoit que l'implantation d'une pharmacie dans un périmètre inférieur à 10 km à un dépôt rend caduque toute autorisation antérieure délivrée au profit d'un dépôt de médicaments déjà fonctionnel. Le dépôt dispose d'un délai de trois mois pour fermer ses portes.

L'autorisation d'exploitation des dépôts est donc délivrée à titre palliatif par le Ministère de la Santé⁹² à des non-pharmaciens,

⁸⁹ L'on retrouve des dépôts de médicaments soumis aux mêmes réglementations (profil du dépositaire, réglementation géographique des espaces de vente) au Bénin notamment (Djralah et al., 2015).

⁹⁰ Politique pharmaceutique nationale, 2016, Direction de la Pharmacie, des laboratoires et de la médecine traditionnelle

⁹¹ L'existence de ces dépôts ne met pas en cause le principe du monopole du pharmacien en vigueur à Madagascar, car ces dépôts sont en théorie sous la supervision d'un pharmacien.

⁹² Plus précisément la Direction de la Pharmacie, des laboratoires et de la médecine traditionnelle.

dans les localités où il n'y a pas d'officine pharmaceutique. Ces personnes doivent être détentrices d'un baccalauréat et formées pendant deux mois au sein d'une pharmacie.

Au moment de leur création, il était prévu que ces dépôts soient mis sous tutelle de pharmaciens, qui devaient se porter garants des bonnes pratiques des dépositaires. Parmi les différents acteurs du système pharmaceutique malgache, les dépôts sont au cœur de nombreuses controverses. La Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) rencontre de nombreux problèmes dans la gestion et le contrôle des dépôts de médicaments.

La première difficulté réside dans le flou autour du partage des responsabilités : en effet, les autorisations d'exercer des dépôts de médicaments sont délivrées par la DPLMT, tandis que c'est l'AGMED qui accorde ces autorisations aux pharmacies. Par ailleurs, c'est cette même agence qui est responsable du contrôle et doit assurer la qualité des produits vendus. La DPLMT fait partie du conseil d'administration de l'AGMED, et les deux organes participent au conseil d'administration de la SALAMA.

La seconde difficulté réside dans le manque de contrôle et d'inspection à tous les échelons de la distribution pharmaceutique et notamment des dépôts. En cas de violation des règles d'exercice par les dépositaires de médicaments, il incombe aux Médecins Inspecteurs de Districts d'intervenir. Sur le terrain, c'est en effet aux Médecins Inspecteurs (MI) qu'incombe la supervision des dépôts, alors même que ces MI sont sous l'autorité de la Direction Régionale de la Santé et non pas de l'AGMED, ni de la DPLMT. Il y a donc peu ou pas de décentralisation des organes d'inspections.

Enquêteur : Combien il y a de dépôts à Ifanadiana ?

Enquêté : Il y en a 5, normalement il devrait y en avoir 3 pour la population d'Ifanadiana. Notre dépôt est le 4^{ème} à arriver ici à Ifanadiana. Mais il y a un dépôt qui n'a pas

l'autorisation. Normalement il y a un règlement quant à l'emplacement des dépôts. Mais le médecin inspecteur a donné l'autorisation donc, c'est comme ça (dépôt médicament Ifanadiana).

Cet extrait d'entretien montre bien l'inexistence de contrôle et d'inspection de la distribution pharmaceutique. Dans cette localité du district d'Ifanadiana, cinq dépôts de médicament se dressent côte à côte sur la route principale. Quatre dépôts sur les cinq ont reçu l'autorisation d'exploitation du Médecin Inspecteur de District, dont le bureau se situe d'ailleurs juste de l'autre côté de cette même route.

6.2. Les tensions entre dépositaires et pharmaciens

Le débat qui oppose pharmaciens et dépositaires s'articule plus particulièrement autour deux questions. La première concerne le rôle que s'attribuent les dépositaires qui, selon nos interlocuteurs (pharmaciens, acteurs de la DPLMT) dépassent largement le cadre d'activités fixé au départ à deux niveaux : l'extension de la vente de médicaments par les dépôts au-delà de la liste prévue d'une part et l'« imitation » du rôle de pharmacien par le dépositaire, à savoir la qualité de dispensateur de produits pharmaceutiques mais également de conseiller pour l'utilisation des médicaments (dosage, équivalence).

Tout d'abord, la vente de médicament qui ne figurent pas sur la liste de médicaments autorisés est pratique courante au sein des dépôts.

Ces dépôts ne sont pas tenus par des pharmaciens mais par des dépositaires formés pendant 3 mois en officine, ils sont donc autorisés à dispenser des médicaments. Ils ont une liste de médicaments qu'ils peuvent distribuer, mais « les plus dangereux » sont réservés pour la vente en pharmacie. Mais en pratique, il arrive que les grossistes donnent des médicaments qui ne sont pas sur la liste car il faut bien que ces médicaments soient disponibles

également au niveau des campagnes, dans ce cas précisément il y a un écart entre la théorie, la loi et la réalité (Grossiste répartiteur n°1).

D'après nos observations et les discours de nos interlocuteurs, certains médicaments y sont vendus, malgré qu'ils ne figurent pas sur la liste prévue à cet effet. Pour se justifier, les dépositaires avancent que dans un contexte d'absence d'autres offres de produits pharmaceutiques, il est normal qu'ils puissent dispenser des médicaments dont les populations ont besoin même s'ils ne figurent pas sur leur liste (ont été cité notamment certains types d'antibiotiques). A ce sujet, dépositaires et acteurs de la Direction de la Pharmacie des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle se rejoignent, tous deux conscients des difficultés d'accès aux médicaments pour les zones enclavées. Une norme officieuse s'instaure donc : les dépôts étendent la liste de médicaments autorisés à la vente à une série de médicaments qu'ils estiment utiles aux populations résidant dans leurs localités.

Le second point concerne la circonspection théorique du rôle du dispensateur à celui de « vendeur de médicaments ». A l'opposé, le pharmacien est habilité à dispenser des médicaments, ainsi qu'à exécuter des préparations officinales. Les relations entre pharmaciens et dépositaires sont tendues : les premiers se targuent d'avoir fait 8 ans d'études, ils sont habilités à vendre leurs produits, tout en conseillant leur clientèle. Les seconds sont considérés comme de simples commerçants qui endossent trop souvent un rôle de conseiller. Les pharmaciens récusent la possibilité pour les dépositaires de dépasser leur rôle de vendeur et d'embrasser le rôle de conseiller.

Les dépositaires veulent prendre la place des pharmaciens, mais ce n'est pas pour rien que nous avons fait 7 ans d'études ! Moi de mon côté j'ai étudié la langue russe, j'ai fait 6 ans de formation là-bas. En 1982 j'ai eu une bourse de l'Etat, et je suis revenue en 1989 (Pharmacienne, Morondondava)

Enquêteur : Vous donnez des conseils en même temps que la vente ? Enquêté : Nous expliquons, renforçons les explications données par le docteur. Parce que les gens d'ici n'aiment pas les docteurs, ils en ont peur, ils ne comprennent pas bien ce qu'ils leurs disent. Alors on donne des messages plus clairs. Puis on donne des conseils par exemple de ne pas manger de letchis, des glaces à l'eau parce que ça donne des maux de ventre. On conseille aussi d'aller souvent chez le docteur. Avant que les dépôts ne soient ouverts, les gens achetaient beaucoup leurs médicaments aux marchands ambulants (dépôt de médicament, Ifanadiana).

Le débat autour du rôle attribué à l'un ou l'autre acteur de la vente, s'appuyait au départ fondamentalement sur le manque de pharmaciens et sur l'absence de formation en pharmacie à Madagascar. Aujourd'hui plusieurs écoles de pharmacie sont ouvertes sur l'île, mais les pharmaciens nouvellement formés choisissent pour la plupart d'exercer en ville, refusant les opportunités de travail en province et « d'aller travailler en brousse » ou « d'être envoyés en bout de piste ». Les dépôts de médicaments jouent encore aujourd'hui un rôle essentiel dans l'approvisionnement en médicament pour les zones rurales.

Il est fréquent que les propriétaires des dépôts s'absentent de manière temporaire ou permanente (quand ils s'installent ailleurs pour ouvrir un nouveau dépôt par exemple) en laissant la charge du dépôt à un membre de la famille.

Enquêteur : Quel âge avez-vous et depuis combien de temps travaillez-vous ici ? Enquêtée : J'ai 19 ans. Ce dépôt est ouvert depuis 2005 mais le premier proprio est décédé, il a légué le fond à son grand père, puis lui à son fils. Ce fils est maintenant le propriétaire et il est le mari de ma sœur. Enquêteur : C'est vous qui avez choisi de

travailler ici ? Enquêtée : J'ai été désignée. Je n'aime pas trop mon boulot mais je suis obligée de le faire pour aider ma sœur. Mes frères et sœurs sont déjà mariés. Je ne gagne pas de salaire fixe mais quand j'ai besoin d'argent ma sœur m'en donne Enquêteur : Vous vendez plutôt des médicaments de spécialité et des génériques ? Enquêtée : Je ne connais pas la différence (Mbola, dépositaire Ambositra).

Les personnes responsables des dépôts ne sont pas forcément celles qui ont suivi la formation de deux mois. Elles sont désignées par la famille et peuvent bénéficier en échange de leur implication d'avantages, souvent en termes d'appui financier (par exemple pour une future scolarisation). Elles bénéficient d'une connaissance limitée en matière de médicaments.

Un autre point échappe au contrôle des autorités réglementaires. Un arrêté ministériel (n°11092/2016) prévoit que le local destiné à la vente de consommables médicaux doit être exclusivement réservé à cet usage. En pratique, il n'est pas rare de voir des dépositaires proposer pour la vente d'autres types de marchandises : des denrées alimentaires par exemple. Les arguments avancés par ces dépositaires s'appuient sur la concurrence établie entre les différents dépôts au sein d'une même localité alors même que la demande en produits pharmaceutiques est moindre.

Outre les problèmes évoqués dans le contrôle et le suivi des intrants vendus par les dépôts, ces lieux de vente sont pointés du doigt par les acteurs institutionnels de distribution du médicament et identifiés comme étant le point de départ pour la fuite des médicaments du secteur formel vers l'informel. Des dépôts « informels », au sens où ils ne bénéficient pas d'autorisation d'exploitation sont ouverts, sous couvert d'un dépôt formellement ouvert. Le mécanisme est simple : un dépôt est ouvert avec une autorisation d'exploitation délivrée par le Ministère de la Santé Publique. Au moment de faire sa commande

auprès d'un grossiste, le dépositaire gonfle la liste de médicaments demandés. Le surplus de médicaments sera acheminé vers un point de vente informel. Il s'agit souvent de membres d'une même famille et les points de revente peuvent être multiples. Il nous est arrivé souvent d'observer au sein des boutiques de revente des cartons avec l'en-tête d'un grossiste. Les observations au sein des dépôts de médicaments officiels ont également démontré la vente en gros de médicaments, envoyés par cartons entiers par taxi-brousse dans d'autres points de vente.

Dans les faits, il est difficile de reconnaître un dépôt formel d'un informel, la seule différence étant la possession de documents autorisant l'ouverture régulière du dépôt. L'implantation des dépôts de vente comme solution palliative était au départ une réponse temporaire, mais elle tend aujourd'hui à se pérenniser. En raison de nombreuses difficultés liées à la gestion de ces points de vente, la DPLMT ne délivre plus depuis 2015 d'autorisation d'implantation de nouveaux dépôts.

7. Les contours flous de la vente « informelle » de médicaments

7.1. Le Secteur Informel de la Santé (SIS)

La vente informelle de médicaments participe plus largement à ce que certains auteurs nomment le Secteur Informel de la Santé (SIS) (Bloom et al., 2011 ; Nsarhaza, 1997 ; Sudhinaraset et al., 2013). Selon Nsarhaza, les réponses informelles en matière de santé couvrent plusieurs réalités : soins à domicile, corruption dans les services médicaux publics, distribution de médicaments, alimentation et nutrition, planification familiale, solidarité face aux risques liés à la santé (1997).

Le terme « *informel* » inclut une grande variété de dispensateurs de soins et de produits pharmaceutiques, pratiquant régulièrement ou occasionnellement des activités pour lesquelles ils ne possèdent pas la certification médicale requise, selon les autorités sanitaires et / ou la

législation couvrant la fourniture de services de santé. Il inclut les praticiens diplômés d'Etat mais qui exercent sans être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins. Nous nommerons tout au long de ce travail cette catégorie d'acteurs « privés informels »⁹³, considéré par le Code de la Santé comme étant un exercice illégal de la profession de médecin (article 79).

La constitution de cette catégorie de médecins (privés-informels) se justifie notamment par les difficultés afférentes au recrutement de soignants dans la fonction publique (lenteur administrative du traitement des dossiers de demande d'affectation), aux faibles incitations mis en place par l'Etat pour « captiver » les jeunes médecins à la sortie de l'université, aux conditions d'exercice de la fonction publique induisant une réticence vis-à-vis de l'affectation pour un premier poste dans des zones enclavées, pour lequel on leur propose une rémunération peu attrayante. « *L'éloignement et l'enclavement, l'absence d'infrastructures et le manque de confort, les difficultés à scolariser convenablement les enfants* » constituent autant de facteurs qui dissuadent les professionnels de la santé à s'installer dans des zones rurales et enclavées⁹⁴. La demande en personnel soignant pour l'île est abondante, mais « *faute de budget, on ne recrute pas* », comme l'indique un médecin exerçant dans le privé interrogé quant à son expérience de médecin libre. Une partie de ces soignants exercent donc dans des cabinets informels, d'autres dans le privé. Les cabinets privés à la capitale fleurissent en grand nombre, il est difficile de différencier les cabinets « privés » des « privés informels ».

⁹³ Dans son travail de thèse, Baxerres utilise pour référer à ce type de structure (formels ou informels) la dénomination de « *petits centres de santé privés* » (Baxerres, 2010). Comme nous le verrons plus tard dans ce travail, le mode de fonctionnement de ces professionnels est jugé comme plus flexible par les usagers : attente moins longue, adaptation du prix de la consultation et des médicaments en fonction des revenus des patients, possibilité de paiement par crédit, suivi plus « holistique » du patient.

⁹⁴ Plan de développement du secteur santé, 2015-2019, Ministère de la santé de Madagascar.

Le secteur informel de la santé comprend également la distribution informelle de médicaments. Moins visibles à l'œil nu par les passants que les points de ventes formels, les points de vente informels sont pourtant nombreux. L'offre informelle de médicaments se décline sous plusieurs formes à Antananarivo. Nous le verrons plus loin, ce circuit est intrinsèquement lié aux secteurs formels, notamment au niveau de l'approvisionnement. Quatre types d'acteurs participent à la circulation et à la vente de médicaments informels : les marchands ambulants qui sillonnent principalement les grands marchés de la capitale et approvisionnent les épiceries en médicaments, les épiceries dont la vocation première est la vente de produits de première nécessité (PPN) mais qui disposent d'une dizaine de références pharmaceutiques pour la vente au détail, les vendeurs dans les grands marchés qui commercialisent « au gros » des références pharmaceutiques sous couvert de la vente d'un produit autre (poissons séchés, bonbons, etc.) et enfin les commerces et boutiques exclusivement dédiés à la vente de médicaments pharmaceutiques, situées principalement à Ambohipo, un quartier situé dans le sud-est de la capitale.

La vente informelle de médicaments fait entièrement partie du paysage pharmaceutique de la capitale. Un texte de loi prévoit que « la vente illicite est passible d'une amende de 2 000 000 à 50 000 000 *ariary* et d'un emprisonnement de trois mois à trois ans ou de l'une de ces deux peines seulement »⁹⁵. Nous verrons plus tard que dans les faits, ce cadre réglementaire est rarement appliqué.

Dans le secteur de la délivrance informel de soins, la frontière entre le formel et l'informel est floue. Certains médecins par exemple pratiquent au sein de cabinets privés formels, ils disposent pour ce faire d'une autorisation pour exercer leur métier. Mais par ailleurs ils vendent des médicaments pourtant autorisés à la vente uniquement

⁹⁵ Code de la Santé, 2011-002.

dans certains établissements pharmaceutiques et sanitaires⁹⁶. Certaines cliniques privées formelles disposent de l'autorisation de dispenser des médicaments⁹⁷, mais elles vendent des médicaments qui ne figurent pas sur la liste, ou encore elles s'approvisionnent via d'autres voies (dons, marché informel, etc.).

7.2. Un cadre réglementaire mais peu d'inspection et de contrôle

Il existe donc à Madagascar un écart important entre les normes officielles (celles qui régulent l'organisation géographique des espaces de vente par exemple, ou encore les normes visant à autoriser la vente de médicaments par certains acteurs, relevant exclusivement d'une liste) et les normes pratiques (Olivier de Sardan, 2001b). Les comportements des différents acteurs de distribution renvoient à des normes pratiques et ne constituent pas un « simple » écart de la norme officielle. L'absence de suivi et de contrôle a été notée aux différents échelons de la distribution pharmaceutique.

Le pharmacien vend sans ordonnance, le médecin vend des médicaments et le patient achète n'importe où ses médicaments (Grossiste répartiteur n°1)

Il est temps que Madagascar s'allonge sur un divan et fasse sa psychanalyse (Grossiste répartiteur n°4)

⁹⁶ Code de la santé, 2011-002, Livre III, Chapitre III, section 6.

⁹⁷ Et sont nommés « pharmacies à usage interne ». « On entend par pharmacies à usage interne, les pharmacies des hôpitaux et autres établissements de santé, publics ou privés, dont l'activité est limitée à la délivrance de médicaments et consommables médicaux » (Code de la santé, article 183).

EXTRAIT D'UN ENTRETIEN – Grossiste répartiteur n°4

« Un grossiste avait deux catalogues de médicaments. Un avec les médicaments autorisés par l'agence du médicament qui contenait une quinzaine de référence aux normes et un autre avec plus d'une centaine de références sans AMM, sans contrôle de vente. Cette histoire s'est passée il y a trois ans. Le président du Conseil de l'Ordre, la directrice de l'Agence du Médicament et le collectif des grossistes se sont alors retrouvés pour en parler et ont porté plainte contre ce grossiste, dont je ne dirai pas le nom. Mais depuis, rien ne se passe. On a attendu quelques mois, puis les avocats en charge de l'affaire ont dit qu'il y avait des vices de procédure, que la plainte ne passera pas, puis quelques mois après on nous a dit que ce pharmacien avait un fils très malade, et que donc il fallait attendre qu'il aille mieux pour l'attaquer. En bref, ils nous ont fait attendre alors que pour moi c'est une faute grave, c'est passible de prison. Le problème pour finir s'est réglé d'une drôle de manière : les médicaments de son second catalogue ont été régularisés à posteriori », l'AGMED a expliqué ça en disant « oui mais ses dossiers sont bons hein ». C'est pourquoi je suis parti du collectif car je n'en pouvais plus. Une autre explication m'a été donnée pour expliquer cette régularisation, c'est que partant d'une pratique véreuse, on peut aussi arriver à une bonne pratique »

Si les lois règlementant la distribution de médicaments existent, il n'existe peu ou pas de contrôle et de suivi qui en assurent leur application. Le Code de la Santé prévoit des acteurs responsables de leur mise en œuvre et suivi (Médecins Inspecteurs par exemple) mais dans les faits, les lois sont très peu appliquées. Si Madagascar dispose d'une autorité de réglementation autonome, d'un cadre légal clair et de documents pharmaceutiques de référence nationale⁹⁸, la

⁹⁸ WHO. Assessment of Medicines Regulatory Systems in Sub-Saharan African Countries. An overview of findings from 26 Assessment Reports [Internet]. World Health Organization. 2010 [cited 2017 Jun 6]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17577en/s17577en.pdf>

distribution pharmaceutique est caractérisée par d'importantes faiblesses, qui se cristallisent notamment autour des dépôts de médicaments (Andriamparany, 2017).

Ce constat est vrai dans plusieurs domaines ayant trait à la distribution pharmaceutique. Les exemples de ces écarts sont nombreux. Par exemple, la loi légiférant le nombre de dépôts dans une localité ou encore celle qui prévoit une fermeture directe du dépôt au moment de l'installation d'une pharmacie dans un périmètre précis (10 km) sont dans les faits, rarement appliquées. Certains pharmaciens déplorent le maintien de l'autorisation d'exercer de dépôts installés en deçà du périmètre autorisé. Dans la pratique nous avons également observé des pharmacies dont la gestion était confiée à un non-pharmacien, celui-ci ayant racheté ou loué le diplôme du premier. Un autre exemple se rapporte plutôt aux dépôts des médicaments qui au vu et au su des autorités de réglementation dispensent des médicaments qui ne figurent pourtant pas dans la liste des médicaments autorisés. Certains grossistes vendent des références qui ne disposent pas ou plus d'AMM, d'autres vont à l'encontre de la loi leur interdisant de vendre au détail. En bref, ces exemples illustrent l'idée que l'existence d'un cadre réglementaire n'assure aucunement son application.

7.3. La vente informelle dans tous ses états à Antananarivo

La cartographie que nous avons réalisée au sein des huit grands marchés (deux hebdomadaires et six permanents) de la capitale nous informe quant à la circulation des médicaments informels au sein de l'espace commercial informel et public d'Antananarivo.

Des vendeurs à l'étalage, des épiciers et vendeurs ambulants ont été interrogés au sujet de leurs marchandises ⁹⁹, de leur prix et des

⁹⁹ Les marchandises des vendeurs à l'étalage sont : marchandises originaires de Chine (vêtements, chaussures), « *fanafody gasy* » ou médicaments traditionnels, légumes, fripes, fournitures scolaires, mercerie, tissus, produits de beauté. Les vendeurs ambulants vendent plutôt des sachets, CD, gâteaux, ceintures et portefeuilles en cuir. Les marchandises des épicerie : médicaments pharmaceutiques, produits de première nécessité (PPN).

modalités de vente de leurs produits. En termes de « produits de santé », les *fanafody gasy*¹⁰⁰ ou médicaments traditionnels sont vendus à l'étalage sous leur forme brute, fraîche ou sèche par petits paquets de feuilles ou de bois et sous la forme de sirops, gouttes, huiles, baumes et tisanes¹⁰¹. Les marchands ambulants qui vendent ces *fanafody*¹⁰² disposent essentiellement de la dernière catégorie, à savoir des « remèdes traditionnels à base de plantes médicinales transformées » (Didier, 2015b). Au contraire, il est apparu que les médicaments pharmaceutiques sont vendus uniquement par quelques épiciers au sein de ces marchés. Ces points de ventes, disposant de marchandises diverses sont approvisionnés en médicaments par des vendeurs issus de deux quartiers particulièrement investis dans la vente de médicaments, par le biais de marchands ambulants.

a. Vendeurs non spécialisés dans la vente de médicaments

Au sein de ces grands marchés, et plus globalement dans tous les quartiers de la capitale, les médicaments pharmaceutiques se vendent auprès du *tseña kely* (littéralement « petit marché » soit « épicerie »). Ces épiceries sont des points de ventes de denrées alimentaires utilisées quotidiennement par les ménages malgaches : riz, huile, gâteaux, etc., et non alimentaires : recharges de téléphone, piles, bougies. On trouve ces lieux de vente en grande quantité dans tous le pays. Derrière le terme « épiceries » opèrent des catégories hétérogènes de commerces. Certains commerces sont étendus et vendent en grande quantité leurs produits, d'autres se limitent à quelques produits. Généralement en milieu urbain, ils sont constitués d'un bâtiment en béton dont la taille varie. Ce bâtiment est souvent

¹⁰⁰ Terme par lequel sont appelés tous les médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

¹⁰¹ La catégorisation de ces remèdes est finement décrite par Didier dans ses recherches. L'auteure souligne l'hétérogénéité et la diversité de l'offre en remèdes traditionnels à Madagascar (Didier, 2015b).

¹⁰² Les maladies citées pour lesquels les marchands disposent de traitement sont : rhume, toux, grippe, plaies, furoncles, brûlures, entorse, maladies de la peau, mycoses, goutte, ulcère à l'estomac.

peint aux couleurs des produits vendus (Coca-cola, THB – une bière localement fabriquée, Indo-mie – des nouilles chinoises, etc.)



Une épicerie du centre ville

Au sein de ces épiceries les unités de mesure de la vente des marchandises sont extrêmement petites : une boîte de conserve pour la mesure du riz (*kapoky*), un centimètre d'huile, une recharge téléphonique de 100 *ariary* (0.03 €), un petit morceau de baguette garni de pâtes, etc. Certaines épiceries sont équipées d'un frigo branché à l'électricité contenant des boissons fraîches (lait en brique, sodas, bières) ou plusieurs types de riz, d'autres sont des commerces très simples et ne disposent que de quelques marchandises disponibles à la vente. Certaines d'entre elles vendent des médicaments. On y trouve une dizaine de références correspondant aux maladies dites « du quotidien » : antalgiques (paracétamol et ibuprofène), anti-inflammatoires (Diclofenac®), antibiotiques (amoxicilline, metronidazole, cotrimoxazole et tétracycline).

Enquêteur : J'ai un peu mal à la tête, que dois-je prendre ? Enquêté : Il y a du paracétamol Enquêteur : Mais si ma température augmente aujourd'hui, je dois prendre quoi ? Enquêté : De l'amoxicilline ou de l'anti grippe Enquêteur : Comment dois-je prendre ce médicament ? Enquêté : Si tu es assez forte et que tu supportes le médicament, tu prends deux comprimés par jour pendant trois jours. Mais si tu ne supportes pas, tu prends seulement un comprimé pendant trois jours (échange avec une épicière du marché Pochard, Soarano).

Comme l'indique l'extrait ci-dessus, les échanges autour de l'achat du médicament entre usagers et épiciers sont rapides. Les relations « vendeurs/usagers » sont caractérisées par un lien essentiellement marchand¹⁰³. Des conseils sont éventuellement dispensés par les épiciers.

Les médicaments y sont vendus au comprimé. Les prix sont homogènes d'une épicerie à l'autre¹⁰⁴. Les épiceries sont approvisionnées selon un calendrier hebdomadaire par des marchands ambulants qui achètent leur marchandise à des vendeurs « en gros » (principalement à Ambohipo). Les vendeurs n'affichent pas la disponibilité de ces produits, ils sont souvent rangés dans une petite boîte en plastique transparent sous le comptoir ou derrière le vendeur.

b. Vendeurs spécialisés dans la vente de médicaments

Le quartier de 67 hectares et Ambohipo sont deux quartiers réputés dans la vente informelle de médicaments à Antananarivo. Dans le premier, des vendeurs vendent principalement les médicaments en gros à destination des marchands ambulants responsables du ravitaillement des épiceries de la capitale et des dépôts de

¹⁰³ Cette approche essentiellement marchande sera confirmée et décrite dans la quatrième partie de ce travail.

¹⁰⁴ Sauf pour l'Ibuprofène qui varie entre 50 et 150 ariary le comprimé.

médicaments à travers tout le pays. Le second quartier est mieux connu pour les pratiques de vente « illicite » de médicaments qui s’y déroulent. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les médicaments y sont vendus en gros et au détail. Ce quartier de la capitale malgache est le nœud principal de circulation des réseaux informels¹⁰⁵, c’est là que se concentrent les boutiques et points de ventes exclusivement dédiés à la vente de médicaments informels.

c. Acheminement des médicaments vers les points de vente : les marchands ambulants

Toutes sortes de marchandises sont disponibles auprès des vendeurs ambulants de la capitale : des recharges téléphoniques aux lunettes de soleils, snacks (sambos, nems, yaourt), tapis de douche antidérapant, ceintures et portefeuilles en cuir, désodorisant pour voiture ou *fanafody gasy* (médicaments traditionnels malgaches). La plupart des produits vendus par ces vendeurs ambulants sont originaires de Chine. Ces vendeurs doivent être les seuls à se réjouir et à tirer profit des nombreux embouteillages qui engorgent tout au long de l’année les routes carrossables d’Antananarivo. Ces marchands ambulants circulent également au sein des grands marchés de la capitale et transportent leurs marchandises dans un sacs-à-dos. On se réfère à eux en les nommant les *be sakosy* ou « les gens qui portent des sacs/qui ont des grandes poches ». Ces vendeurs arborent de manière bien visible un échantillon de leur marchandise. Leurs produits sont disponibles en plusieurs exemplaires, les prix sont négociables.

¹⁰⁵ Dans le cadre de ce travail, nous avons fait le choix d’investiguer spécifiquement le quartier d’Ambohipo. Ce choix a été fait d’une part pour des raisons méthodologiques liées aux difficultés d’« ouverture » de ces terrains clandestins qui nécessitent une longue présence auprès des vendeurs (voir partie I). D’autre part, nous avons préféré travailler sur Ambohipo car ce quartier est largement reconnu à Madagascar pour le commerce informel de médicaments qui s’y déroule, 67 Ha étant plutôt reconnu comme étant un quartier historiquement impliqué dans la vente informelle mais moins actif aujourd’hui.

Certains marchands ambulants transportent des médicaments pharmaceutiques et ravitaillent les épiceries de la capitale en médicaments, ils circulent à pied ou à vélo. Ils s'approvisionnent auprès des vendeurs d'Ambohipo ou 67 Hectares.

Au contraire de la vente « ambulatoire » de médicaments via des marchands ambulants dans les zones rurales malgaches, à Antananarivo les médicaments pharmaceutiques ne sont pas vendus aux particuliers par ces marchands ambulants. Le rôle de ces colporteurs se limite à l'acheminement de médicaments vers les points de vente, comme l'illustre l'extrait d'entretien.

En conclusion, ce chapitre vise la caractérisation de la forme du système pharmaceutique malgache. Nous pouvons voir que l'ensemble des secteurs de distribution sont marqués par une marchandisation du médicament, au sens où il est pris comme objet « lucratif », la finalité de sa commercialisation en est le profit. A ce titre, les pharmaciens et dépôts de médicaments rivalisent de concurrence, les grossistes répartiteurs également sont engagés dans une réelle guerre de séduction, dans un objectif de maximisation des profits. Le chapitre suivant met en lumière un évènement spécifique venu secouer la profession pharmaceutique à Madagascar autour de la mise en place d'un dispositif permettant la « traçabilité » des médicaments.

Chapitre 3 : Un secteur informel officiellement réprimé mais officieusement intégré

Selon Burguet, le Code malgache de l'indigénat du 3 décembre 1901 interdisait déjà « *l'exercice illégal de la médecine, la vente illégale de médicaments et les pratiques de sorcellerie* » (2014a : 50). Aujourd'hui, les circuits de vente et de distribution de médicaments en dehors du cadre formel prévu par l'Etat, communément nommés secteurs « illicite » par les différents acteurs interrogés, sont passibles d'amende et d'emprisonnement, selon le Code de la Santé malgache.

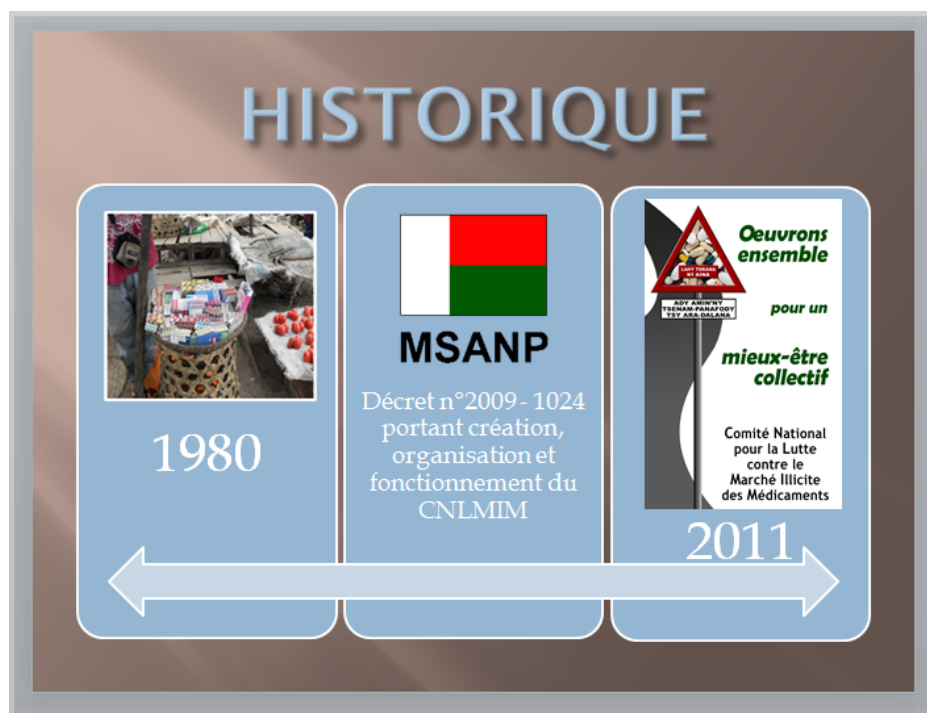
1. Mise en place d'un « comité de lutte contre le marché illicite du médicament »

Face au développement du phénomène de vente informelle de médicaments, un comité interministériel s'est constitué en 2011, le Comité National de Lutte contre le Marché Illicite de Médicaments (CNLMIM). Les Ministères impliqués dans le comité sont les suivants : Ministère de la Justice, des Forces Armées, de la Sécurité Intérieure, Ministère du Commerce, Ministère des Finances et du Budget-Direction Générale des Douanes, Secrétariat d'Etat chargé de la Gendarmerie Nationale ¹⁰⁶.

Actuellement, de grands points de vente illicite sont connus et fréquentés par la population, au vu et au su des autorités. Des actions de répression ont été effectuées depuis 2002, mais les résultats restent encore largement insuffisants. Le Ministère chargé de la Santé devait saisir les ministères chargés de la répression pour pouvoir agir. Ainsi est né en 2009, le Comité National de Lutte contre le Marché Illicite des Médicaments (Membre du CNLMIM).

¹⁰⁶ Arrêté n°04.220/2011/MSANP portant nomination des membres du Comité National de Lutte contre le Marché illicite de Médicaments.

Ce comité naît alors de la volonté d'appuyer Ministère de la Santé Publique en matière d'activités de répression contre le marché informel. Quelques comités régionaux ont été créés depuis, à savoir, Haute Matsiatra, Atsinanana, Analanjirofo, Betsiboka Vakinankaratra et Itasy.

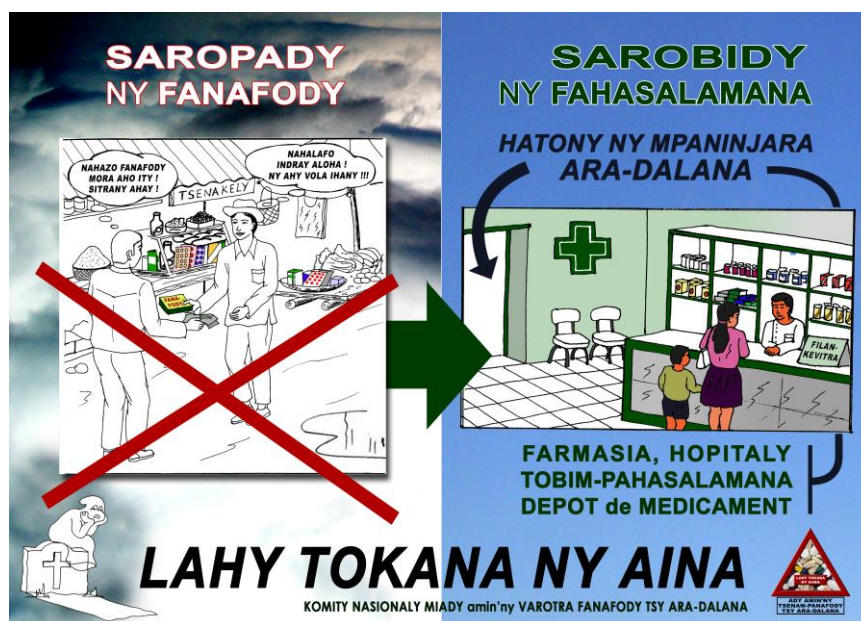


Source : présentation du CNLMIN, Congrès de la Fédération pharmaceutique de l'Océan Indien (FPOI)

Depuis sa création en 2011, quelques opérations de saisies ont été menées, comme l'illustrent les photos ci-dessous. L'Ordre National des Pharmaciens mène régulièrement des sensibilisations auprès des populations par diffusion d'affiches à apposer dans les bureaux des *fokontany*, au niveau des établissements hospitaliers de la capitale et les grandes villes des provinces, ou de messages diffusés à la télévision ou la radio.

Qu'elle soit effective ou non, la répression et les nombreuses rumeurs qui circulent quant à l'efficacité des médicaments qui y sont vendus (faux médicaments, médicaments périmés, contrefaçon, etc.), s'illustrent par la méfiance dont fait preuve la clientèle : vérification quasiment systématique des dates de péremption et inspection des boîtes d'emballage de médicaments. Pour légitimer leur pratique face à cette crainte, les vendeurs proposent les notices correspondant aux médicaments, même si ceux-ci sont vendus par comprimé ou tablette. « *La notice de médicament constitue entre les mains de l'utilisateur le document de référence dans lequel se trouvent explicitées les "obligations" réciproques du dispositif et de son utilisateur* » (Akrich, 1995 : 132).

L'affiche ci-dessous, utilisée comme matériel de sensibilisation par le Comité National de Lutte Contre le Marché Informel, indique les dangers (en l'occurrence la mort, illustrée par un personnage sur une tombe) que peut constituer l'acquisition de médicaments « *tsy aradalana* » soit littéralement « qui ne conviennent pas à la loi » (traduit par « illicite » par les acteurs institutionnels) au niveau des épiceries (*tsena kely*) et des vendeurs de rue.



2. La profession pharmaceutique en tension : un débat sur l'hologramme

Selon nos interlocuteurs institutionnels et ceux issus du secteur privé et public de distribution pharmaceutique, « *la contrefaçon pharmaceutique n'est pas un vrai sujet pour Madagascar* » au sens où selon lui, cette question ne présentait pas un problème majeur pour Madagascar. Pourtant, les coupures de presses ci-dessous et les discours des chefs de file de la lutte contre le marché informel font état de l'existence de ce phénomène Madagascar. L'argument de l'existence de médicaments falsifiés est largement avancé par les pouvoirs publics pour légitimer les actions de lutte contre le marché informel.

Force est de constater que nous nous trouvons à Madagascar face à une position globalement contradictoire quant au phénomène de la contrefaçon pharmaceutique : d'une part les acteurs de la profession pharmaceutique (pharmaciens, grossistes, AGMED), sans nier les

modes de conservations douteux sur le marché informel du médicament, font état d'une absence ou tout au moins d'une rareté de contrefaçons pharmaceutiques sur le marché malgache durant nos entretiens. D'autre part, comme l'indiquent les coupures de presses reprises ci-dessous, dans le cadre de la lutte contre le marché informel les mêmes acteurs et les médias relayent fréquemment la question de la contrefaçon, attestant cette fois l'existence de médicaments falsifiés sur le marché informel malgache. L'étude réalisée par Al Dahdah et Quet se basant sur des entretiens réalisées au Kenya et en Inde démontre que les médias (télévision & presse) ne sont pas innocents face à l'existence des controverses sur les faux médicaments (Al Dahdah et Quet, 2013). Selon ces auteurs, il existe au Kenya notamment des enjeux autour de la préservation du marché de médicaments de marques, « *la définition donnée par la loi à la contrefaçon brouillait la distinction entre médicaments contrefaits et médicaments génériques, et menaçait de ce fait l'importation de médicaments génériques* » (Al Dahdah et Quet, 2015 : 4).

Le marché informel du médicament à Madagascar décrit par la presse



La formulation du problème public des faux médicaments génère des controverses à Madagascar, auxquelles participent les médias. En effet, depuis le mois d'avril 2015, un débat sur la mise en place d'un système de traçabilité sécurisée des médicaments pour lutter contre la contrefaçon a secoué le secteur pharmaceutique malgache. Une polémique oppose pharmaciens, grossistes pharmaceutiques, Agence du Médicament et Ministère de la Santé autour de la question de l'efficacité de cette stratégie, de l'augmentation du prix répercuté sur le médicament, de la responsabilité de la mise en œuvre de ce nouveau système. Ce débat est révélateur de tensions inhérentes au secteur pharmaceutique, révélateur également des différents enjeux poursuivis par les acteurs du secteur pharmaceutique à Madagascar.

Le 28 avril 2015, le Ministère de la Santé a signé une convention de partenariat avec AMETIS, succursale malgache de l'industrie française « Hologram industries »¹⁰⁷. L'objectif de cette nouvelle stratégie, tel que présenté par le Ministère, est la lutte contre la contrefaçon à Madagascar. Les discours autour de cette nouvelle stratégie associent la notion de contrefaçon à la vente informelle de médicaments. L'exemple de réussite de la lutte contre la contrefaçon en Malaisie via cette stratégie est souvent souligné dans les discussions. Techniquement, un code couleur sera apposé sur les médicaments en fonction de leur canal de distribution : secteur public, secteur privé, dons. Selon cette logique, les médicaments sur lesquels n'apparaît aucune étiquette aura échappé à la procédure d'enregistrement et sera plus facilement visible. Cette signature a été apposée sans prise en compte de l'avis de la profession pharmaceutique malgache (grossistes et pharmaciens).

Suite à la signature de la convention, les acteurs pharmaceutiques mécontents de ne pas avoir été consultés se sont réunis avec le

¹⁰⁷ SURYS, anciennement Hologram Industries, est une entreprise française de technologies de lutte anti-contrefaçon. Elle sécurise notamment les documents d'identité, les billets de banque, les étiquettes de taxes et assure l'authenticité et la traçabilité des documents et des produits.

Ministère de la Santé Publique et « Hologram Industries » afin d'évoquer les différents obstacles à cette stratégie : lourdeur de sa mise en place (il n'a pas été défini à qui revenait la charge de coller les étiquettes sur les boîtes), responsabilité (puisque'il est question ici de modification de l'emballage des médicaments, dont la responsabilité revient aux laboratoires uniquement), et répercussion des coûts de ces hologrammes sur le prix du médicament. Par ailleurs, la pertinence de cette stratégie a été questionnée, étant donné que dans certaines pharmacies et au sein du marché informel, les médicaments sont vendus par plaquettes, voire même par comprimés (épiceries) et non dans leurs boîtes, sur lesquelles il est prévu que figurent les hologrammes. Au moment de nos analyses (2016), la mise en place de cette mesure est en cours de négociation. « Hologram Industries » rencontre tour à tour les acteurs pharmaceutiques afin de désamorcer le débat et de trouver un consensus pour l'application de cette nouvelle mesure. L'issue de cette controverse est encore incertaine, son application est en suspension. Le contrat entre l'entreprise et le Ministère de la Santé Publique a été signé, mais le texte est passé pour validation au niveau de la présidence.

Cette stratégie repose notamment sur le postulat de l'existence de contrefaçon pharmaceutique à Madagascar. Pourtant à ce jour, aucune indication ne montre l'existence de médicaments contrefaits, tout porte à croire justement le contraire.

Enquêteur : Selon vous, quelles étaient les motivations du Ministère de la Santé à signer aussi rapidement cette convention concernant les Hologrammes ? Enquêté : Je pense que ça part d'une volonté de montrer au peuple que le MINSAN est actif dans la lutte. Puis peut-être il y avait des enjeux économiques derrière. Selon moi, le ministre a été mal conseillé (car je le connais et je le trouve bien meilleur que les précédents). Mais il s'est trompé car il est parti du principe que le marché illicite se base sur la

contrefaçon, alors qu'il n'y a pas eu d'études réalisées pour évaluer l'état du marché (Pharmacien).

A ce sujet, certains interlocuteurs de la profession pharmaceutique ont clairement attesté que les médicaments du marché informel proviennent du circuit formel, ce sont des médicaments qui ont été soumis aux procédures d'enregistrement et qui ont reçu l'autorisation de mise sur le marché. Ils échappent à ce circuit formel à certains niveaux de la distribution. La seule inconnue reste l'origine de cette fuite. Mais, nos interlocuteurs le soulignent, certains dangers inhérents au recours au marché persistent, en lien avec la dégradation du médicament - falsification des dates de péremption et mauvaises conditions de conservation et de stockage.

Des analyses physicochimiques peuvent être réalisées par le Laboratoire de Contrôle de Qualité des Médicaments qui fait partie intégrante du service de contrôle de qualité de l'AGMED.

Un document d'une page rédigé par deux laborantins qui ont dirigé l'étude constitue l'unique document que nous avons pu trouver à ce sujet. L'accès aux résultats de ces études est délibérément bloqué.

C'est une arme à double tranchant, si les résultats prouvent que ces médicaments proviennent effectivement du secteur formel, la pratique de vente sera légalisée (Pharmacien).

L'AGMED dispose des laboratoires pour le faire [analyses de la qualité des médicaments]. Mais les conclusions, même si elles sont de bon augure pour la population (il ne serait plus dangereux d'avoir recours au marché illicite) serait nocifs pour les CSB, les pharmacies. Donc j'imagine qu'on n'a pas envie de connaître ce genre de résultats (Acteur Institutionnel).

Il est intéressant de noter qu'au moment de la signature de la convention, le Ministère de la Santé Publique ne semble pas remettre en question l'existence du phénomène de contrefaçon pharmaceutique. Le spectre de la contrefaçon continue donc de planer, il est utilisé comme levier pour la lutte contre le marché informel (Baxerres, 2015). Les instances de lutte contre le marché informel ont tout intérêt à ce que le mystère reste réel. La profession pharmaceutique également. Car rappelons que l'agenda annoncé par le Ministère de la Santé Publique dans la mise en place de cette nouvelle stratégie est de tracer l'origine des médicaments de l'informel afin d'identifier où se trouvent les fuites. Les acteurs de distribution du secteur pharmaceutique privé qui pourraient être impliqués pourraient donc être identifiés.

Cet événement est intéressant, en ce qu'il cristallise plusieurs enjeux politiques et économiques autour du médicament. D'abord, à travers cette mesure concrète visant l'amélioration de la santé publique à Madagascar, le Ministère de la Santé démontre sa volonté de « donner un souffle nouveau » à la santé. Cette mesure est prise peu après la constitution d'une nouvelle équipe au Ministère de la Santé Publique, un nouveau plan de développement du secteur santé (2015-2019) s'apprête à être ratifié. Celui-ci décrit les « *besoins impératifs de réorganiser le futur du secteur santé face aux grands défis de redressement économique et social y compris sanitaire que le pays doit relever à l'issue de la crise sociopolitique qu'il a traversée. En effet, les efforts de développement sanitaire durant les deux dernières décennies ont été annihilés par les contextes de privation et d'instabilité politique vécus dernièrement* »¹⁰⁸. Mais la signature de partenariat entre le Ministère de la Santé Publique et « Hologram Industries » part d'un postulat apparemment erroné (contrefaçon) et ne tient pas compte de l'avis des acteurs leader du secteur pharmaceutique.

¹⁰⁸ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé Publique de Madagascar

D'autre part, l'évocation de ce nouveau système de traçabilité pousse les grossistes à renforcer une dynamique associative (défense de la profession) mais à la fois, il fait ressortir les mécompréhensions et tensions entre grossistes : où se trouve la fuite ? A ce titre, l'un d'eux me disait : « *Pourquoi fournir aussi bien les pharmacies et les clients informels, ils plantent un couteau dans le dos de leurs clients en approvisionnant également les points de vente informels, leurs concurrents* ». Les moyens de contrôle existants actuellement¹⁰⁹ ne permettent pas d'identifier la source de la fuite, car les intermédiaires à la distribution peuvent parfois être nombreux (par exemple : les grossistes vendent aux pharmaciens, les pharmaciens aux dépôts). Les chefs de file de cette nouvelle stratégie disent qu'elle permettra une meilleure traçabilité, mais il est difficile de croire que cet objectif est réellement réalisable.

3. Discours répressifs autour du marché informel du médicament

Un ensemble d'idées préconçues, véhiculées par l'ensemble de la profession pharmaceutique, mais également par les acteurs de la lutte contre le marché informel, contribuent à mystifier le marché informel du médicament. Certains interlocuteurs évoquent l'existence de « mini-usines » mises en place par les acteurs de l'« illicite » afin de reconditionner les médicaments, en changer les dates. De nombreuses rumeurs circulent quant à l'efficacité des médicaments qui y sont vendus (faux médicaments, médicaments périmés, contrefaçon).

Le discours répressif décrit un réseau mafieux, maintenu grâce à l'existence de personnes « haut placées » pour le protéger. De nombreux récits de menaces conférées contre l'un ou l'autre collègue pharmacien ou détracteur de la lutte m'ont été évoqués. En 2017, le Comité National de Lutte contre le Marché Illicite de Médicaments (CNLMIM) a désigné un nouveau président qui s'avère être un

¹⁰⁹ Numéro de lot, factures, contrats d'exclusivité entre grossistes et certains laboratoires, etc.

Général de l'armée, la première chose qu'il a faite après sa prise de poste, c'est de se munir d'une garde rapprochée en guise de protection contre les menaces.

La réalité est plus complexe que ce que décrivent ces discours. Le marché informel du médicament à Madagascar ne fonctionne pas comme un système unifié, dont les rouages fonctionneraient de manière synchronisée, avec des rôles bien définis et reconnus pour l'ensemble des acteurs qui le constituent. Cette pratique « illicite » telle que la nomment les acteurs qui y sont impliqués ou opposés, exige une grande flexibilité, une mise en mouvement régulière de ses acteurs, chaque rouage fonctionne de manière autonome et indépendante. Le business de médicaments n'est pas ce « réseaux mafieux » qu'on décrit souvent, il n'est pas un corps social hiérarchiquement organisé, avec à sa tête « des gros bonnets » et des ramifications à travers le pays. Comme l'indique Tarrius à propos de l'économie souterraine ayant lieu dans un quartier de Marseille, *« les initiatives commerciales de type souterraines sont plus souvent une réponse momentanément adaptée aux problèmes économiques, un bricolage, une négociation entre divers supports sociaux caractéristiques du projet migratoire initial, des modalités d'appartenance à la société d'origine, des mixités établies au cours de longues années de nomadisme, que la manifestation du passage irréversible vers un univers des « mafias », des sociétés occultes, ou pour le moins de la dualité »* (Tarrius, 1999: 5).

Il est vrai que certains grands noms sont connus, ces individus ont particulièrement bien réussi dans leur pratique, et exhibent volontiers les signes de leur réussite (véhicules, plusieurs points de vente à travers le pays, de nombreuses maisons). Mais cette pratique est plutôt le fait de stratégies commerciales individuelles, dont les réussites sont partagées entre membres d'une même famille. Si ces pratiques sont gérées de manière individuelle et autonome, il est intéressant de noter qu'elles restent le monopole des personnes originaires de la commune d'Imadiala.

En conclusion, ce marché est particulièrement flexible en ce qu'il s'adapte aux contextes socio-politiques changeants : approvisionnant dans les années 1970 les zones rurales, s'étendant ensuite à la capitale, il est aujourd'hui totalement accessible. A Ambohipo, des « intermédiaires » arborent des boîtes de médicaments visibles à l'œil nu, n'importe qui peut frapper à une boutique et se faire servir. Il n'en n'a pas toujours été ainsi. Dans les années 2000, la répression était grande. Un usager à la recherche de médicament contre l'asthme, en rupture de stock partout ailleurs, me raconte qu'il a trouvé porte close auprès de 4 premières boutiques, avant de parvenir à gagner la confiance d'un vendeur au bout de 2 heures de pourparlers. A ce moment-là, les uniques personnes à avoir accès au marché étaient des clients connus et fidélisés. La force de ce marché est donc son incroyable flexibilité, qui le fait s'adapter aux nombreux changements politiques.

Nous avons tenté tout au long des trois premiers chapitres de caractériser le système pharmaceutique malgache. Le chapitre suivant visera à la définition de différents types de modèles pharmaceutiques, et le positionnement du système pharmaceutique malgache.

Chapitre 4 : Le système pharmaceutique malgache : entre un système « libéralisé » et un système « administré »

1. Modèle français « administré » et modèle « libéral » anglo-saxon

Il est aujourd'hui reconnu que la forme que prennent les systèmes pharmaceutiques nationaux, issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés depuis, est influencée par une série d'éléments ayant largement trait à l'histoire : *« le pays colonisateur (sa régulation pharmaceutique), les conflits qui ont éventuellement marqué les pays, la zone d'influence à laquelle ils appartiennent aujourd'hui (langue, monnaie, communauté économique, si on prend le cas du Commonwealth par exemple) »* (Baxerres et al., 2016 : 22).

Il existe des différences notoires en matière de législation et de modes de distribution en vigueur entre pays. Dans la littérature, l'analyse des systèmes de distribution et de réglementation fait aujourd'hui l'objet d'études sociologiques et anthropologiques abondantes (Baxerres et al., 2016 ; Peterson, 2014 ; Quet et al., 2015). Ces travaux visent la comparaison des systèmes pharmaceutiques et revisitent la conceptualisation de la réglementation pharmaceutique, vue comme l'« assemblage de lois, de règles et de codes de conduite hétérogènes » (Quet et al., 2015).

Dans ses travaux visant notamment la comparaison des systèmes pharmaceutiques au Bénin, Ghana et Nigéria, et en s'appuyant sur une revue de la littérature importante, Baxerres identifie l'existence de deux types de modèles pharmaceutiques. Cette catégorisation comme outil théorique d'analyse des systèmes pharmaceutiques permet un rattachement des systèmes pharmaceutiques à l'un ou l'autre modèle, en fonction des spécificités qui le caractérisent. Aux Etats-Unis par exemple, où il n'y a pas de système de santé généralisé, une partie non négligeable des dépenses en santé est prise en charge par les usagers

(Baxerres, 2010 : 376). Etant donné le souci d'une recherche de médicaments à moindres coûts, les médicaments génériques sont reconnus dès les années 1960 aux Etats-Unis. En France par contre, les systèmes de sécurité sociale sont généralisés, les médicaments sont tout ou en partie remboursés, le malade a donc peu d'intérêt à opter pour les médicaments les moins coûteux. « Ces médicaments connaissent donc dès cette époque une promotion importante aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, où les industriels se spécialisent sur le créneau de la copie en raison des forts écarts de prix entre médicaments innovants et copies, alors qu'ils sont faiblement mis en avant en France » (Baxerres, 2010 : 382). En toute logique donc, les deux types de modèles de distribution promeuvent des types différents de médicaments.

Schéma 1 : Modèles de distribution pharmaceutique



Source : modèle réalisé sur base des informations dans Baxerres 2014

Dans le modèle français, le monopole du pharmacien prévaut, alors qu'il n'existe pas dans le modèle anglo-saxon libéral. Le prix des médicaments est fixé par les autorités publiques dans le premier modèle, tandis qu'il est librement fixé par le marché dans le second.

Le modèle « administré » a été mis en place en France en grande partie en raison de la généralisation du système de sécurité sociale ¹¹⁰.

Le second modèle, en vigueur dans les pays anglo-saxons est caractérisé d'abord par l'autorisation, pour les grossistes, d'être à la fois grossiste et détaillant. Toujours selon Baxerres, aux Etats-Unis et au Royaume Uni, les grossistes ne distribuent pas forcément l'intégralité des médicaments autorisés sur le territoire national. Le modèle libéral ne signifie pas une absence totale de l'Etat dans la régulation pharmaceutique, contrairement à la notion classique de libéralisme économique, pensée par les économistes du 18^{ème} et 19^{ème} siècles, selon laquelle « *l'Etat ne doit pas, par son intervention, gêner le libre jeu de la concurrence* » (Petit Larousse illustré, 2007, p. 631 in Baxerres 2014 : 397). En effet, au sein du modèle libéral, la distribution pharmaceutique continue à être encadrée par des réglementations nationales et internationales (Baxerres, 2010 : 397). La libéralisation peut s'appliquer à un domaine, la distribution ou la production par exemple. « *Il n'est pas question de suggérer par là que le modèle « administré » jouit d'une régulation de la part des pouvoirs publics de laquelle ne peut se prévaloir le modèle « libéral ».* Quelque soit le modèle pharmaceutique en place, il est le fait des autorités publiques qui régissent le territoire en question. Celles-ci, en fonction de plusieurs facteurs qui vont être précisés à présent, décident de mettre en place plutôt l'un ou plutôt l'autre des deux modèles » (Baxerres, 2010 : 379).

Dans ses travaux, Baxerres s'applique à comparer les modèles de distribution pharmaceutique à l'œuvre au Bénin, Ghana et Nigéria. Les recherches de Bureau-Point ont permis l'extension de cette comparaison au Cambodge également. Selon les analyses de l'auteur

¹¹⁰ Ce modèle a généré des effets pervers tels que le mode de conditionnement des médicaments, en France, inadapté à la durée des traitements, l'achat en trop grand nombre de médicaments par l'utilisateur puisqu'ils ne prennent pas en charge la plus grande part des dépenses en santé, la prescription d'ordonnances trop longues et peu tournées au départ vers le générique (Baxerres, 2010 : 386).

(Baxerres, 2010), le Bénin se rattache au modèle « administré » tandis que le Ghana répondrait davantage au modèle anglo-saxon « libéral ». Les recherches menées par Bureau-Point au Cambodge permettent de mettre en évidence un système qui emprunterait des caractéristiques aux deux modèles à la fois (Baxerres et al., 2016).

Schéma 2 : récapitulatif des informations concernant la distribution pharmaceutique au Bénin, Ghana et Cambodge

Bénin (9,9 millions d'hab, 112 622 km²) - le monopole du pharmacien prévaut - 243 pharmacies d'officine - 179 dépôts pharmaceutiques en milieu rural - nombreux vendeurs informels - 1 grossiste semi-public - 5 grossistes-répartiteurs privés - les grossistes doivent distribuer les 9/10^{ème} des produits autorisés dans le pays. Ils ne peuvent faire la promotion des médicaments	Ghana (24 millions d'hab, 239 460 km²) - pas de monopole du pharmacien - 2175 pharmacies d'officine - 10 324 OTC medicines sellers (drugstores) - très peu de vendeurs informels - 1 grossiste public - 242 grossistes privés - 398 grossistes privés qui sont aussi détaillants - les grossistes peuvent distribuer les produits d'une seule firme s'ils le veulent. Ils font la promotion des médicaments

Cambodge (15 millions d'hab et 181 035 km²)

- le monopole du pharmacien prévaut
- 1461 pharmacies d'officine qui peuvent être détaillantes comme grossistes
- 103 dépôts A (pour des pharmaciens assistants, 4 ans d'études) et 491 dépôts B (pour des infirmiers et sages-femmes à la retraite), autorisés suite au régime khmers rouges car il manquait de pharmaciens
- renforcement de la régulation depuis les années 2010, le secteur informel, auparavant important, se réduit
- 1 grossiste public
- 296 sociétés privées d'import-export qui peuvent importer les médicaments d'une seule firme si elles le veulent

Source : Baxerres et al., 2016 : 24

Ces schémas récapitulatifs des informations concernant la distribution pharmaceutique dans trois pays, nous permettent aisément une comparaison, au regard de la définition de « modèle administré » et « libéral » émise par Baxerres.

Schéma 3 : la distribution pharmaceutique à Madagascar

Madagascar (22 millions d'habitants 587 000 km²)

- Le monopole du pharmacien prévaut
- 219 pharmacies d'officine
- 1642 dépôts de médicaments
- Nombreux vendeurs informels
- 1 grossiste public
- 36 grossistes privés
- Les grossistes ne distribuent pas forcément l'intégralité des médicaments autorisés sur le territoire

Source : auteur

En termes de population, Madagascar se situe entre le Bénin, le Cambodge et le Ghana. Pourtant, le nombre de pharmaciens est à Madagascar presque égal au nombre de pharmaciens au Bénin, et largement inférieur à celui des deux autres pays. La superficie de Madagascar est par contre largement supérieure aux trois pays considérés plus haut. Les dépôts de médicaments sont des acteurs communs au Bénin et à Madagascar, on ne les retrouve pas dans les deux autres pays.

Les différentes caractéristiques de la distribution pharmaceutique à Madagascar décrites plus haut, nous conduisent à le rattacher à la fois au modèle « libéral » et au « administré ». En effet, d'une part, de même qu'au Bénin, le monopole du pharmacien prévaut (malgré l'existence des dépôts de médicaments qui sont, selon le Code de la Santé, sous tutelle d'une pharmacie). Comme l'indique l'ancienne directrice du Comité National de Lutte contre le Marché Illicite de Médicaments (CNLMIM), *« le monopole du pharmacien, inscrit dans le Code français de la Santé publique, est repris dans la législation de divers Etats d'Afrique francophone, mais assorti de dérogations quand la couverture pharmaceutique est insuffisante. Il est alors octroyé des autorisations officielles de vente de médicaments en l'absence de pharmacien »*. C'est le cas à Madagascar.

L'Etat fixe un tarif maximum pour la vente de médicaments, ainsi que les marges bénéficiaires pour les distributeurs aux différents échelons de la distribution. Toujours relativement au même modèle, les grossistes ne sont pas autorisés à être à la fois grossistes et détaillants. Ces caractéristiques tendent à en faire un modèle « administré ».

Le nombre important de grossistes importateurs autorisés à importer une partie seulement des médicaments relève par contre plutôt du modèle anglo-saxon, à savoir donc le modèle « libéral ». De même, l'importance du secteur privé qui détient en valeur 75% du marché de la distribution pharmaceutique malgache, l'hétérogénéité du prix des médicaments finalement fixés également par les lois du marché, tout

en restant dans un cadre règlementé par l'Etat, tendent à rapprocher Madagascar de ce dernier modèle de distribution. La concurrence dans la délivrance des médicaments peut donc s'exercer par les prix. En matière de distribution grossiste donc, le système pharmaceutique malgache semble répondre plus fortement aux règles d'une distribution libérale. Enfin, un autre argument qui situerait Madagascar davantage dans un modèle « libéral » est la possibilité pour les grossistes de réaliser la promotion de leurs produits pharmaceutiques.

2. Quelles conséquences sur l'approvisionnement en médicaments à Madagascar ?

La superposition à Madagascar du modèle « libéral » au « modèle administré » favorise aujourd'hui de plus en plus l'approvisionnement du pays en médicaments génériques peu coûteux provenant des firmes asiatiques. L'ouverture du marché pharmaceutique aux pays émergents d'Asie producteurs de génériques, notamment via la Centrale d'achat SALAMA, a permis l'approvisionnement du marché malgache en médicaments « bons marchés ». Les médicaments génériques peu coûteux parviennent donc directement aujourd'hui dans les circuits privés et publics de distribution de médicaments à Madagascar.

Au moment de leur apparition à Madagascar, les médicaments génériques ont été difficilement acceptés par les prescripteurs et les pharmaciens alors même qu'ils constituaient dans un contexte économique difficile, un avantage indéniable. Pour preuve, ce n'est qu'en janvier 2007 qu'un arrêté a été publié autorisant les pharmaciens d'officine à substituer les spécialités prescrites par ordonnance médicale par leurs équivalents génériques¹¹¹. Si une majorité des principaux grossistes répartiteurs à Madagascar importait jusqu'à peu majoritairement des spécialités (l'un d'eux étant connu

¹¹¹ Arrêté n° 462/2007 du 09 Janvier 2007 autorisant les pharmaciens d'officine à substituer les spécialités prescrites par ordonnance médicale par leurs équivalents génériques.

comme étant spécialisé dans l'importation d'une large gamme de génériques, à défaut des autres grossistes dont une majeure partie des commandes était plutôt constituée de médicaments de spécialité), ces mêmes grossistes font aujourd'hui preuve d'une volonté d'élargir la gamme de génériques.

A l'intérieur même de la catégorie « médicaments génériques », les acteurs du secteur pharmaceutique privé à Madagascar ont nettement différencié les médicaments en provenance de laboratoires en Europe, et les génériques indiens et chinois, plus susceptibles selon eux de faire état de mauvaise qualité. A ce sujet, un grossiste répartiteur nous raconte une anecdote parlante :

Au congrès des pharmaciens qui a eu lieu cette année à Madagascar tous les grossistes ont leur stand. Un homme est venu me demander pourquoi mes génériques sont plus chers que les autres (mais reste quand même 30 à 40% moins chers que des spécialités). Par exemple l'albendazole était plus cher. Il m'a demandé « Pourquoi vouloir aller à Antsirabe en rolls royce quand on peut y aller en 4L » ? (Grossiste répartiteur n°4).

Ce pays a besoin de médicaments bon marché mais certaines entreprises pharmaceutiques font du lobbying pour que leur médicament soit le seul prescrit. Aujourd'hui certains génériques français sont hors de prix. Les génériques indiens et chinois ont un meilleur prix. [...] Les Chinois, ils font ce qu'on leur demande, si on leur demande de faire des boîtes de médicaments où il est écrit « amoxicilline 500mg » mais de ne mettre que 50 grammes dedans, ils vont le faire, ils n'ont pas de scrupules. Mais c'est la même chose avec les jouets en plastique (Grossiste répartiteur n°4).

Ces extraits d'entretien indiquent comment les types de médicaments vendus par les grossistes répartiteurs les différencient les uns des autres. La suspicion à l'égard des génériques asiatiques évoquée dans le second extrait d'entretien se retrouve également dans le discours des usagers, comme nous le verrons dans la quatrième partie de ce travail.

Pour les grossistes, l' « entre deux » dans lequel se trouve la distribution pharmaceutique malgache met en péril la rentabilité de leur entreprise, ils se trouvent en effet pris en étau entre un fonctionnement de marché, et un fonctionnement pourtant régulé.

Conclusion : Mise en avant de la valeur marchande du médicament

A mi-chemin entre un modèle « administré » et « libéral »

Il est fréquemment admis que la libéralisation du secteur pharmaceutique pourrait entraîner l'amélioration de l'accès aux médicaments¹¹². Ce phénomène s'accompagnerait, par le jeu de la concurrence, d'une baisse des prix des médicaments. Les opposants à cette ouverture du secteur mettent en évidence les potentiels problèmes de santé publique entraînant la « *proéminence du commerce sur la santé. La nature de l'activité pharmaceutique, par elle-même complexe car dotée d'un caractère dichotomique, nécessite une recherche d'équilibre associant ces deux forces dissemblables* » (Debarge, 2011 : 195). Sont craints également les potentiels problèmes concurrentiels liés à la concentration du secteur qui pourrait résulter de sa déréglementation (via la constitution de chaînes de pharmacies comme au Royaume-Uni ou aux États-Unis)¹¹³. En Europe, le développement de la vente de médicaments OTC (« over the counter » soit en vente libre) et les débats autour de l'automédication et du libre accès des usagers aux produits pharmaceutiques (Fainzang, 2012) fait rage, les modalités de la distribution du médicament sont en train de connaître un grand bouleversement.

Le système de santé malgache, hérité de la colonisation française, dispose de caractéristiques communes avec le système « administré » : monopole du pharmacien, importance de l'Etat dans la régulation de la distribution. Cependant, nos résultats montrent qu'en termes de distribution pharmaceutique, la libéralisation du marché pharmaceutique est en cours à Madagascar : promotion des

¹¹² <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2213f/3.2.html>

¹¹³ <http://thinkdextra.eu/les-enjeux-lies-a-la-liberalisation-de-la-distribution-du-medicament/>

médicaments par les acteurs de la production et de la distribution, concurrence au niveau des prix des médicaments entre les différents acteurs de la distribution, prix des médicaments finalement fixés en partie par le marché international.

N'ayant plus d'unité de fabrication de médicament au niveau national, Madagascar est aujourd'hui totalement dépendant du commerce extérieur en termes d'approvisionnement en médicaments. Comme nous l'avons vu, le secteur privé détient aujourd'hui les trois quarts du marché pharmaceutique malgache en valeur¹¹⁴. En 40 ans, le volume des importations par le secteur privé a connu un important développement. Le système pharmaceutique malgache constitué de trois secteurs de distribution : le privé, le public et l'informel, se situe donc pour toutes ces raisons à mi-chemin entre un modèle « administré » et un modèle « libéralisé ». Comme nous le verrons dans la partie suivante, les trois entités sont à la fois autonomes et interdépendantes en termes d'approvisionnement et de distribution.

Mise en valeur marchande du médicament

Une autre caractéristique ressort de nos analyses. A tous les niveaux de distribution, le médicament se dote d'une valeur marchande. Au niveau le plus bas de l'échelon sanitaire public, selon le principe de recouvrement des coûts, le médicament permet de financer le renouvellement des stocks et les frais de fonctionnement des centres de santé publics. Bien qu'ayant un statut d'association, la SALAMA fonctionne comme une société commerciale, payant ses taxes et développant son chiffre d'affaires. Pour les grossistes privés, la distribution pharmaceutique est réalisée en vue d'augmenter le volume des bénéfices, bénéfices mis en péril par leur soumission à deux cadres réglementaires opposés (loi du marché, réglementation étatique) comme nous l'avons vu. Pour rappel, les principales contraintes pour ces acteurs de la distribution pharmaceutique sont

¹¹⁴ Et non en volume.

l'inaccessibilité géographique d'une majorité des districts, la dépréciation de l'ariary et la lourdeur de la procédure d'enregistrement des médicaments.

Les secteurs formels et informels de distribution pharmaceutique, pris dans ces mécanismes de marché, font primer la valeur marchande du médicament au détriment de sa valeur thérapeutique. Nous avons donné l'exemple du désintérêt des firmes pharmaceutiques à demander des AMM pour les anti-cancéreux, dans un contexte de lourdeur administrative (pour l'enregistrement) et d'absence d'attractivité de ce pays, dont le marché pharmaceutique est considéré comme « trop petit ». Dans cet exemple, le médicament anti-cancéreux est perçu comme une marchandise permettant l'accumulation de bénéfices et non pas pris pour sa valeur thérapeutique. Cette réalité dont nous rendons compte ici n'est pas spécifique à Madagascar. Baxerres observe au Bénin : « *le phénomène qui est à l'œuvre à travers la structuration spécifique du système pharmaceutique béninois, est celui de la marchandisation (commodification en anglais) du médicament, entendu comme la prééminence de plus en plus prononcée de sa valeur marchande sur sa valeur thérapeutique* » (Baxerres, 2010 : 348).

Impact sur la distribution informelle de médicaments

Les différentes caractéristiques du système pharmaceutique malgache, tel que décrites dans cette partie constituent autant de « brèches », selon le terme utilisé par un interlocuteur, dans lesquelles vient s'engouffrer une offre informelle de médicaments. « *La demande ne rencontre plus l'offre* » tel que l'indique un informateur.

En effet, entre la prescription et l'acquisition des médicaments, il y a un fossé creusé par l'incohérence de certaines modalités de distributions de médicaments. Certains médicaments continuent d'être prescrits et/ou demandés par les populations (car ils ont par exemple prouvé leur efficacité lors d'épisodes de maladie précédents), alors

qu'ils ont été retirés du marché et ne sont donc plus disponibles via les modes d'acquisition formels. « *Moi-même il m'arrive de demander à des amis qui viennent de l'étranger de me ramener tel ou tel médicaments, ces médicaments doivent arriver d'une autre manière et sans AMM* » nous dit un pharmacien.

La partie suivante vise une analyse du marché informel du médicament, comme initiative d'économie populaire.

Partie III : Le marché informel du médicament, une initiative d'économie populaire

L'objectif de cette partie est l'analyse de la forme du marché informel malgache et des imbrications sociales et familiales aux fondements des pratiques de vente de médicaments à Madagascar.

Comme décrit plus haut, dans ce travail, la première porte d'entrée pour appréhender le phénomène de vente informelle de médicaments à Madagascar est le quartier d'Ambohipo situé à la capitale, reconnu au niveau national comme étant la plaque tournante de la vente informelle. Après quelques mois de terrain, il est apparu clairement qu'afin d'appréhender le phénomène dans sa totalité, un décentrement géographique était nécessaire. C'est donc en suivant le fil ethnographique de nos données que nous sommes partis d'une perspective au départ « locale » par l'analyse de l'organisation du marché informel d'Ambohipo pour aller jusqu'à la commune d'Imadiala, terre d'origine des vendeurs de médicaments installés à la capitale.

Ce détour par le lieu d'origine des commerçants d'Ambohipo nous a permis de caractériser les logiques sous-jacentes à la pratique de vente de médicaments. Nous verrons que les dynamiques et initiatives induites par cette pratique dépassent largement les logiques purement économiques et se fonde sur des réseaux de sociabilité autour de cette pratique.

Dans cette partie, le marché informel du médicament est appréhendé à l'aide du cadre d'analyse « polanyien » et vu comme un exemple emblématique d'initiative d'économie populaire. Les théories socio-économiques d'inspiration polanyienne permettent d'analyser les ressources multiples (marchandes et non marchandes) mobilisées par

les acteurs de la vente informelle et donnent une vision étendue de l'organisation socio-économique du marché informel à Madagascar.

En somme, nous tenterons ici de démêler l'enchevêtrement des logiques économiques et sociales qui sont à l'œuvre dans l'exercice de l'activité marchande de vente de médicaments à Madagascar. Pour ce faire, nous nous centrerons sur l'organisation sociale de l'approvisionnement et la commercialisation du médicament, les formes de solidarité dans les échanges entre vendeurs, les modes de réciprocité et les principes de redistribution qui fondent ces échanges. Nous verrons que les transactions entre acteurs de ce marché sont à la fois matérielles et symboliques ; les interconnexions entre individus acteurs de ce marché s'encastrent plus largement dans des réseaux sociaux visant finalement la reproduction d'un cadre de vie, outre l'accumulation matérielle.

Chapitre 1 : Contextualisation de l'émergence du marché informel du médicament à Madagascar

Après avoir cadré la notion d'économie populaire d'un point de vue théorique dans la première partie de ce travail, ce chapitre visera son application à notre terrain de recherche. L'analyse des pratiques de vente et d'achat de médicaments sur le marché informel à Madagascar nous conduit à décrire d'une part l'émergence d'une économie dite « *informelle* », en référence aux auteurs qui analysent ce phénomène, à Madagascar, et plus largement, l'historique des pratiques socioéconomiques relevant de l'économie populaire.

Si le marché informel du médicament existe à Madagascar, il n'existe aucune donnée officielle permettant de quantifier l'ampleur du phénomène, son origine, le type de médicaments qui y sont vendus et leur provenance.

Le marché informel du médicament pharmaceutique à Madagascar se déploie sous plusieurs formes, il est composé de plusieurs niveaux et

d'une multiplicité d'acteurs, travaillant au sein de divers réseaux : semi-grossistes, transporteurs de médicaments, d'acteurs impliqués dans la vente vendeurs (vendeurs spécialisés dans la vente de médicaments au gros et au détail, colporteurs/marchands ambulants, vendeurs non spécialisés dans la vente de médicaments, les épiciers par exemple). Le secteur informel est intrinsèquement articulé aux secteurs formels privés et publics en ce que ce sont ces derniers qui l'approvisionnent majoritairement.

Chaque réseau de vendeurs fonctionne indépendamment et dispose de ses propres voies d'approvisionnement et de distribution de médicaments pharmaceutiques. Comme nous l'avons déjà dit plus haut il ne s'agit pas d'un circuit informel fonctionnant comme un système unifié, il s'agit plutôt de plusieurs voies de distributions du médicament informel qui se déploient à travers différents niveaux de la distribution. Ce secteur se développe au sein de ce que Nsarahaza (1998) nomme le secteur informel de santé.

Si nos interlocuteurs s'accordent à fixer la date de l'apparition du marché dans le courant des années 1970, il n'existe pas de consensus autour du récit de l'émergence du marché. Qui en est à l'origine ? Est-il né d'une initiative « individuelle » ou « collective » ? Le marché informel de Madagascar est-il né « en une fois » ? Ou plusieurs événements plus ou moins synchronisés dans le temps ont contribué à son développement ?

Durant les trois décennies qui ont suivi la colonisation, l'organe régulateur en matière de distribution pharmaceutique est la Pharmacie centrale, comme décrit plus haut. Plusieurs interlocuteurs ont émis l'hypothèse que la gestion et la régulation de cette Pharmacie étaient peu transparentes : peu d'organes d'inspection et de contrôle de la distribution, monopole de la distribution pharmaceutique puisque la Pharmacie Centrale approvisionnait tant le secteur public que le secteur privé. Plusieurs acteurs institutionnels se sont accordés à dire que les directeurs de cette pharmacie provenaient tous d'une même

région, justement de celle d'où proviennent également les premiers vendeurs de médicaments du secteur informel. Selon eux, ces caractéristiques ont à cette époque induit ou tout au moins facilité les premières fuites de médicaments du secteur formel vers le secteur informel.

Tous les acteurs interrogés (institutionnels ou acteurs de la vente informelle) s'accordent à dire que le circuit informel est apparu à Madagascar en raison du manque d'accès aux médicaments, à l'instar du contexte d'émergence des marchés informels du médicament en Afrique de l'Ouest (Van der Geest, 1987; Baxerres, 2011). Durant la crise économique des années 1980, la vente informelle de médicaments s'est intensifiée. Aujourd'hui, si l'on en croit nos informateurs (vendeurs de médicaments, acteur du secteur public et privé), cette pratique ne fait que s'amplifier.

Il nous est apparu que la manière de se remémorer les éléments à l'origine du marché informel dépend de la position que détient le protagoniste. La première version qui nous a été racontée par plusieurs acteurs institutionnels, justifie l'apparition du marché informel en réponse à l'échec de la mise en place d'une politique communautaire de décentralisation de la distribution de traitements antipaludéens. Une seconde version de l'émergence du marché informel est commune aux différents acteurs actifs dans la revente informelle. Cette version ne connaît au sein de cette catégorie d'acteurs que de faibles variations. Les éléments constitutifs de ces récits sont essentiels pour la compréhension globale du phénomène de vente informelle de médicaments. Les second et troisième chapitres viseront l'approfondissement des éléments évoqués ici par les deux récits de l'émergence du marché à Madagascar.

1. Le marché informel né de l'échec d'une politique communautaire

Une première version, partagée par plusieurs acteurs institutionnels interrogés, décrit l'apparition du marché informel comme étant un « raté » dans la mise en place des politiques communautaires.

À Madagascar, une campagne de prophylaxie du paludisme, lancée en 1978 par le Ministère chargé de la santé, a permis la vente de chloroquine par les agents de santé villageois qui sont désignés par la population et qui, après l'arrêt du programme, ont élargi cette activité à leur propre compte pour devenir de véritables points de vente de médicaments non enregistrés. Sont apparus ensuite les vendeurs sur les marchés ainsi que les marchés ambulants. Par ailleurs, les épiceries de quartiers ont aussi commencé à détenir un minimum cinq médicaments, à savoir le paracétamol, cotrimoxazole, tétracycline, ibuprofène, aspirine (Un membre du comité de lutte contre le marché informel).

Ce pharmacien, membre du Comité National de Lutte contre le Marché Informel, questionne la politique communautaire visant la décentralisation de la prise en charge du paludisme. Cette politique, allant à l'encontre du monopole du pharmacien dans la pratique de dispensation des médicaments, puisqu'elle dote des non-pharmaciens de la capacité à dispenser des médicaments, serait donc à l'origine d'une « fuite » des médicaments hors des secteurs de distribution formels : outre les médicaments qu'ils sont autorisés à vendre, les agents communautaires auraient donc commencé à dispenser d'autres médicaments, rachetés sur fonds propres et vendus aux populations à leur propre initiative, causant la « fuite » des premiers médicaments des secteurs formels.

2. Une nécessaire « décentralisation sanitaire »

Un autre récit de l'émergence du marché informel est largement partagé par l'ensemble des acteurs de la vente du médicament à Madagascar participant au secteur informel. Il laisse entrevoir l'idée que dès son origine, le marché informel du médicament était caractérisé par différents éléments propres à son fonctionnement actuel. Il se fonde pour sa gestion et son organisation dès sa genèse sur une intrication de logiques familiales et marchandes.

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

25 août 2015. C'est tout à fait par hasard, alors que nous nous apprêtions à quitter le chef-lieu du district d'Ambositra à la fin de notre mission à Imadiala que ma guide d'origine Betsileo, par ailleurs résidente à Ambohipo reconnut un homme dans la rue. De taille moyenne, la soixantaine, tongs en plastique ; cet homme ressemblait à tous les autres passants. Elle ne parvint pas tout de suite à le resituer clairement : Quel était son nom ? Et son travail ? Était-il impliqué dans la vente ? Comment le connaissait-elle ? Par politesse elle le salua et après une brève explication de la raison de notre présence dans la région, cet homme se présenta : il était en fait Hasina, un des étudiants à l'origine du commerce informel du médicament dans les années 1970.

Pour les détails concernant cette version « altruiste » de l'émergence du marché informel nous nous appuyerons largement sur le récit que nous en a fait Hasina. Ce récit est particulièrement intéressant car il illustre parfaitement différentes caractéristiques et fonctions revêtues aujourd'hui encore par le marché informel malgache. Certains éléments du récit, notamment le rôle attribué aux étudiants comme premiers protagonistes de la vente informelle en 1970, ont été confirmés par les discours de vendeurs et personnes ressources à Ambohipo.

2.1. La vente informelle de médicaments née d'une initiative étudiante

Selon ce récit, les étudiants sont les principaux protagonistes à l'origine du marché.

Enquêteur : Comment a commencé le business¹¹⁵ du médicament ? Enquêté : J'étais étudiant en sciences à Ankatso. En 1975, j'avais des difficultés financières, mes parents ne subvenaient plus à mes besoins. Après un constat qu'en province les gens manquaient cruellement de médicaments, j'ai commencé à leur en amener. Je les achetais dans les pharmacies de Tana, trois pharmacies plus particulièrement et je les revendais en province. Petit à petit je commençais à avoir beaucoup de commandes. J'achetais par exemple un comprimé de nivaquine à 500 francs¹¹⁶ (0.02€), et je le revendais en province à 5000 francs (0.30€). Enquêteur : Et comment avez-vous eu connaissance des pathologies associées aux médicaments ? Enquêté : Durant mes études, j'ai fait un stage chez Farmad, un laboratoire pharmaceutique à l'époque implanté à Tana. J'ai pu me renseigner auprès des laborantins de savoir à quoi correspondait tel principe actif. C'est comme ça que j'ai appris les antidiurétiques, antihistaminiques (Entretien avec Hasina).

D'autres récits confirment que c'est effectivement sous l'impulsion d'un groupe d'étudiants nécessiteux qu'a débuté le marché informel à

¹¹⁵ Ce terme « business » ou plus justement « bizina » en malgache, est communément utilisé par les acteurs du marché informel pour renvoyer à leur commerce informel. Nous l'avons donc naturellement repris dans nos questions aux interlocuteurs.

¹¹⁶ Le passage des « francs malgaches » à l'ariary s'est fait en 2003. Mais aujourd'hui encore, une majorité de la population réfère aux francs et non à l'ariary (100 francs correspondent à 20 ariary).

Madagascar. Le premier quartier dans lequel ces étudiants-commerçants résidaient à l'époque était 67 Hectares (67Ha).

Ces étudiants étaient tous originaires d'une même commune, dans le district d'Ambositra. Les éléments explicatifs de l'émergence de ce marché oscillent entre des motivations à la fois altruistes et lucratives.

Tout d'abord il y a le constat de manque d'accessibilité et de disponibilité en termes de médicaments pour les populations des zones rurales. En 1982, durant la période « socialiste » à Madagascar, la pénurie de produits de premières nécessités (PPN) se renforce : riz, savon, médicaments deviennent des denrées rares. Le prix de ces produits connaît alors une grande flambée. Hasina évoque donc les mécanismes d'approvisionnement du marché informel : ses contacts en milieu hospitalier lui permettent, malgré la pénurie, de continuer à approvisionner en médicaments non seulement les zones rurales, mais également les pharmacies de la capitale. Notre interlocuteur évoque alors la source principale d'approvisionnement du circuit informel : les hôpitaux. Dans ce contexte, il cite également l'OSTIE comme autre source d'approvisionnement du circuit formel.

Comme les propos de Hasina l'indiquent, le marché informel naît d'une part du constat de l'aspect lucratif de la vente, d'autre part de la nécessaire « décentralisation sanitaire » permise par le circuit informel du médicament. Cette version de l'émergence du marché informel le situe donc comme un phénomène nécessaire de transfert d'activités (ici la dispensation de médicaments) du centre vers la périphérie, transfert permis au départ par l'initiative du jeune étudiant et renforcé ensuite, comme nous le verrons, par la mise en place d'un réseau familial destiné à acheminer les médicaments dans les zones les plus isolées.

Cette notion de « *décentralisation* », avancée par l'un des instigateurs du marché informel pour légitimer l'émergence de cette pratique mérite d'être approfondie. Selon Médard, cette notion renvoie à

différentes réalités, qu'il faut distinguer (2001 : 2)¹¹⁷. L'auteur distingue d'une part en effet la « *décentralisation géographique* » et la « *décentralisation fonctionnelle* ». La décentralisation géographique correspond selon l'auteur au transfert de la responsabilité des grandes fonctions publiques à des organismes locaux ayant compétence sur un territoire bien défini. En ce sens, cette notion correspond au sens français du terme « décentralisation ». La seconde se décline en plusieurs niveaux de décentralisation : la déconcentration¹¹⁸, la dévolution, la délégation et la privatisation. Dans le cas qui nous intéresse ici, le fondateur du marché informel rencontré rend plutôt compte d'une dimension de « *privatisation* »¹¹⁹, au sens où « *elle concerne le développement d'initiatives non gouvernementales, à but lucratif ou non, émanant d'individus, d'associations, de groupes et de communautés, qui visent à assurer des services de soins* » (Médard, 2001 : 3). En effet, l'objectif de la mise en place de circuits informels de distribution de médicaments, telle qu'avancée par Hasina, était bien l'amélioration de l'accès aux médicaments à prix abordables en milieu rural, dans un contexte où seules les pharmacies et formations sanitaires en dispensaient. Plus tard, le même objectif était poursuivi, mais à l'égard cette fois des populations en zones urbaines, et à Antananarivo plus particulièrement, au moment où la Grande Ile était

¹¹⁷ Cette typologie est utile, mais dans le même article, l'auteur nous met en garde contre son utilisation de façon rigide, car dans la pratique il est difficile d'éviter les chevauchements entre les différentes formes de décentralisation.

¹¹⁸ L'auteur définit ces différents niveaux de la sorte : On parle de « déconcentration » à propos d'un « transfert partiel de l'autorité administrative aux bureaux locaux d'un ministère central ». La « dévolution » suppose un transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales décentralisées qui disposent ainsi d'une autonomie vis-à-vis de l'administration centrale de la santé. La « délégation » se rattache au développement de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers, des centrales d'achat de médicaments, d'écoles de santé, ou la constitution d'entreprises parapubliques se situant en marge de la structure administrative centrale. (Médard, 2001 : 3).

¹¹⁹ Le terme « *privatisation* » n'est pas ici repris dans son sens strict, qui veut que la décentralisation se fasse au profit du secteur marchand, c'est-à-dire privé à but lucratif (Médard, 2001 : 3). Ce terme est utilisé au sens où c'est l'utilisateur qui supporte lui-même en totalité ou en partie les coûts des soins.

frappée par une pénurie de médicaments pharmaceutiques. La privatisation dans ce cas, apparaît comme la forme extrême de décentralisation, émanant d'initiatives individuelles et informelles, dans un contexte où le financement du système de santé n'est que très peu assumé par l'Etat. D'une part donc ce secteur se substitue à l'Etat. D'autre part, à travers la privatisation d'une partie de la distribution pharmaceutique via le secteur informel, la décentralisation se fait alors au profit du secteur marchand, dans un but lucratif, comme nous le verrons plus bas.

Cet extrait souligne un autre élément important : si le marché informel est au départ essentiellement orienté vers l'approvisionnement en médicaments des zones rurales, près d'une décennie après son émergence, il devient une voie d'approvisionnement à la capitale également. En effet, durant de longs mois de pénurie de médicaments en 1980 le circuit informel s'étend à la capitale.

2.2. A l'origine, une seule famille

Les récits relatant les débuts de la pratique de vente informelle de médicaments convergent tous vers l'idée que dès le départ, les réseaux de distributions sont constitués des membres d'une seule famille. Voyons ce que Hasina nous en dit :

*Enquêté : Voyant que le business marchait bien, j'ai placé des membres de ma famille aux 4 coins de l'île.
Enquêteur : Mais n'avez pas regretté d'avoir partagé ce filon prometteur à ces gens, eux qui maintenant ont des points de vente fixes et sont reconnus à Ambohipo ?
Enquêté : Non, je l'ai fait pour qu'ils puissent arrêter de travailler leurs champs, pour qu'ils développent quelque chose de plus rentable. C'est Dieu qui va me récompenser. Et même les gens que j'ai aidés me récompensent. Aujourd'hui je possède 1200 hectares de terres à Morondava. Beaucoup de gens m'ont remercié de l'aide que je leur avais donnée à ce moment-là. Si aujourd'hui*

j'ai besoin d'aide, ce sont ces familles-là particulièrement qui peuvent me faire crédit. Enquêteur : Aujourd'hui ces gens-là travaillent à leur propre compte. Vous avez créé donc votre propre concurrence ? Enquêté : Je l'ai fait pour le fihavanana, même si les volumes de médicaments vendus diminuent car il y a plus de vendeurs. Même s'ils ne me rendent jamais la monnaie de la pièce, je ne le regretterai pas Enquêteur : Aujourd'hui, êtes-vous encore actif dans la vente ? Enquêté : Oui, je viens parfois à Ambohipo. Je dispose de 5 dépôts, j'ai placé des membres de ma famille aux 4 coins du pays à la tête de ces dépôts. Actuellement je me ravitaille auprès de grossistes officiels pour tout ce qui est génériques. Les spécialités je les achète à Ambohipo, via des personnes qui reçoivent des médicaments de l'OSTIE (Entretien avec Hasina).

Cet extrait d'entretien souligne une particularité fondamentale du marché informel malgache du médicament : ce commerce naît en 1970 et se construit depuis lors en se fondant sur une collaboration entre membres d'une même famille. Dans le cas de Hasina, il revient régulièrement à la capitale pour être au plus près de ses contacts en milieu hospitalier et bénéficiaires de l'OSTIE, ces « fournisseurs » en somme. Il place aux quatre coins de l'île des membres de sa famille, permettant de faire le relais en termes de distribution de médicaments, entre le niveau central (la capitale) et la périphérie. A l'époque, ces personnes étaient alors dans le besoin : un neveu en échec scolaire, une nièce dont les parents agriculteurs parviennent à peine à survivre, un frère dans le besoin. Selon ce récit donc, dans ses fondements, le marché informel est né de cette entraide familiale. Cette pratique naît d'un contexte culturel valorisant de manière très poussée l'entraide familiale et les devoirs à l'égard de la famille : le *fihavanana* tel que défini plus haut.

Hasina évoque l'intérêt de ces « services » rendus aux membres de sa famille. Fonctionnant selon un système d' *atero-ka-aloa*, soit de « don

contre don », ce service justifiera en cas de besoin, un service donné réciproquement. Nous analyserons plus loin les spécificités de ce mécanisme, appliqué au commerce du médicament.

2.3. *Complaisance policière*

Un troisième élément qui ressort de ce récit est le rapport ambigu entretenu entre les vendeurs et les agents policiers de l'Etat.

Enquêteur : Vous n'avez jamais eu de problèmes avec la police ? Enquêté : A chaque fois que mes marchandises se faisaient contrôler, je disais aux policiers : « Vous êtes humains, vous savez qu'il y a des gens là-bas qui n'ont pas de médicaments, pourquoi vous m'interdisez de faire ce boulot ? ». De toute façon après ils peuvent toujours négocier car ils ont de l'argent. Depuis tout ce temps que je mène ce business, je ne suis jamais allé en prison. J'ai toujours négocié (Entretien avec Hasina).

Cet extrait évoque une certaine complaisance policière sans laquelle ce phénomène n'aurait pas pu prendre l'ampleur qu'elle a aujourd'hui. En effet, un cadre réglementaire existe et légifère les modalités de circulation du médicament sur l'île : le transporteur de médicaments doit être en mesure de justifier la circulation des produits pharmaceutiques par des factures, en provenance des grossistes formels. Mais en réalité ces lois sont peu respectées, puisque comme l'énonce Hasina : « depuis tout ce temps que je mène ce business, je ne suis jamais allé en prison. J'ai toujours négocié ». A l'instar de ce que Fassin décrit de la vente informelle au Sénégal dans les années 1980, la distribution informelle de médicaments dans l'espace des marchés urbains éclaire un phénomène paradoxal à Madagascar : illégal, ce phénomène se fait pourtant au grand jour (Fassin, 1985). Comme le décrit Fassin, la vente informelle de médicaments se caractérise par une « *clandestinité à visage découvert* » (Fassin, 1985 : 165). La pratique de vente informelle de médicaments reste cependant cachée, clandestine. Comme nous le démontrerons plus tard, c'est

précisément au nom de l'aspect « *illicite* » de la pratique que se monnaye l'immunité des vendeurs, dans un contexte règlementaire pénalisant cette pratique (Code de la Santé Publique).

Au fil des années, un savoir s'est constitué autour des « *grands noms* » du marché, ceux qui « *ont réussi* », ceux qui détiennent les grandes boutiques de vente. Les discours autour de la genèse de ce commerce mettent à l'unanimité en scène un mythe autour du commerce du médicament. Ce mythe érige le médicament au statut de marchandise autour de laquelle il est possible de se construire un commerce particulièrement lucratif, aux retombées tangibles.

Une personne est venue, elle a vu que ça marchait, elle a fait venir sa famille. A ce moment-là, circulaient au village des rumeurs que la vente de médicaments marchait bien. Si quelqu'un construisait une maison, revenait au village avec une voiture, c'était un signe que ça marchait bien et les autres le voyaient. Cela a incité les personnes à se lancer dans ce business. Déjà en 1975 quand j'étais petit on entendait au village qu'à 67 ha il y avait un business qui marchait bien autour du médicament (Membre de l'association Betsileo d'Ambohipo).

Ce mythe est donc basé d'une part sur l'édification du marché informel par un groupe d'étudiants, et d'autre part faisant du médicament une marchandise « *facilement commercialisable* » et particulièrement lucrative. Il est possible que cette vision ou ce mythe partagé par plusieurs interlocuteurs, soit au fil des années devenu un récit « *mythique* » au sens où les faits relatés sont peut-être davantage fondés sur la circulation d'histoires et de récits autour de l'émergence du marché informel, plutôt que sur des faits historiques réels. Quoiqu'il en soit, il est intéressant de noter que dans les imaginaires collectifs, le marché informel de médicament, comme système « *ad hoc* » d'accès aux médicaments, a vu le jour face à l'impossibilité du système pharmaceutique officiel de desservir en médicaments les

régions éloignées, thèse que nous défendons dans le présent travail. Car en effet, aujourd'hui, près de 50 années après son émergence, cette demande populaire en médicaments tant rurale qu'urbaine est toujours un des principaux moteurs de son existence et de sa pérennisation comme nous le démontrerons dans la quatrième partie de ce travail. Si à la capitale, l'offre de soins est rendue accessible et est relativement diversifiée, les recours aux soins des ménages sont soumis notamment à d'autres impératifs. Ce contexte d'émergence du marché informel qui viendrait pallier le manque de disponibilité en milieu rural dans les années 1970 paraît une raison plausible de la genèse de ce marché. En termes de couverture en médicament des zones éloignées, la situation a d'ailleurs peu changé.

Bien qu'ayant une portée dépassant largement les agglomérations urbaines, la pratique de vente informelle de médicaments est restée profondément urbaine, en ce qu'elle est ancrée à la capitale afin de profiter des sources d'approvisionnement : le secteur privé et public, le système de remboursement des frais de santé inter-entreprises (OSTIE, etc.) et les dons de l'étranger détournés, les vols, etc. La capitale est le point central à partir duquel sont acheminées les marchandises pour l'ensemble du pays par taxi brousse. Néanmoins, comme nous le verrons dans le troisième chapitre de cette partie, sans sa composante rurale jouant les relais en province, le commerce ne connaîtrait pas une telle ampleur aujourd'hui : marchands ambulants qui acheminent les médicaments dans les zones les plus isolées, dépositaires de médicaments, etc.

En conclusion, ce chapitre a permis d'identifier les divers éléments constitutifs de l'émergence du marché informel malgache à savoir : les problèmes liés à l'accessibilité et la disponibilité en médicaments en milieu rural, les articulations entre les secteurs formels et informels en termes d'approvisionnement en médicaments, l'existence d'un écart entre le cadre réglementaire et sa mise en pratique, l'enchevêtrement des logiques familiales et marchandes dans la pratique sur un fond de

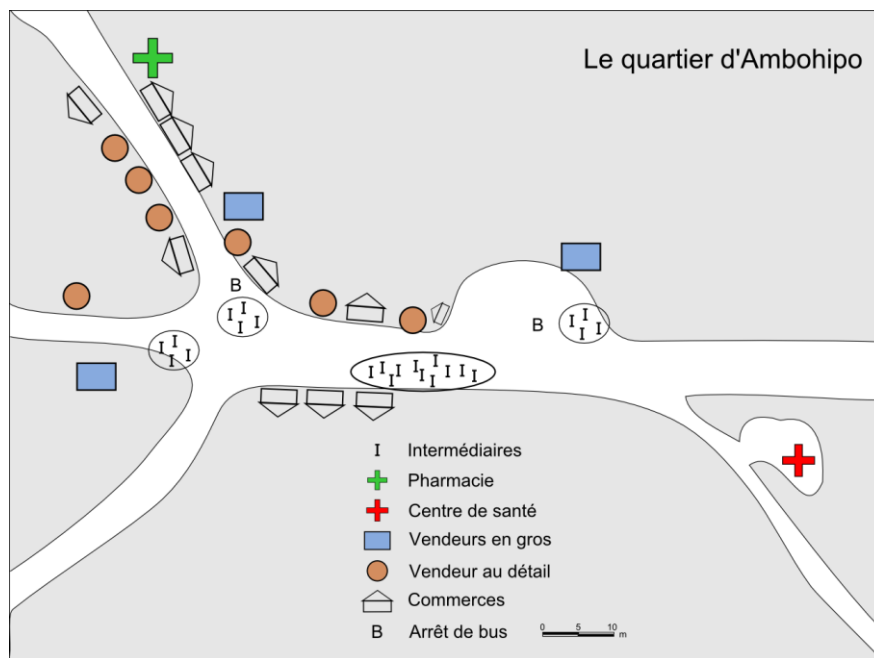
« solidarité ». Ces différentes composantes seront développées en profondeur dans la suite de ce travail.

Chapitre 2 : Ambohipo, organisation et fonctionnement

L'objectif de ce chapitre est l'analyse de l'organisation et du fonctionnement de la plaque tournante de la vente informelle de médicaments, installée à Ambohipo un quartier situé au Sud Est de la capitale Antananarivo.

Ce quartier abrite la cité universitaire et de nombreux commerces (boucheries, friperies, épiceries, quincailleries). Le quartier s'étend sur plusieurs kilomètres au nord et à l'est, mais la majeure partie des commerces de médicaments se trouve aux « trois chemins », un lieu-dit qui se situe au cœur du quartier d'Ambohipo.

Figure 6 : Cartographie du quartier d'Ambohipo



Cette carte, indiquant les différents lieux de vente et l'organisation des espaces de vente, est volontairement grossièrement tracée dans le but de protéger l'anonymat des vendeurs. Nous y voyons que le quartier

est bordé au nord par une officine pharmaceutique et au sud par un Centre de Santé de Base public, équipé d'un dépôt de médicaments. Deux dispensaires privés y exercent et trois docteurs privés y sont recensés au moment de notre enquête.

Cette carte indique également la répartition des espaces par type d'acteur de la vente. Les « grossistes » et « petits vendeurs », décrits plus bas, se répartissent sur l'ensemble du territoire, les « intermédiaires » (*mpanera*) également. Cette carte nous permet de voir que les boutiques des vendeurs (qui concordent le plus souvent avec leur habitation) sont installées dans un espace plus globalement dédié au commerce : quincailleries, vendeurs de légumes, friperies, épiceries, boucheries.

L'argent du médicament a fait pousser les seuls bâtiments récents du quartier d'Ambohipo, construits de part et d'autre de la route en terre qui mène à l'Université. Ces bâtisses aux vitres teintées (des habitations pour la plupart) dénotent dans un paysage fait de petites habitations de fortune, comme le montre la photo ci-dessous.

A Ambohipo, les rues fourmillent de monde à longueur de journée et de soirée, la moindre pluie inonde les trottoirs de déchets que les poules picorent ça et là. Dans une capitale relativement peu animée en soirée, Ambohipo est connu comme un lieu de fête, où les étudiants venus des provinces partagent bières et brochettes de zébu sur un fond de musique.

1. Différentes catégories de vendeurs

Comme nous l'avons suggéré plus haut, la vente de médicaments s'appuie fondamentalement sur les liens familiaux. A Ambohipo, quatre grandes familles se divisent l'espace du quartier¹²⁰. Le terme « famille » est entendu ici au sens de la parenté élargie – cousins, beaux-frères, ce que les interlocuteurs sur le terrain appellent la

¹²⁰ Nous sommes arrivés à ce résultat par élaboration rapide d'arbres généalogiques des vendeurs avec l'aide de mon assistante de recherche.

famille « lointaine » et la famille « proche », ils font partie d'une même famille élargie au sens où ils sont tous les descendants d'un même ancêtre.

Cette personne n'est pas vraiment ma famille proche, mais je suis sûre que si on fait le récit [c'est-à-dire si on regarde l'arbre généalogique], on trouvera qu'il fait partie de ma famille (Epicier, Imadiala)

Comme l'indique Andriamanandrisoa, « à travers le temps, les familles issues d'un ancêtre commun, devenues finalement des ensembles très larges, ont inventé des normes et des pratiques qui permettent de maintenir une certaine cohérence de ces ensembles » (2004 : 36). Ainsi, il existe au sein des familles élargies des vendeurs des normes et pratiques qui régissent les liens au quotidien, qui diffèrent que l'on participe à la famille élargie ou à la famille proche (la famille nucléaire). Pour le premier cas de figure (famille élargie), il y a par exemple la mise en commun des ressources et mobilisation des contacts en cas de problème avec la police, ne pas « voler » les clients d'un autre vendeur ou encore l'*atero-ka-aloa* en cas d'évènement heureux ou malheureux.

Ces familles sont toutes originaires de la commune d'Imadiala située dans la région d'Amoron'I Mania, dans le district d'Ambositra à 250 km au sud de la capitale. L'ensemble des vendeurs rencontrés (15) provient de cette zone géographique et les données récoltées donnent à penser que l'ensemble des vendeurs de médicaments d'Ambohipo sont originaires de ce district.

A Ambohipo, deux types de vendeurs de médicaments exercent leur pratique commerciale : les « *petits vendeurs* » et les « *grossistes* » ou « *demi-gros* »¹²¹. Dans l'organisation de la distribution de

¹²¹ Terminologie utilisée par les vendeurs d'Ambohipo. Le terme « grossiste » ou « demi-gros » réfère aux vendeurs qui disposent d'une grande variété de

médicaments informels à Ambohipo, une troisième catégorie d'acteur s'érige, faisant office de relais entre usagers et vendeurs, et entre « fournisseurs » et vendeurs. Ceux que nous nommons les « fournisseurs » constituent le lien entre les particuliers souhaitant revendre leurs médicaments (suite à une hospitalisation, un décès, un épisode de maladie) et les vendeurs informels, intéressés par l'achat de ces médicaments.

Pour la majorité, les vendeurs vendent exclusivement des médicaments. Mais certains complètent les revenus obtenus de la vente de médicaments par le commerce d'aliments (des « *cuisse de dame* » soit des beignets, jus naturels), du petit bois pour le feu, certains disposent d'un commerce attenant de produits d'alimentation à utilisation courante (qui sert parfois de « couverture » au commerce de médicaments) ou d'investissements immobiliers mis à la location et dont ils bénéficient des loyers mensuels.

Les petits vendeurs et « grossistes » partagent une origine commune. Ils sont des hommes et des femmes entre 20 et 55 ans, ils appartiennent à l'ethnie Betsileo. Ils constituent la première génération de leur famille à avoir migré, à résider à la capitale et à pratiquer le commerce du médicament.

Les deux catégories de vendeurs se différencient par la quantité de médicaments dont ils disposent pour la vente – les petits vendeurs disposent moins de références que les « grossistes ». Ils se différencient également par leurs sources d'approvisionnement en médicaments et par les types de médicaments vendus (spécialités ou génériques).

Les modes d'approvisionnement des vendeurs informels d'Ambohipo sont pluriels et ne suivent pas un circuit unique qui irait par exemple du circuit de distribution public au circuit informel. Chaque acteur de

médicaments. Nous continuerons tout au long de ce travail à les nommer comme tel, mais la mise entre guillemets permettra de les différencier des grossistes formels.

la vente dispose de ses propres filières d'approvisionnement qui dépendent des contacts au sein des grossistes formels, des réseaux à l'étranger, des réseaux de « fournisseurs particuliers », de contacts au sein des pharmaciens d'officines ou de médecins dans les formations sanitaires publiques, et encore du réseau familial impliqué dans la distribution pharmaceutique formelle et informelle à l'échelle du pays.

Pour ce qui est de l'origine des médicaments que l'on vend, il y a ceux qui ont de la famille à l'étranger qui vient ici à Mada et a trop de médicaments alors en repartant elle laisse les médicaments qui sont revendus ensuite. Il y a ceux qui ont de la famille au sein des grossistes répartiteurs à Mada et qui peuvent se servir dans les stocks. Puis il y a les patients à l'hôpital qui n'ont pas besoin de tous leurs médicaments alors ils les revendent ensuite (Vendeuse n°10).

La question de la provenance des médicaments mettait les petits vendeurs particulièrement mal à l'aise. Les « grossistes » eux abordaient plus facilement cette question. Nous verrons que le rapport inégal à l'illégalité de la pratique et le sentiment de légitimité de leur pratique se cristallisent justement autour de cette question de la provenance de leurs médicaments.

Les acteurs de la vente à Ambohipo sont indépendants les uns des autres. Mais nous verrons que des mécanismes de collaborations sont mis en place entre certains vendeurs. La solidarité et l'entraide dans la pratique de vente de médicaments restent cependant très rares, malgré le discours des vendeurs à ce sujet. Comme décrit plus bas, la régulation des espaces de vente permet à chaque vendeur d'avoir son périmètre d'action au sein du quartier.

La source des connaissances des vendeurs en matière pharmaceutique est principalement basée sur leur expérience en tant qu'apprenti lors du « stage de familiarisation » réalisé auprès d'un membre de la

famille, vendeur de médicaments. A cette occasion, les apprentis vendeurs apprennent les noms des médicaments, de leurs équivalents génériques ou de spécialité, ils apprennent également à associer les médicaments avec des symptômes. Les vendeurs expérimentés détiennent eux-mêmes ces connaissances via leurs clients ou amis médecins. Certains ont noté qu'ils avaient renforcé leurs connaissances par la lecture des notices vendues avec les médicaments.

La mobilisation des membres d'une famille par un individu pour l'appuyer dans la vente informelle de médicament se réalise de manière horizontale (entre membres d'une même génération) plutôt que verticale (dans un rapport éventuel de filiation).

Les « grossistes » eux détiennent en partie leurs savoirs par le biais des formations d'une durée de trois mois reçues auprès d'une pharmacie d'officine, à l'occasion de l'ouverture de leur dépôt formel de médicament dans les zones rurales. Cette expérience leur donne l'occasion d'observer les pratiques de vente de pharmaciens expérimentés et de les appliquer ensuite à leur commerce.

A la différence d'autres pays, où la publicité et la promotion de certains médicaments sont particulièrement dynamiques - le Nigeria et le Bangladesh par exemple (Bloom et al., 2011), ces canaux ne sont pas pour Madagascar des sources importantes d'informations concernant l'usage des médicaments pour les vendeurs informels et les usagers.

1.1. Les « petits vendeurs » : une catégorie hétérogène

a. Formes et fonctionnement des commerces tenus par les « petits vendeurs »

Les vendeurs enquêtés appartenant à cette catégorie pratiquent la vente de médicaments à Ambohipo depuis une durée variant de deux à dix ans. Le démarrage de leurs activités commerciales correspond

souvent au moment de leur arrivée à Antananarivo. Avant de se reconvertir à la vente de médicaments, une partie d'entre eux possédaient un petit commerce (épicerie principalement), d'autres étaient agriculteurs à Ambositra. Les femmes pratiquant ce commerce à Ambohipo y sont fortement représentées.

Derrière la dénomination « petits vendeurs » opèrent des catégories inégales de commerces quant à l'offre en produits pharmaceutiques proposée. L'ampleur de leur commerce peut varier fortement en fonction de la somme investie dans le commerce, des types de médicaments vendus et de la clientèle visée.

Si on décide de se spécialiser dans les génériques, les bénéfices seront plus petits mais le stock s'écoulera plus facilement. C'est comme pour les épiceries. Tandis que les spécialités rapporteront des bénéfices plus élevés mais ça se vend moins bien (Vendeuse n°10).

Les petits vendeurs travaillent seuls. Dans une volonté de maximiser les bénéfices, leur commerce est géré individuellement ou par deux ou trois membres de la famille.

Enquêteur : Pourquoi vouloir travailler seule plutôt que de rester avec votre cousin [qui vous a formé à la vente de médicaments] ? Enquêté : Les bénéfices sont plus élevés quand on est seuls. Les Betsileo aiment la collectivité, surtout en cas de décès. Mais pour ce qui est du business, on est plutôt individuels (Vendeuse n°11).

Ces vendeurs font à la fois office de « racoleurs » de leur clientèle et de vendeurs. Ils passent une majeure partie de leur temps assis devant leur maison, à discuter avec les passants et d'autres commerçants, à la recherche de nouveaux clients. Selon ces vendeurs, il n'est pas difficile de reconnaître un potentiel client : « souvent, il se promène et on voit bien qu'il cherche quelque chose » nous dit l'un d'eux. Le client potentiel est alors interpellé, et commence l'échange concernant

les besoins en termes de médicaments. Ces petits vendeurs travaillent principalement avec une clientèle fidélisée.

Leurs points de vente ne sont pas visibles depuis la rue, les marchandises sont stockées dans des cartons ou un meuble en pin parfois fermé à l'aide d'un cadenas, au domicile même des vendeurs. Les habitations sont exigües et comportent au mieux deux pièces (salon et chambre), la cuisine se fait à l'aide d'un *fatapera* (foyer à charbon de bois) à l'extérieur de la maison. Les médicaments sont rangés dans ces deux pièces de vie, à la différence des « grossistes » qui disposent leurs médicaments dans une pièce souvent louée à cet effet. Ceci présente un coût supplémentaire mais permet la séparation entre les pratiques commerciales informelles et la vie de famille. « *Je préférerais vendre mes médicaments ailleurs qu'à la maison, c'est trop risqué si la police vient faire une descente chez moi* » nous dit une vendeuse. La pratique de vente de ces petits vendeurs est donc fortement imbriquée dans la vie familiale, en ce que le lieu de travail, de stockage des marchandises est le même que le lieu de vie. Les petits vendeurs se sentent plus vulnérables que les « grossistes » face au contexte législatif réprimant la vente informelle de médicaments. Le nombre de médicaments dont ils disposent dépend fortement des vendeurs et varient d'une dizaine à une cinquantaine. Les produits les plus vendus sont disponibles en quelques exemplaires mais il n'est pas rare que les vendeurs soient en rupture de stock. Dans le cas où un médicament demandé par un client fidélisé vient à manquer, le vendeur se déplace lui-même auprès d'autres vendeurs.

L'avantage souligné par les interlocuteurs du commerce de médicaments, est qu'à la différence de l'épicerie, il ne nécessite pas d'avoir un fonds de commerce important :

Si je n'ai pas d'argent, je prends des médicaments à un collègue. Je les vends et je donne ensuite l'argent à mes collègues. Si j'ai de l'argent, alors j'achète des médicaments directement aux personnes qui viennent m'en

vendre. Si je ne parviens pas à vendre le médicament, alors je le rends (Vendeuse n°5).

Pour les petits vendeurs, cette pratique offre donc une grande flexibilité et peut être une source de revenus d'appoints, elle s'ajuste aux différents moments de la vie des vendeurs.

Toujours en comparaison avec le commerce de produits de première nécessité en épicerie, la marge de bénéfice occasionnée par la vente de médicaments semble être plus importante du fait notamment que la pratique de vente de médicaments ne nécessite pas la location d'un lieu spécifiquement dédié à cette pratique : « *Il ne faut pas « de porte », c'est-à-dire pas besoin de local, on n'a pas à payer de loyer* » nous dit une vendeuse.

L'avantage c'est que contrairement à l'épicerie, si tu as un million d'ariary [285€] à placer, c'est plus rentable de vendre des médicaments car les bénéfices qui y sont liés sont plus élevés dans la vente de médicaments qu'en épicerie où les bénéfices sont de 100 [0,03€] ou 200 [0,06€] ariary (Vendeuse n°10).

D'après nos observations, les petits vendeurs ne disposent pas de procédures de « systématisation » de leurs stocks et médicaments et de leurs ventes : liste des prix et des médicaments disponibles, carnet listant les médicaments vendus, carnet par client « fidélisé ». Pour les médicaments vendus couramment, ils connaissent de mémoire le contenu de leur stock, ainsi que les prix.

***b. Une solidarité souvent évoquée mais pourtant ténue :
au nom du fihavanana***

La concurrence est accrue entre vendeurs, les points de vente se concentrent tous de part et d'autre de deux rues qui constitue le quartier d'Ambohipo. Pourtant, aucune stratégie commerciale n'est mise en place par les vendeurs pour se différencier les uns des

autres ¹²² : par exemple, aucun message ne circule au sein du marché visant à promouvoir ou au contraire à décourager le recours à l'un ou l'autre vendeur. Les vendeurs ne font pas de publicités, d'incitation à l'achat. Ou encore, les marchandises sont simplement posées sur des étagères ou dans des cartons ou des armoires fermées plutôt que d'être disposées sur les étagères de manière à attirer le regard. Le seul levier mobilisé par les vendeurs pour attirer leur clientèle est le prix qu'ils proposent, sur lequel ils disposent d'une légère marge de manœuvre. Parmi les vendeurs et vendeuses, une seule a noté qu'elle essaye d'être particulièrement disponible pour sa clientèle, de donner des conseils et d'être à l'écoute, de lui réserver un bon accueil en diminuant par exemple un maximum le temps d'attente pour fidéliser sa clientèle.

Les liens de solidarité sont souvent évoqués dans les récits des vendeurs, alors qu'ils semblent au contraire totalement absents de leurs relations quotidiennes. Ils décrivent ces liens comme étant des liens d'entraide, notamment dans la pratique de vente ou plus généralement pour faire face à certains coups durs.

C'est l'entraide et non la concurrence. On est content quand chacun s'en sort. Mon cousin m'a hébergée, m'a formée, mais ça n'a pas fait de conflits. C'est le fihavanana (Vendeuse n°11).

Le *fihavanana* est une notion fréquemment mobilisée pour justifier l'apparente absence de tensions auréolant les relations entre vendeurs. Mais dans la pratique de vente, cette solidarité dont se targuent les vendeurs n'est pas perceptible. Chacun a son propre business qu'il gère de manière autonome et selon ses propres logiques. Après avoir appris les ficelles du métier au contact d'un membre de la famille, le vendeur s'installe indépendamment et à son propre compte. Si la logique marchande sous-tend les pratiques de ces vendeurs par la volonté clairement démontrée d'en faire un moyen de subsistance,

¹²² Au vu du poids du *fihavanana* pesant sur les relations sociales, la stratégie est peut-être justement celle de ne pas se différencier, de ne pas se faire concurrence.

l'absence de différenciation entre eux, ainsi que l'absence totale de stratégies visant à se faire une identité propre en tant que vendeur (publicité, installation attrayante des produits à la vente) traduisent plus globalement des modes de « vivre ensemble » prônés par nos interlocuteurs. Ce « vivre ensemble » se fonde fondamentalement sur le *fihavanana*, cette notion cimente les liens entre vendeurs. La possibilité d'accumulation individuelle se voit donc clairement refreinée par une volonté ou plutôt une nécessité plus globale de préserver l'union du groupe. D'après les vendeurs, les dimensions de solidarité familiales priment sur les dimensions économiques et commerciales. Cependant, comme nous le verrons, l'intrication entre ces différentes logiques se joue de manière plus complexe. Car si le *fihavanana* a souvent été cité pour caractériser les liens entre vendeurs, certains récits nous ont été racontés et montrent que ce principe de vie reste un idéal au sein des relations, que les enjeux économiques peuvent venir contrarier. Il arrive parfois que des conflits familiaux se prolongent dans les pratiques commerciales.

Les relations entre vendeurs d'Ambohipo oscillent donc entre une extrême méfiance, la nécessité de maintenir la confiance pour préserver le *fihavanana* ; entre une concurrence rude, l'impossibilité de se détacher du groupe ; entre le besoin de l'autre pour la survie et l'envie de l'accumulation pour soi.

Les logiques qui sous-tendent les relations entre vendeurs se combinent et s'alternent, l'une prévaut sur l'autre, dépendamment du stade de mise en place de leur commerce. Dans un premier temps, c'est la solidarité familiale qui prime : le vendeur réalise un transfert de son « savoir expérience » vers son parent. Durant cette période qui peut durer plusieurs mois, il forme son parent à la vente, le fait bénéficier de ses contacts. A ce stade, il produit donc lui-même littéralement sa propre concurrence.

Dans un second temps, le parent nouvellement formé s'autonomise et monte son propre commerce. Il identifie ses filières

d'approvisionnement, applique sa propre tarification, développe sa clientèle. Priment alors les dimensions commerciales et économiques de la pratique.

En filigrane, l'idée de l'individualisation de la pratique vient de la nécessité de ne pas mettre « *tous les œufs dans le même panier* », de s'assurer de sa survie personnelle et la survie du groupe à travers la diversification des commerces. Par le biais du transfert de ce « savoir expérience » du vendeur à son parent, le premier met en place un mécanisme de sécurité, à travers la « redevabilité » dont le parent fera preuve à son égard.

On s'entraide, on ne veut pas qu'il y ait de riches et de pauvres. Puis on pourra compter sur leur aide si besoin. Par exemple, si on travaille en famille et qu'on a tout en commun, tout le monde coule ensemble. Au moins, si chacun a son business, si l'autre coule, on peut l'aider (Vendeuses n°12 et 13).

Par conséquent, les vendeurs se retrouvent pris entre un type de solidarité dont ils ne peuvent se passer et l'envie d'accumuler pour soi qui, selon les termes de Laurent (2003), passe par l'individualisation de leurs pratiques commerciales. Car comme nous le verrons plus bas, ce qui compte réellement c'est le développement d'un capital social constitué des ressources individuelles mobilisées de manière collective pour maintenir l'unité dans le groupe. C'est grâce à ce capital social mobilisé par l'ensemble du groupe qu'un individu en difficulté pourra se tirer d'affaire. Seul, il ne disposerait pas des ressources nécessaires. En d'autres termes, les ressources prises individuellement ne valent rien. C'est précisément pour cette raison que la préservation des liens entre vendeurs est essentielle à la survie ; les rapports de concurrence et de méfiance entre les vendeurs sont donc redoutés. Ainsi, à chaque stade de la vente, les logiques marchandes, et les logiques d'entraide familiale s'opposent et se combinent.

Dans l'encadré suivant est relatée une illustration parfaite de la force induite par la mise en commun d'un capital social.

RECIT, NOTES ETHNOGRAPHIQUES

Il y a 10 ans, une descente de police a eu lieu dans un cabinet de « médecin libre » à Ambohipo. Le docteur, qui y vendait des médicaments, a été interpellé par la police. Son entourage s'est mobilisé pour l'aider. Ils ont mis en commun leur réseau de connaissances. Certains connaissaient des colonels, d'autres des généraux. Ils sont parvenus à négocier l'amende à la baisse. Il n'a pas été incarcéré. Il a fini par payer 3 000 000 de francs [800€].

c. Des circuits d'approvisionnement pluriels

Comme évoqué plus haut, chaque petit vendeur développe ses filières propres d'acquisition de médicaments. Leurs marchandises proviennent de différentes sources. L'une des sources d'approvisionnement de cette catégorie de vendeurs est constituée des fournisseurs. Durant nos entretiens avec les vendeurs, nous avons observé de nombreux va-et-vient de personnes munies de paniers remplis de médicaments, dans lesquels nos interlocuteurs puisaient des médicaments pour rachat.

Ces fournisseurs proposent tous types de médicaments (spécialités et génériques), et sous différentes formes : boîte entière, plaquette dont un ou deux comprimés ont été utilisés, etc. Ils passent à Ambohipo une à deux fois par semaine pour proposer aux vendeurs les médicaments dont ils disposent. Ces médicaments sont issus du secteur public et privé (hôpitaux, centres de santé, organismes de prise en charge de la santé des employés de certaines entreprises). Il arrive également que les vendeurs aient des accords avec des Malgaches qui, dans le cadre de leur travail, font des va et vient avec la France (du

personnel de compagnies aériennes par exemple, ou bien des Malgaches qui ont de la famille en France). Une autre source d'approvisionnement en médicaments pour ces petits vendeurs est les dons (détournement des dons destinés à des organisations caritatives). Par ailleurs, certains petits vendeurs acquièrent une partie de leurs médicaments auprès des « grossistes », dont nous parlerons plus bas. Enfin, la presse relaye de temps à autre des détournements de container de médicaments, en provenance de Tamatave. Ce mode d'approvisionnement du marché informel est souvent cité par les acteurs institutionnels pour expliquer l'origine des médicaments. Il n'apparaît pourtant pas comme étant la voie principale d'approvisionnement de cette catégorie de vendeurs. Ces détournements constituent un des points d'articulation entre les circuits formels et informels.

EXTRAIT D'ENTRETIEN – membre du comité de lutte contre le marché informel

20 mars 2017. En décembre 2016, un container d'un grossiste répartiteur a été volé. Trois camions se suivaient sur la route entre Tamatave et Tana, le dernier a disparu. La brigade a cherché le container et l'a retrouvé vide, à l'opposé de l'endroit où il avait initialement été volé. Pour retrouver les médicaments, une descente de police a été faite à Ambohipo, deux vendeurs ont été appréhendés, on a pris leurs stocks de médicament ça représentait beaucoup de médicaments ! Ils ont été condamnés à 30 mois de prison, mais avec sursis alors que la loi prévoit un emprisonnement d'office sans sursis. C'est étonnant quand même ! On a pu retrouver à quel grossiste appartenaient les médicaments volés, grâce aux numéros de lots sur les boîtes de médicament.

A ces circuits d'approvisionnement majoritairement nourris par le secteur formel, se rajoutent des mécanismes d'approvisionnement illégaux. Ce mode d'approvisionnement en particulier a très rarement

été notifié dans nos entretiens tant avec les vendeurs, qu’avec les autorités œuvrant dans la distribution pharmaceutique. Et pourtant, la disponibilité et la circulation à Madagascar de médicaments ne bénéficiant pas d’AMM révèlent l’existence de mécanismes d’approvisionnement du marché informel autres que ceux que nous analysons ici. L’Artane® par exemple, retiré du marché depuis 2013 pour des raisons de détournement d’usage à des fins psychotropes, et de « trafic » vers La Réunion notamment, ne dispose pas d’une AMM, il est pourtant en circulation à Madagascar, comme l’attestent les coupures de presse relatives à ce trafic transfrontalier¹²³. Parallèlement, certaines pharmacies à Antananarivo sont reconnues pour la facilité avec laquelle elles peuvent acquérir des médicaments par ailleurs non disponibles. L’explication souvent donnée à ce propos est la collaboration de ces pharmaciens à Madagascar avec des pharmaciens à l’étranger, leur permettant d’acquérir par cette voie les médicaments recherchés. Il nous a été noté que ces voies d’entrée (en masse ou en petite quantité) se font par exemple par le personnel des compagnies aériennes, dont les bagages ne sont pas soumis à un contrôle douanier, ou par des particuliers revenant de France, qui « graissent la patte » des douaniers afin que leurs bagages ne soit pas soumis à vérification¹²⁴. Ces voies d’entrées, à travers des pharmacies d’officine ou des vendeurs informels, permettent la disponibilité de médicaments qui par ailleurs n’ont pas d’AMM. Le

¹²³ Le dernier article en date sorti à ce propos, « Des cachets d’artane et des cartouches de cigarettes saisis », L’Express de Madagascar, 16 juin 2017, raconte la découverte de 7000 comprimés d’Artane® dissimulés dans le double fond d’un meuble en bois, saisis par les douaniers à La Réunion dans un conteneur en provenance de Tamatave.

¹²⁴ Etant donnée la prépondérance au sein des circuits informels de médicaments issus des secteurs formels via les mécanismes décrits ci-dessus, et la difficulté d’aborder la question de l’entrée par des voies illégales de médicaments sur le territoire malgache, nous nous sommes attachés à décrire plutôt les articulations entre les secteurs formels de distribution et les secteurs informels. Nous notons bien sûr que l’entrée de médicaments par des voies illégales à Madagascar existe mais il nous est impossible de mesurer l’ampleur de ce phénomène.

manque de contrôle et de suivi du système pharmaceutique malgache contribue à la possible circulation de ces médicaments.

1.2. Les « grossistes » : entre légalité et illégalité

a. Mode de fonctionnement

Les marchandises des « grossistes » sont rangées dans des espaces réservés à la vente, des boutiques propres et simplement meublées (une étagère, une table et une chaise de part et d'autre de la table pour le vendeur d'un côté, pour le client de l'autre). A la différence des petits vendeurs qui entreposent leurs médicaments dans leur lieu de vie, les « grossistes » disposent d'un local attenant à leur domicile ou à un autre commerce (épicerie par exemple) dont ils sont propriétaires également. Certains de ces lieux de vente, communément nommés « boutique » par les acteurs de la vente, sont meublés d'un banc pour les clients qui attendent leur tour. Un rideau peut être tiré devant les étagères afin d'en dissimuler le contenu.

Au contraire des petits vendeurs, les « grossistes » ont mis en place des procédures de systématisation de leurs ventes. Outre le système de notation des ventes dans des cahiers, les vendeurs ont formulé des procédures de gestion de leur stock : achat de médicaments dont la date de péremption est supérieure à deux mois, constitution de réserves en faible quantité pour les médicaments qui ne s'écoulent pas facilement, anticipation de l'approvisionnement en médicaments en fonction de la saisonnalité des maladies.

Je sais par exemple qu'en période cyclonique il y aura beaucoup de paludisme et de diarrhée, j'achète donc des médicaments pour ces maladies (« Grossiste » n°1).

Les principaux clients de ces « grossistes » sont les dépôts de médicaments informels situés aux quatre coins de l'île. Les « grossistes » d'Ambohipo échangent principalement par téléphone avec les clients qui résident en province : quelqu'un est chargé par

l'acheteur de récupérer la commande en main propre, la facture se règle alors directement entre les deux individus. Il arrive souvent que les colis de médicaments soient envoyés via des coopératives de taxi-brousse. Dans ce cas, la transaction ne se fait pas directement : les clients règlent leur facture via les services de transfert d'argent et de paiement, accessibles via la téléphonie mobile (Orange Money, MVola, etc.). Nous avons observé des « grossistes » en train de préparer de gros cartons de médicaments à destination d'un point de vente informel en province. Les observations au sein des dépôts de médicaments formels ont également démontré la vente en gros de médicaments, envoyés par cartons entiers par taxi-brousse dans d'autres points de vente.

b. Modalités d'approvisionnement : le rôle crucial des dépôts de médicaments

Les « grossistes » vendent principalement des génériques. Cette orientation dans le choix du type de médicament vendu est déterminée par le mode d'approvisionnement des points de ventes tenus par ces « grossistes » : les médicaments proviennent principalement de dépôts de médicaments formels, situés en milieu rural.

Il y a souvent des plaintes de la part des pharmaciens envers les dépôts, ils disent que ce sont eux qui sont à l'origine du marché illicite. Ce n'est pas faux. Mais c'est difficile d'avoir un dépôt à la campagne, les gens n'ont pas d'argent pour acheter des médicaments. Les dépositaires ont des difficultés pour faire vivre leurs familles, donc ils ouvrent un point de vente à Tana (Membre de l'association Betsileo).

Certains grossistes [formels] aussi sont impliqués [dans la vente informelle de médicaments]. Ils ne sont pas directement impliqués dans le sens où ils vendent à des dépositaires qui ensuite revendent sur le marché informel.

Mais ils devraient avoir la puce à l'oreille car des petits dépositaires qui vendent pour 50 millions d'ariary de marchandises [plus de 14 000€], pour une localité de 1000 habitants, ça paraît clair (« Grossiste » n°7).

Comme l'indiquent les extraits d'entretien, les « grossistes » sont en lien étroit avec le secteur formel de distribution pharmaceutique. Si les petits vendeurs bénéficient de médicaments issus du secteur privé ou public, ils s'approvisionnent à travers des relais incarnés par les fournisseurs décrits plus haut. Les « grossistes » agissent eux sans ces relais et les mécanismes d'approvisionnement frisent entre légalité et illégalité. En effet, le mécanisme est simple : un dépôt est ouvert avec autorisation d'exploitation délivrée par le Ministère de la Santé Publique. Le Code de la Santé prévoit que le dépositaire s'approvisionne auprès d'un pharmacien. Dans la pratique, les dépositaires se procurent leurs médicaments directement auprès des grossistes formels. Au moment de passer commande auprès d'un grossiste répartiteur, le dépositaire gonfle la liste de médicaments demandés, il commandera donc par exemple un nombre trois fois plus élevé de paracétamols qu'il n'en faut pour sa localité. A Antananarivo, un relais (souvent un membre de la famille) va chercher la commande auprès du grossiste formel muni de l'autorisation d'exploitation en bonne et due forme du dépôt formel. Il ponctionne ensuite une partie des marchandises pour son point de vente informel et fait acheminer le reste des médicaments vers le dépôt formel situé en milieu rural. Il s'agit souvent des membres d'une même famille. Les points de revente peuvent être multiples. Les grossistes répartiteurs et ces personnes « relais » chargées de récupérer la commande pour les dépôts de médicaments formels travaillent donc de concert pour l'approvisionnement des points de ventes informels.

Enquêteur : Tiana, vous ravitaillez des points de vente à Tana avec la patente de votre oncle. Lydia de votre côté, vous ravitaillez des marchands ambulants, toujours avec les marchandises achetées auprès du grossiste répartiteur

également grâce à la patente de votre oncle. Quand vous faites votre commande, le grossiste doit être étonné que pour une si petite localité, vous commandiez autant de médicaments ? Enquêté : *Non il n'est pas étonné, le grossiste sait (Vendeuses n°12 et 13).*

Comme l'indique cet extrait, le grossiste formel choisi de fermer les yeux, sans que cela ne le mette à mal vis-à-vis de la réglementation pharmaceutique, car la personne en charge de la récupération des commandes dispose bien des autorisations requises. Ils ferment les yeux sur le montant de médicaments demandés, même s'il dépasse largement les besoins de la localité. En ce sens, certains grossistes répartiteurs contribuent de manière indirecte à l'approvisionnement du marché informel. Il y a donc une réelle intrication des secteurs formels et informels.

Par ailleurs, certains propriétaires de dépôts alimentent plusieurs types de vendeurs : vendeurs ambulants, épiciers. Comme l'exemple de Bien-Aimé, un commerçant Imadien :

J'ai un dépôt à mon nom. Il se situe à 12 km d'ici. J'ai la patente. J'ai la licence, ça légalise ma pratique mais je n'ai pas du tout envie de gérer le dépôt, donc je laisse la gestion à quelqu'un d'autre. J'achète chez un grossiste répartiteur et je revends à plusieurs types de clients : les marchands ambulants – ça rapporte beaucoup. Ces vendeurs ravitaillent des zones très très enclavées, ils revendent aux épiciers. Ensuite il y a les dépôts, puis j'ai un stand aussi sur le marché communal. Je fais également des ventes à domicile (Commerçant d'Imadiala).

Notre démonstration prouve que les médicaments vendus par ces petits vendeurs et « grossistes » proviennent majoritairement du secteur formel, essentiellement privé. Pour corroborer ce résultat, il nous est arrivé d'observer au sein des points de vente informels tenus

par des « grossistes » des cartons avec l'en-tête d'un grossiste répartiteur.

1.3. Les intermédiaires ou « racoleurs »

Quand on se promène à Ambohipo, il est impossible de ne pas repérer ces acteurs, les « *mpanera* » (littéralement, les intermédiaires). Ils brandissent des boîtes de médicaments vides et interpellent les passants en leur demandant : « *fanafody ?* » (Littéralement : « médicament ? »). Les photos ci-dessus, prises à un arrêt de bus où se positionnent certains intermédiaires, illustrent leur mode opératoire : attente et sollicitations des passants.



Des intermédiaires vendant des médicaments à la sortie des bus

Ces *mpanera* sont les acteurs de première ligne. Leur rôle au sein du marché informel est double. D'une part, ils orientent les fournisseurs vers des vendeurs qui pourraient être intéressés par leurs marchandises. D'autre part, ils sont les relais entre les vendeurs et les clients qui ne connaissent pas de vendeurs en particulier, ou qui ne souhaitent pas se déplacer dans le quartier.

Accessibles uniquement à pied et en empruntant des petites ruelles sinueuses qui pourraient donner à craindre pour la sécurité, les lieux de vente n'appellent en effet pas au dialogue. Les usagers sont souvent pressés, les transactions avec les intermédiaires de la vente se déroulent parfois à travers la vitre de leur voiture, « *un peu comme dans les films de drogue* » comme nous l'indique en riant une des usagers interrogées.

Les intermédiaires sont majoritairement des hommes, résidants à Antananarivo et attirés par cette pratique qui offre flexibilité et mobilité et qui est décrite comme davantage lucrative comparativement à leurs précédentes activités (jardinier, receveur de bus), leurs revenus quotidiens varient entre 0,30€ et 7€/jour. Deux types d'intermédiaires se partagent l'espace de vente : ceux qui travaillent en « freelance », et ceux qui sont « attachés » à un vendeur ou « grossiste » en particulier.

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

Observations, 8 août 2014. A la sortie du bus, des clients repèrent l'intermédiaire à la casquette trouée et se dirigent vers lui. Deux femmes et un homme lui parlent. Il part (chez un vendeur) et revient au bout de quelques minutes. Il leur propose un médicament. Ils regardent le médicament, ne semblent pas satisfaits. L'intermédiaire repart et revient avec un nouveau médicament les clients achètent. En fait, les femmes cherchaient du misoprostol et Cytotec®, une des deux femmes lui a dit qu'elle avait un retard de règles alors elles cherchent des médicaments pour avorter. L'homme qui accompagne les deux femmes observe minutieusement la date de péremption inscrite sur les plaquettes.

Le type de relation qui caractérise le lien vendeur/intermédiaire définit le lieu où se déroulera la transaction financière : soit le médicament est échangé contre la somme afférente à l'endroit où le client et l'intermédiaire discutent. C'est le cas lorsque la collaboration entre le

vendeur et l'intermédiaire est étroite et que le vendeur a confiance en lui. Dans le cas contraire, quand le vendeur veut « sécuriser » la transaction, l'échange de l'argent contre la marchandise se déroule au sein même de l'espace de vente.

Il y a plus d'une dizaine d'intermédiaires à Ambohipo, le quartier est géographiquement partagé entre eux : il y a ceux qui s'occupent des clients aux différents arrêts de bus, ceux qui sont situés aux « trois chemins », ceux qui accostent les clients dans la rue ou près du marché de fripperies.

Les intermédiaires travaillent pour leur propre compte, même s'ils sont parfois fidélisés par un vendeur ou « grossiste », ils sont « *leur propre patron* » et cela est souvent pointé comme aspect positif de leur travail par les intermédiaires eux-mêmes. A la fin de la journée, le salaire qu'ils ramèneront à la maison dépend entièrement du temps passé dans le quartier, de la clientèle alpaguée. Ils ont un accord tacite : si plusieurs d'entre eux accostent un client en même temps, les bénéfices seront à partager. Au contraire si l'intermédiaire est seul, les bénéfices seront uniquement pour lui. Des stratégies sont donc mises en place par ces acteurs pour s'assurer la primauté de l'approche des potentiels clients. A ce sujet, un intermédiaire nous dit « *si je vois un client, je lui fais un clin d'œil pour le prendre à part et je m'isole avec lui pour ne pas devoir partager les bénéfices avec tout le monde. Il faut être malin pour faire ce travail* ».

L'impact économique de ce commerce sur la vie quotidienne des vendeurs est difficilement perceptible malgré qu'ils qualifient ce commerce de « *lucratif* » ; leur environnement de vie, tel qu'observé pendant notre terrain à Ambohipo, est en apparence assez précaire. En effet, à Ambohipo, une majorité d'entre eux vit dans des habitats délabrés et exigus, proches d'égouts. La description de nos vendeurs rejoint celle que Jaffré fait des vendeurs informels de médicaments au Mali : « *Si l'affaire est d'importance, les vendeurs restent d'apparence*

modeste. Ils sont généralement analphabètes et sans formation médicale particulière » (Jaffré, 1999 : 3).

L'apprentissage de la gestion du business auprès d'un membre de la famille est un mode de légitimation de leur pratique professionnelle. A l'évidence, il s'agit d'une spécialisation commerciale (le commerce informel et plus spécifiquement ici, celui du médicament) mise en œuvre par un groupe d'individus originaires de la même commune. Il s'agit également de l'acquisition d'aptitudes commerciales (connaître les réseaux pour se procurer des produits, les associations entre maladies et médicaments) et non d'une volonté de maîtriser et progresser dans les domaines du diagnostic et de la thérapeutique. Au même titre que les autres produits informellement commercialisés, le médicament constitue pour les vendeurs informels une marchandise lucrative, vendue pour sa valeur éminemment marchande et non pour sa valeur thérapeutique. Comme nous l'avons vu, nos observations de la relation de l'usager au vendeur de médicament corroborent ce résultat : les usagers n'attendent pas des vendeurs qu'ils puissent les orienter dans leurs choix thérapeutiques.

2. Usager/vendeur, une relation essentiellement marchande

Les modalités de vente de médicaments sont semblables aux deux types de vendeurs : vente au détail aux particuliers et au gros à des clients venus chercher des médicaments en plus grande quantité. Leurs clients sont des particuliers et des « médecins libres », qui viennent à Ambohipo pour constituer leur stock de médicament qu'ils proposent à la vente au sein de leurs cabinets médicaux (formels et informels). Les principaux clients des « grossistes » demeurent les dépôts de médicaments à travers le pays.

Nous avons observé différentes modalités de recours aux médicaments à Ambohipo : demandes directes (via l'appellation commerciale, scientifique ou populaire du médicament ou par l'exposition d'une boîte vide du médicament recherché), description des signes ressentis de maladie, exposition d'une ordonnance reçue suite à une

consultation médicale réalisée le jour-même, ou ordonnance d'un épisode de maladie analogue passé.

Les gens achètent en fonction de ce que le docteur leur a prescrit un jour. En tous cas, les clients viennent ici toujours en sachant ce dont ils ont besoin (Vendeuse n°10).

« Je ne vends jamais de médicaments aux particuliers sans ordonnances ». C'est le discours largement véhiculé par les vendeurs. Pourtant, les observations réalisées pendant les entretiens montrent l'inverse. C'était le cas par exemple d'un intermédiaire venu pour acheter un médicament sur base d'une plaquette vide. Ou encore d'une cliente cherchant des suppositoires répondant à tel nom.

Les vendeurs dispensent peu de conseils. Néanmoins, lorsque le médicament n'est pas disponible, qu'il est en rupture ou qu'il n'est pas distribué, les vendeurs sont amenés à conseiller leur client concernant la possibilité de substitution du médicament initialement demandé. Le vendeur propose alors par exemple un équivalent générique ou de spécialité, au médicament demandé. Si le client refuse, il lui proposera alors soit de s'orienter vers un autre vendeur qu'il lui indique, soit le vendeur se déplacera lui-même pour chercher le médicament.

D'après nos interlocuteurs, le refus de se voir dispenser un autre médicament que celui demandé relève à la fois de la méfiance à l'égard des conseils du vendeur, de la volonté de retrouver le médicament précédemment utilisé et considéré comme efficace et/ou de l'obstacle économique quand par exemple un médicament de spécialité est proposé comme équivalent à un générique. Pour certains usagers fidélisés, les vendeurs peuvent offrir de notifier par téléphone de l'arrivée de médicaments, ou livrent le médicament au domicile de l'utilisateur.

Les relations entre usagers et vendeurs d'Ambohipo ne relèvent pas du registre de la proximité ni de la confiance. Comme nous l'avons vu,

l'achat se fait d'ailleurs parfois par le biais d'un intermédiaire et sans contact direct entre l'utilisateur et le vendeur. Le choix du vendeur par l'utilisateur est purement prosaïque : les utilisateurs se dirigent vers ceux qui proposent le prix le moins cher, et n'hésitent pas à changer de lieu d'achat en fonction des fluctuations de prix. De même, en cas de non disponibilité du médicament, l'utilisateur s'adresse à un autre vendeur. Il n'y a pas d'attachement particulier au vendeur qui lui-même se pose comme un vendeur uniquement et ne dispense que peu de conseils.

Arthur et Tantely, deux clients fréquents du marché informel nous disent ceci à propos de leur relation aux vendeurs :

Il n'y avait pas de relation. Pourtant je suis sûre qu'ils me reconnaissaient à chaque fois car je les voyais souvent (Arthur, 36 ans, 1 enfant, informaticien au sein d'une organisation internationale).

D'après nos entretiens, les clients sont à la recherche d'un dispositif thérapeutique et non d'une relation de confiance ou encore des conseils émanant de ces vendeurs. Les utilisateurs expriment d'ailleurs clairement leur désir de se passer des conseils du vendeur.

C'était juste une relation commerciale. Le problème c'est le pouvoir d'achat, c'est pour ça que j'allais à Ambohipo (Tantely, 53 ans, 2 enfants, sans emploi).

Tantely par exemple, caractérise sa relation au vendeur comme étant une « relation commerciale » largement motivée par des logiques économiques. En d'autres mots, ces points de vente de médicaments peuvent être assimilés aux épiceries alimentaires, au sens où des marchandises y sont proposées, pouvant faire l'objet d'un calcul économique (les utilisateurs vont là où c'est le moins cher) et d'une transaction vendeur/utilisateur principalement économique, au sens où aucune autre valeur n'est attribuée par l'utilisateur à cette relation. Selon nos interlocuteurs utilisateurs, ils manquent de légitimité dans le domaine de la santé.

Plus rarement, certains usagers comptent sur les avis des vendeurs pour l'orientation dans le choix du traitement à prendre

D'après nos observations dans les points de vente, il semblerait que les petits vendeurs dispensent moins de conseils que les « grossistes ». Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les « grossistes » sont par ailleurs propriétaires d'un dépôt de médicaments « formel » et peuvent avoir suivi une formation de deux mois auprès d'un pharmacien, ce qui leur donne une plus grande légitimité dans la dispensation de conseils.

Des stratégies visant la « formalisation » des conseils dispensés à leurs clients sont mises en place par les vendeurs, conscients de leur manque d'expertise en santé et de la méfiance que cela suscite chez les clients. La femme d'un « grossiste » par exemple s'est inscrite pour une formation paramédicale, dans l'objectif de pouvoir conseiller à bon escient les clients de la boutique de son mari : « *dans deux ans, j'ouvrirai un petit cabinet à côté de notre boutique pour pouvoir conseiller* » nous dit-elle. Un autre « grossiste » par exemple vend systématiquement ses médicaments avec la notice. Les intermédiaires qui travaillent en exclusivité avec ce « grossiste » en particulier distribuent les notices avec les médicaments également. Nos observations ont montré que si un usager les questionne quant aux modalités de prise d'un médicament, ils les revoient systématiquement vers les notices distribuées.

3. Types de médicaments vendus : lien avec la saisonnalité des maladies

Les petits vendeurs et « grossistes » disposent de médicaments sous différentes formes galéniques : formes solides (comprimés en dragées ou effervescents), semi-solides (crèmes, suppositoires), formes liquides (solutions buvables et injectables, sirops), formes souples (gélules). Ils sont vendus par tablettes, boîte ou comprimés. Les médicaments pour les classes pharmaco-thérapeutiques suivantes ont été observés : antipyrétiques, anti-inflammatoires (anti-inflammatoires

non stéroïdiens), cancérologie, cardiologie (antihypertenseurs), gastro-entéro-pathologie (traitement de la diarrhée et de la constipation), gastro-entéro-hépatologie (misoprostol ¹²⁵), contraception (pilule), antibiotiques, infectiologie-Parasitologie (anti-helminthique), nutrition (vitamines), pneumologie (antitussifs), pneumologie (bronchodilatateurs), antipaludiques, allergologie, dermatologie, anesthésiques, antihistaminiques.

Les stocks de médicaments sont constitués par les vendeurs en fonction de la saisonnalité des maladies. En termes d'écoulement des produits en santé, le marché informel du médicament est fortement dépendant de deux éléments : la saisonnalité des maladies, pour les médicaments vendus quotidiennement spécialement pour les enfants, et la chronicité des maladies. Il apparaît clairement que les stocks en médicaments des vendeurs sont constitués en rapport de la demande. Ainsi, « *à la saison où les mangues et les letchis ne sont pas encore mûrs* » (début de la saison des pluies), ce sont les médicaments contre les maux de ventre qui sont vendus, durant la saison des pluies les anti-diarrhéiques sont fréquemment recherchés par les usagers. Durant la saison des pluies également, qui correspond à la période de transmission élevée de paludisme dans les zones côtières, les « grossistes » approvisionnent leurs points de vente ruraux d'antipaludéens. Dans « *l'entre saison* », les gripes, rhumes sont plus fréquents, les vendeurs dispensent alors des médicaments requis pour la prise en charge de ces maux. Concernant les maladies chroniques, qui constituent une raison de recours au marché informel comme nous le verrons dans la partie suivante, l'hypertension a été citée par tous les vendeurs comme étant une pathologie pour laquelle les clients s'adressent fréquemment à eux. Enfin, les médicaments souvent cités par les vendeurs pour la facilité avec laquelle ils sont écoulés concernent les maladies cardiovasculaires (antiagrégants plaquettaires

¹²⁵ Le misoprostol ou Cytotec® est également utilisé par les usagers pour provoquer un avortement.

par exemple) et les médicaments régulant la tension artérielle et le diabète.

4. Régulation des espaces de vente

4.1. *Un mode de gouvernance interne*

Les pratiques afférentes à la vente informelle de médicaments sont régies par des règles communément admises et implicitement partagées par les différents acteurs de la vente. Ces règles visent à délimiter les pratiques « autorisées » de celles « non autorisées » au sein de l'espace de vente. Le *fihavanana* fonde ce mode de gouvernance interne qui s'instaure entre vendeurs. Il se caractérise par le respect des engagements basés sur la crainte de faire défaut au lien nécessaire de solidarité entre vendeurs Betsileo. Le démarchage d'une clientèle déjà fidélisée par un autre vendeur n'est pas autorisé par exemple.

Le premier qui arrive auprès d'un client, s'il parvient à le convaincre, deviendra son client. Si les autres vendeurs voient que l'un d'eux est occupé avec le client, il ne viendra pas essayer de lui piquer (Vendeur n°2).

Une autre règle implicite consiste en l'envoi du client chez un cousin en cas de non-disponibilité du médicament recherché. Une alternative existe : le vendeur peut se déplacer lui-même jusqu'à chez son cousin pour récupérer le médicament recherché, afin que le client ne soit pas tenté la fois suivante de s'adresser directement à son cousin.

Si le vendeur est occupé avec un acheteur, un autre vendeur n'a pas le droit d'interférer. Par contre c'est au client de choisir quel vendeur il choisira, souvent en fonction du prix du médicament proposé qui varie d'un vendeur à l'autre (Vendeur n°5).

La division spatiale de l'espace de vente constitue une autre règle, elle régit au même titre le travail des intermédiaires comme nous l'avons

dit plus haut. La vendeuse n°5 par exemple, comme d'autres vendeurs n'ont pas de boutique. Leur stock de médicaments est entreposé dans des cartons chez eux ou un membre de leur famille vivant à Ambohipo. Leurs transactions se déroulent dans la rue. Pour ce type de vendeurs, la territorialisation des espaces de ventes est marquée non pas par le commerce physique mais par la présence physique du vendeur assis dans un lieu spécifique qu'il s'attribue comme son « aire d'action ».

Enquêteur : Est-ce que vous vendez toujours les médicaments au même endroit ? Enquêté : Oui, je suis toujours assise ici devant cette épicerie. Je ne bouge pas de cette épicerie qui est tenue par quelqu'un de ma famille (Vendeuse n°5).

Ces règles régissent le « vivre ensemble » de ces vendeurs, dont l'enjeu ne se situe pas seulement du côté de la préservation des investissements économiques des vendeurs (même si celui-ci tentera à tout prix de satisfaire son client et d'écouler son stock de médicaments). La logique économique ne primera pas, si elle met en péril l'unité du groupe. Toute la complexité de cette pratique réside justement dans cet enchevêtrement des logiques familiales et marchandes autour de la vente de médicaments : il y a d'une part une volonté de maximisation des gains, et d'autre part la nécessité, pour y parvenir, de préserver les liens familiaux. L'un étant à la fois la cause et la conséquence de l'autre. Cette pratique économique est « enchâssés » (*embedded*) (Polanyi) « dans des structures sociales qui en déterminent les contraintes, les finalités et le fonctionnement » (Cangiani, 2009 : 337). Cet ensemble de règles constituent des « contraintes » internes structurant le marché informel du médicament. Comme l'indique Laurent, « la sécurité consiste en l'évitement des conflits et de permettre l'accès aux bien des autres. Dans une société qui ne dispose pas de sécurité sociale, c'est éviter le conflit, c'est de provoquer une entente, ou plutôt un consensus, pour avoir accès » au

cas où » aux biens d'autrui »¹²⁶. Nous verrons dans le chapitre suivant comment cette « sécurité sociale » se caractérise ici.

Ce marché informel est également soumis à des contraintes extérieures : fluctuation des prix des médicaments, fluctuation des réglementations pharmaceutiques (disparition au niveau des secteurs formels, des médicaments ne disposant pas d'AMM ou n'étant plus sur la liste FMR par exemple), changements de saisons, etc.

4.2. Fixation du prix, connaissance du prix du marché

Dans le secteur formel comme dans le secteur informel de distribution de médicaments, le prix dépend des modes d'acquisition des produits. Les circuits formels sont souvent caractérisés par une quantité d'acteurs intermédiaires de la distribution (firmes, plateformes, grossistes, pharmaciens) et par une certaine longueur du circuit de distribution. Le « prix du marché » du médicament au sein des secteurs formels varie, comme nous l'avons déjà mentionné dans la seconde partie de cette thèse.

Le marché informel, du fait des circuits plus courts (les vendeurs ayant pour la plupart des contacts directs avec les grossistes formels) est en mesure de proposer des médicaments dont le prix défie toute concurrence avec le prix proposé en pharmacie.

Le prix que ce grossiste formel fait dépend des clients. Il y a des clients qui paient plus cher que nous pour les mêmes commandes. Chez X, on a une licence pour toute la famille. Mais si on veut acheter des médicaments chez eux, même si on a les papiers en règle, le prix est plus cher. C'est la fidélité à un grossiste qui fait des meilleurs prix pour les clients fréquents (Vendeuses n°12 et 13).

¹²⁶ Laurent P.-J., mai 2017, Synthèse orale du colloque « Le lien social au regard de la circulation des biens, des personnes et des capitaux », chaire Singleton 2017.

Le prix d'une plaquette de paracétamol par exemple varie entre 200 et 300 *ariary* [0,06 – 0,08€] la plaquette de dix comprimés auprès des vendeurs informels. A la pharmacie la plaquette varie entre 300 et 800 [0,08 - 0,2€] *ariary*. Les dix comprimés d'ibuprofène coutent par exemple entre 300 et 400 [0,08 - 0,1€] *ariary* sur le marché informel, et en pharmacie ils varient entre 400 et 6000 [0,1 - 1,7€] *ariary*. Le prix pratiqué par le marché informel est une des raisons poussant les individus à y acquérir leurs médicaments.

A Ambohipo, les prix varient légèrement d'un vendeur à l'autre. Afin de fixer leurs prix, les vendeurs s'enquière d'une part de son prix en pharmacie, la volonté étant toujours d'offrir à leur clientèle des médicaments moins chers que ceux disponibles dans les points de vente officiels. D'autre part, les vendeurs se fixent une marge bénéficiaire, qui varie en fonction du type de médicament (est-il prisé ou non, en fonction de la saisonnalité notamment) qui tourne autour des 10% du prix d'achat et du prix fixé pour le même médicament par les autres vendeurs alentours. Parallèlement, les vendeurs constituent leur réserve de médicaments en fonction de la clientèle visée : génériques pour les particuliers plus « *pauvres* », spécialités pour les « *médecins libres* », etc. Cette connaissance du prix « du marché » du médicament leur permet par exemple de savoir si le médicament qui leur est présenté par un fournisseur est une bonne affaire ou non.

Je connais les médicaments qui se vendent bien, par exemple le Plavix®¹²⁷. Je n'en n'ai pas tous les jours, mais je sais que quand j'en ai, ce sera vendu assez rapidement. Je sais aussi quels médicaments ont besoin les docteurs qui viennent se fournir ici (Vendeuse n°9).

5. L'importance du capital social : une immunité négociée

Le capital social, entendu au sens de Bourdieu (Bourdieu, 1980) et de Vuarin (1994) implique à la fois la possession de réseaux

¹²⁷ Le Plavix® est un anticoagulant indiqué pour les troubles cardiovasculaires en particulier les crises cardiaques.

d'interrelations éventuellement institutionnalisées, qu'il s'agit d'entretenir dans la durée car elles constituent un « avoir » considérable. Ces liens sociaux structurent la vie sociale et peuvent contribuer significativement à la réussite d'un projet. Selon Bourdieu, ce sont les stratégies d'investissement social consciemment ou inconsciemment orientées vers la reproduction de relations sociales directement utilisables qui produisent ces réseaux de liaisons (1980). Bourdieu rajoute ensuite l'idée que ces relations impliquent des obligations « subjectivement ressenties » (sentiments de reconnaissance, de respect, d'amitié, etc.) ou « institutionnellement garanties » (droits) (1980 : 2). Ces réseaux de relations créent donc des attentes réciproques. Pour Burt le capital social est une métaphore sur l'avantage dont disposent les gens qui sont mieux reliés les uns aux autres pour arriver à leur fin (Burt, 2000). Selon les trois auteurs donc, le capital social implique forcément des liens d'interrelations construits éventuellement dans un objectif précis. Ces relations induisent forcément des obligations matérielles ou symboliques. Ce capital social peut être une ressource individuelle mais « *aussi et peut-être avant tout, une ressource collective qui facilite l'action collective, un facteur de réciprocité générale, de solidarité* » (Bévort et Bucolo, 2005 : 82). Dans ce travail, nous appréhenderons le capital social en tant que ressource collective.

5.1. Une pratique lucrative mais « illicite »

Si les avantages induits par l'implication dans le commerce informel du médicament sont nombreux et ont produit un bouleversement au sein des familles qui s'y investissent comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les interlocuteurs soulignent néanmoins les difficultés liées à l'aspect « illicite ou illégal » de leur métier. Certains vendeurs ont souligné la précarité et la faible marge de manœuvre qu'implique le fait que leur métier « *ne soit pas en règle par rapport à la loi* » (Vendeuse n°8) en citant notamment l'impossibilité d'avoir recours à la loi en cas de vol de médicaments par exemple par des intermédiaires.

Le côté illicite de la pratique fragilise le commerçant qui n'a pas de recours possible en cas de vol par exemple ou d'intervention injustifiée de la police. Etant donné que le secteur informel se développe en dehors du cadre réglementaire officiel, il ne bénéficie pas de mécanismes officiels de sécurisation des transactions. A l'instar de l'extrait ci-dessous, de nombreux récits de vendeurs racontent les visites fréquentes de la police autour des fêtes de fin d'année par exemple, ou juste avant la rentrée scolaire, afin de « *faire du chantage* » au sujet de leur pratique, monnayant leur silence contre une somme d'argent. Ces visites sont perçues comme étant particulièrement injustes, mais les vendeurs reconnaissent n'avoir que peu de marge de manœuvre étant donnée l'illégalité de leur pratique.

Les répressions policières et les descentes improvisées dans les boutiques sont rares, la dernière descente mentionnée par les vendeurs date de 2008, mais elles marquent les mémoires collectives et présentent tout de même une source d'inconfort pour les vendeurs et les intermédiaires ¹²⁸. Les dépêches dans les journaux nationaux font de temps à autre état d'une volonté étatique de lutter contre le marché « illicite » selon les termes utilisés par l'Ordre des Pharmaciens et décrivent des rafles réalisées dans le quartier. Si le vendeur dispose du réseau nécessaire, il pourra être prévenu en cas de descente de police dans le quartier.

Enquêteur : En neuf ans de vente de médicaments à Ambohipo, avez-vous déjà connu des contrôles de police ? Enquête : Oui, nous en avons déjà eu mais nous parvenons à les anticiper, les « grossistes » doivent avoir des connaissances haut placées car ils nous préviennent en avance quand une descente est prévue. Dans ce cas-là, on ferme la boutique (Vendeuse 8).

¹²⁸ Le manque d'argent disponible pour appuyer le comité de lutte contre le marché informel du médicament est l'argument souvent avancé pour justifier la rareté des actions mises en œuvre.

Quand la police vient, il faut négocier entre six à quinze millions de francs [860€] pour qu'il se taise (Vendeuse n° 11).

Ainsi, comme nous le verrons, les vendeurs disposent individuellement d'un capital économique qu'ils peuvent mobiliser collectivement pour faire face en cas de besoin. Outre ce capital économique, les connexions de nature politique (au sens où les personnes ressources relèvent de cette sphère de pouvoir en particulier) dont ils disposent constituent l'« entregent » (littéralement : « le fait de disposer de monde ») des vendeurs, leur capital social. Nous verrons ici que ces « personnes ressources » sont d'une nature relativement hétérogène.

5.2. *Qui sont ces « parapluies » ? Avoir de l'argent et de l'entregent (Vuarin, 1994)*

Dans le cadre de la vente informelle de médicaments, ces « personnes ressources », de par leurs fonctions et statuts, peuvent appuyer les individus pour faire face à une difficulté. Leur rôle est donc vital pour le fonctionnement du commerce informel du médicament.

Ces personnes ressources peuvent par exemple offrir de l'information aux vendeurs concernant les dates et lieux des rafles policières. Comme l'illustre l'extrait ci-dessous, elles peuvent offrir également une forme d'impunité, au sens où la réglementation régissant la vente de médicaments peut être outrepassée, grâce aux réseaux d'interconnaissances des vendeurs.

Même dans le cas où la police met le doigt sur un container de médicaments détourné, le vendeur, pourvu qu'il ait des connaissances haut placées, parvient à outrepasser le Code de la Santé, imposant théoriquement une amende à hauteur de 2 millions d'ariary [570€] et de 3 mois à 3 ans d'emprisonnement pour revente illicite de médicament. Ces connaissances « haut placées », ces « gros bonnets »

comme on nous l'a souvent répété sont notamment les membres de la famille élargie des vendeurs. Un interlocuteur actif dans la lutte contre le marché informel les appelle judicieusement les « parapluies ».

Enquêteur : Qu'en est-il des menaces qui sont conférées contre les acteurs de la répression ? Enquêté : Je vais vous raconter une anecdote. Un ancien président de l'Ordre des Pharmaciens avait fait organiser une descente chez les vendeurs. Il avait un ami dans les forces armées avec qui il a organisé cette descente. Seulement, une fois arrivé sur place, ils ont trouvé porte close. C'est-à-dire que quelqu'un avait prévenu les vendeurs de leur passage. Quelques jours après, un homme en costume s'est présenté dans le bureau du président de l'Ordre et tout souriant, il lui a dit « Je sais que ta fille travaille là-bas, que ton fils étudie là-bas », bref, c'était une sorte d'intimidation. C'est une sorte de mafia, avec des personnes haut placées qui facilitent, là en l'occurrence les vendeurs étaient prévenus. C'est donc bien une pratique mafieuse
Enquêteur : Qui sont ces personnes « hauts placées » dont vous parlez ? Enquêté : Ce ne sont pas tellement des politiciens, mais plutôt des individus au niveau des forces armées (Pharmacien).

Les « personnes ressources » que constituent les « parapluies » agissent comme des facilitateurs qui se branchent sur le secteur informel du médicament pour des raisons claires de dette économique qu'induit leur intervention. Les liens qui relient les vendeurs à ces parapluies peuvent être de différentes natures : ils peuvent faire partie d'un réseau d'interconnaissances élargi ou d'un réseau familial. Dans ce dernier cas, l'aide apportée par le « parapluie » sera motivée notamment par la sauvegarde des liens familiaux. Ces personnes ressources se situent à divers niveaux de responsabilités, et au sein de sphères de pouvoir diverses : Ministère de la Justice (permettant de

faire lever une amande en cas d'infraction notée du Code de la Santé), Ministère du Commerce, au niveau des forces de l'ordre, etc.

Le vendeur peut être assujéti à la personne ressource, celle-ci détient le pouvoir de dénoncer les pratiques de vente illicites ou non, de couvrir les vendeurs en faisant jouer ses contacts à son tour, de prévenir les vendeurs en cas de descente policière. Elle peut exiger aux vendeurs de « payer » une somme en échange de son silence. Mais par ailleurs, s'ils participent à un même réseau familial, ces « parapluies » peuvent être à leur tour assujétis aux vendeurs : ils ne peuvent refuser de saisir une chance d'appui aux vendeurs, au risque de mettre en péril l'unité du groupe, de la famille. Comme le souligne Vuarin, « *constituer et entretenir ce capital social nécessite un jeu complexe et permanent de fréquentations, de visites, de civilités multiples* » (Vuarin, 1994 : 155) ¹²⁹.

5.3. *Différences de légitimité : le cadre légal des « grossistes » informel*

Les vendeurs ne sont pas égaux face aux répressions policières. Si les petits vendeurs ont tout intérêt à disposer de « parapluies » pour les protéger ainsi que leur commerce, les « grossistes » eux craignent moins ces répressions, du fait de l'existence par ailleurs de leur dépôt légal de médicament. En effet, les revenus quotidiens des « grossistes » sont partiellement assurés par la vente de médicaments dans le secteur formel via leurs dépôts de médicaments. A l'inverse, la pratique de vente exercée par les petits vendeurs repose sur leur commerce de vente informelle de médicaments : la fermeture de leur boutique signifierait donc une mise en péril réelle de leur subsistance.

Enquêteur : Est-ce que ça vous fait peur les descentes de police dans votre boutique ? *Enquêté : Non pas vraiment,*

¹²⁹ La nature exacte des liens entretenus entre les vendeurs et leurs « personnes ressources », ainsi que les arrangements entre ces acteurs n'ont pas été analysées en profondeur pour des raisons évidentes de mise en danger du chercheur. Ce positionnement méthodologique a été adopté depuis le début de la recherche.

car je peux toujours compter sur les revenus issus de mon dépôt légal, même si je dois fermer les portes de celui-ci pendant quelque temps, ça ne me fait pas peur (« Grossiste » n°1).

Le point négatif c'est que c'est un métier illégal et que nous sommes poursuivis par la police comme les vendeurs de rue à Analakely. S'ils t'attrapent et qu'ils réquisitionnent tes médicaments, tu perds tout, tu n'as plus rien à vendre (Vendeuse n°10).

Finalement, ces différences de rapport à l'illicite pour les petits vendeurs et « grossistes » induisent une mobilisation différenciée du capital économique et social face à un besoin par ces acteurs de la vente. Pour les petits vendeurs, le capital social est vital pour la survie de leur commerce. L'imbrication de ces deux types de ressources (l'argent et l'entregent) est totale, l'argent permet la mobilisation du capital social et inversement, la mobilisation du capital social permet la sauvegarde du commerce, donc du capital « argent ».

6. Une clientèle attractive : les professionnels de la santé

Beaucoup de clients viennent à Ambohipo pour acheter des traitements pour des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) auxquels ils sont soumis à vie et qui coutent à Ambohipo deux à trois fois moins cher qu'en pharmacie. Les médecins issus du circuit privé, privé informel et public sont des clients attrayants pour les vendeurs, au vu de la quantité des médicaments achetés et de la fréquence de leur approvisionnement. La réussite d'un commerce plutôt qu'un autre réside dans la capacité à garder captive la clientèle de médecins. Ce constat illustre parfaitement un des points d'articulation entre le formel et l'informel, par le biais des médecins. Ceux-ci arrivent munis d'une liste de médicaments à acheter et s'approvisionnent régulièrement, en fonction de la demande et des besoins de leur patientèle.

Ce type de clientèle est attractive car les médecins achètent des médicaments en grand nombre, leurs commandes seront fréquentes et relativement stables (en termes de fréquence d'achat : par exemple achats des médicaments une fois par semaine, et en termes de montant gagné par les vendeurs à chaque visite, puisque ces médecins répètent souvent les mêmes achats). Ils offrent donc la possibilité d'une anticipation des revenus, les vendeurs peuvent s'approvisionner en fonction des demandes des médecins.

Les docteurs ne sont pas très regardants par rapport aux prix. Même si les prix augmentent un peu, ils reviendront toujours ici. Ils ne comparent pas les prix des différents médicaments proposés par les vendeurs. Tandis que les particuliers eux oui. Ils vont acheter là où c'est le moins cher (« Grossiste » n°1)

Du côté des médecins, le choix d'un vendeur plutôt qu'un autre se fonde sur des arguments « pratiques » plutôt que financiers. Ces clients en particulier sont à la recherche de vendeurs fiables et de confiance, ayant l'ensemble des médicaments recherchés, ce qui leur évite de devoir passer d'un vendeur à l'autre en cas de non-disponibilité d'un médicament.

En conclusion, ce chapitre analyse les logiques de fonctionnement et l'organisation des commerces de vente informelle de médicaments à Ambohipo. Nos résultats démontrent l'hétérogénéité des acteurs engagés dans ce commerce. Les profils des acteurs de la vente sont pluriels, comme on l'a vu, ils se différencient par la taille de leur commerce, les sources d'approvisionnement de leurs marchandises, l'organisation concrète de leur commerce au quotidien (prenant place dans un local dédié à cet effet ou non, avec des médicaments visibles et rangés sur des étagères ou disposés « en vrac » dans des cartons à même le sol). Nos observations des relations des clients aux vendeurs ainsi que nos entretiens ont démontré la primauté de la valeur

marchande du médicament accordée par les usagers. En effet, selon les usagers, les vendeurs ne détiennent pas la légitimité nécessaire pour l'encadrement « savant ou scientifique » de leurs pratiques, ils sont considérés comme des vendeurs uniquement. Les usagers interrogés n'attendent pas de conseils, de recommandations en termes de posologie, de choix de médicament. C'est à l'utilisateur d'identifier le médicament dont il a besoin, de développer ce « *savoir spécialisé* » (Olivier de Sardan, 2001b : 65), comme nous le verrons dans la quatrième partie de ce travail.

Nous avons vu que l'approvisionnement en médicaments, partant des secteurs formels vers le marché informel constitue le point d'articulation majeur entre ces secteurs. A ce titre, le capital social des vendeurs, constitué des réseaux d'interconnaissances placés à différents niveaux (grossistes répartiteurs, forces armées, différents ministères), offre aux vendeurs une forme d'immunité, dans un cadre réglementaire qui pourtant pénalise la vente « illicite » de médicaments. C'est par la mobilisation de ce capital social et d'un capital économique également comme nous le verrons dans le chapitre suivant, que ce marché du médicament perdure, et qu'il reste le monopole d'un groupe social en particulier. Malgré la concurrence accrue et les conflits familiaux qui peuvent être engendrés par la spécialisation commerciale de tous autour d'une même marchandise, la survie de chacun dépend de la primauté des dimensions collectives et sociales de la pratique.

Pour préserver l'entente du groupe, nous avons vu dans ce chapitre que des règles organisant le commerce sont mises en place. Enfin, ce chapitre a également souligné les logiques profondément sociales à l'œuvre dans la pratique de ce commerce : nous avons montré que ces dynamiques dépassent largement les logiques économiques. Le chapitre suivant nous permet de prendre de la hauteur par rapport au quartier d'Ambohipo, de replacer les pratiques de vente dans un cadre général de liens intra-familiaux et de renforcer ce résultat.

Chapitre 3 : Enchevêtrement de logiques familiales et marchandes autour d'une pratique commerciale

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le marché informel du médicament à Madagascar est aux mains d'un groupe social d'acteurs, issus essentiellement de l'ethnie Betsileo. La spécialisation professionnelle d'un commerce par un groupe ethnique ou par une famille élargie, tel qu'elle a lieu à Ambohipo, n'est pas propre au commerce du médicament, ni à Madagascar. La littérature sur les réseaux de commerçants est relativement riche, surtout pour les pays d'Afrique francophone. Dans son ouvrage, Agier par exemple nous parle des quartiers zongo, dans lesquels les Haoussa, connus pour leur dynamisme économique vivent du commerce (1983). Au même titre, Igué dans son ouvrage paru en 2003 sur les Yoruba en Afrique de l'Ouest, décrit leur organisation sociale comme étant caractérisée par la cohésion, l'entraide et la solidarité¹³⁰. Les Yoruba sont décrits dans cet ouvrage comme étant au centre d'un commerce informel important et transfrontalier en Afrique de l'Ouest. Ce commerce est facilité par des liens de royauté, une variété de techniques commerciales et une organisation hiérarchique structurée. A son tour, Baxerres décrit dans sa thèse l'installation progressive des Yoruba, réputés pour leurs aptitudes à commercer, dans le marché *Dantokbà* à Cotonou, dès le début des années 1950-60. Aujourd'hui, selon l'auteure, le secteur *Ajégúnlè* au sein du marché cotonnois de *Dantokpá* est devenu le lieu reconnu de tous, dédié à la vente de médicaments pharmaceutiques (2010 : 125). Dans un autre contexte géographique (la République Démocratique du Congo), l'ouvrage d'Ayimpam (2013), décrit finement également les réseaux de sociabilité qui naissent autour de pratiques commerciales informelles.

¹³⁰ John O Igué, 2003, Les Yoruba en Afrique de l'Ouest francophone. 1910-1980, Essai sur une diaspora, Présence Africaine cité par Baxerres, 2010.

A Madagascar, ce sont les Betsileo qui sont reconnus pour leurs qualités de commerçants. Depuis l'émergence du marché informel du médicament en 1970, un groupe social d'acteur Betsileo en est à la tête. Cependant, la particularité de ce marché ne réside pas tant dans la spécialisation du commerce de médicaments à Madagascar par un réseau circonscrit, à savoir les Betsileo, fait relativement classique et déjà traité dans d'autres contextes géographiques, à d'autres époques et pour d'autres types de marchandises. L'intérêt ici est que depuis la mise en circulation des premiers médicaments informels au niveau de l'île par un groupe d'étudiants Betsileo jusqu'à aujourd'hui, c'est ce groupe qui s'impose dans la gestion de ce commerce. Comme l'indique l'extrait d'entretien avec un usager, c'est précisément grâce au capital social accumulé par les vendeurs, couplé au capital économique que se maintient le monopole autour de ce commerce.

Ils [les vendeurs d'Ambohipo] fonctionnent comme un réseau. Quand je leur ai demandé si je pouvais vendre aussi quand j'étais étudiant à l'université, ils m'ont dit qu'ils ne voulaient pas que je vende. Pourtant je me rendais bien compte qu'en une journée tu pouvais bien gagner ! En plus à l'université ça concorde bien, il y a des moments de creux. Donc ça aurait un moyen de gagner un peu. Ils m'ont dit que je n'avais pas ce qu'il faut pour devenir vendeur. Tu dois faire partie d'eux. Si tu fais partie de leur réseau, même si la police t'ennuie ils vont te relâcher tout de suite. Ils m'ont dit que je peux vendre, mais que si j'avais un problème avec la police, c'est pour moi. Ils ne feraient rien pour m'aider. Eux ils ont le bras long. C'est même peut-être eux qui vont me dénoncer (Rojo, 30 ans, chercheur en thèse).

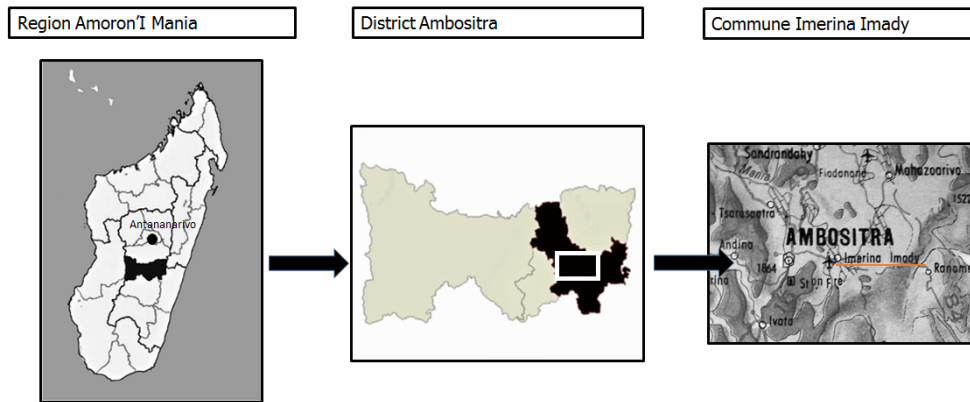
C'est parce qu'ils bénéficient à la fois du capital social (les personnes ressources, situées au sein des différentes sphères de pouvoir) et économique que ce groupe social parvient à maintenir le monopole de la vente informelle de médicaments. En effet, depuis près de 50 ans, le

marché informel du médicament reste spécifiquement géré et maintenu par des individus issus de ce groupe ethnique. Comme le souligne l'extrait ci-dessus, l'appartenance à l'ethnie Betsileo est essentielle pour participer à la pratique commerciale de vente de médicament, « *Tu dois faire partie d'eux* » nous dit notre interlocuteur. Cet extrait révèle la possibilité pour un *quidam* de pratiquer la vente. Mais sans l'assurance d'un appui des autres vendeurs en cas de problèmes avec la police, cela représente un choix trop risqué au vu des nombreux récits de mobilisation de ressources par le groupe social de vendeur pour se dégager d'une lourde amende ou des peines d'emprisonnement. L'engagement dans la pratique de vente de médicaments n'est possible qu'à condition de participer à un groupe social, celui des acteurs impliqués dans le commerce informel, issus de l'ethnie Betsileo et originaires d'Imadiala.

1. Imadiala, une terre de contrastes

Le district d'Ambositra est nationalement connu pour deux choses : la commune de Fandriana, au nord de la commune d'Imadiala, est connue comme étant le berceau des grands intellectuels malgaches (politiciens, écrivains, etc.). Tandis que le sud du district est connu pour les aptitudes commerciales presque innées dont disposent les commerçants Imadiens.

Imerina Imady ou Imadiala, plus communément nommé « Imady » par ses habitants est l'une des 23 communes qui composent le district d'Ambositra. La commune d'Imadiala se compose de 10 *fokontany* ruraux.



Cette région vallonnée est très accidentée. Les terres cultivables et rizières sont installées au creux des vallées, à titre de cultures vivrières (manioc, carottes, haricots verts, choux).



Rizières et autres cultures vivrières à Imadiala



Paysages accidentés, cultures sur les flancs de collines

L'économie locale de la région est essentiellement agricole. L'agriculture est basée sur les cultures vivrières, en particulier le riz, qui représente la moitié des superficies cultivées. Les agriculteurs sont confrontés à de nombreuses contraintes, à l'instar d'une grande partie des régions rurales des Hautes Terres. Le relief montagneux de la zone limite les superficies cultivables, qui sont très faibles.

Par ailleurs, une forte pression démographique aggrave la pression foncière qui s'accroît de génération en génération (Rakotonarivo, 2011). L'activité secondaire est l'élevage de zébu, bien que cette dernière activité ait perdu en importance ces dernières années du fait de la présence en grand nombre de *dahalo* (voleurs de bétail) dans la région, mettant en péril ce type d'investissement.

Cette commune est caractérisée par d'importants contrastes : les routes rejoignant les différents *fokontany* sont difficilement praticables, il n'y a pas d'électricité, aucun ménage ne dispose d'eau

courante. Et pourtant comme l'illustreront les photos plus bas, certaines petites habitations traditionnelles en terre battue semblent écrasées sous le poids d'immenses demeures, dont la vision s'apparente à d'énormes paquebots, qui accrochés sur les collines, semblent flotter sur une mer de rizières.

2. Une pratique permettant la « sortie du groupe » (Laurent, 2007)

Au sein même de l'ethnie Betsileo, les Imadiens sont connus pour être de grands commerçants. Ils s'adonnent à divers commerces formels et informels. Par exemple, certains investissent dans les biens locatifs, d'autres achètent des voitures qu'ils louent ensuite à des compagnies privées de transport, d'autres commercialisent l'alcool local (*toaka gasy*¹³¹), approvisionnent les épiceries en denrées alimentaires, d'autres encore organisent leurs pratiques autour de la vente de médicaments. Il n'est pas rare de voir certains commerçants combiner types différents « business ».

Selon la chef d'arrondissement administratif de la commune d'Imadiala, l'on dénombre 18 000 Imadiens à travers le pays. Un tiers de cette population réside de manière permanente à Imadiala (principalement des femmes, des enfants, des personnes âgées), tandis que les 12 000 autres se répartissent à travers le territoire. Ils montent, démontent et jonglent avec éventuellement plusieurs *bizina* (business) à la fois. Toujours selon cet agent de l'administration communale d'Imady, parmi les individus ayant quitté Imadiala, 80 % sont commerçants, ils pratiquent majoritairement leur négoce au sein du secteur informel (notamment la vente de médicaments). Les 20 % restants ont migré vers des régions où les terres sont moins arides pour y pratiquer l'agriculture, le manque de fertilité des sols étant un problème majeur pour les familles de cette région (Rakotonarivo, 2008, 2011).

Ces commerces constituent une opportunité de mobilité au sein du pays, par le biais de réseaux de sociabilités familiales.

2.1. Le « business » du médicament comme motif de migration

La vente de médicaments est un motif de migration, au même titre que les autres « business » dans lesquels les commerçants sont investis.

¹³¹ Littéralement « alcool malgache ». Le *toaka gasy* est un alcool de fabrication locale et artisanale.

Comme nous l'avons vu plus haut s'agissant du médicament, si un membre de la famille prospère dans la vente à Antananarivo, il fera venir un frère, son cousin afin de le former et l'appuyer dans son commerce. Après avoir appris les rudiments du métier, l'apprenti vendeur ouvrira son propre commerce.

Notre petite sœur était ici à Ambohipo. Elle nous a demandé de venir l'aider pour ce qu'elle faisait. Au début donc nous avons travaillé pour elle, elle nous a appris le métier. Maintenant, nous travaillons à notre propre compte (Vendeuse n°8).

Si le business devient trop grand on peut toujours faire appel à la famille, la personne fait alors un stage chez eux, apprend le business et puis ensuite elle ouvre son propre business (Vendeuse n°10).

C'est donc pour mener à bien leurs commerces que nos interlocuteurs ont quitté Imadiala. Il est à noter que ces migrations peuvent être temporaires. Il peut arriver qu'un individu ayant vécu pendant 10 ans à Antananarivo, retourne sur la terre de ces ancêtres au décès d'un parent par exemple, afin de reprendre en main les obligations sociales¹³².

L'apprenti vendeur s'insère dans un nouveau réseau de sociabilité, via le parent qui l'a invité. Ce groupe de « *sortie du groupe* » (Laurent, 2007) permet la réinvention d'un nouveau mode de vivre ensemble, ailleurs que sur les terres d'origines. Pour les vendeurs de médicaments interrogés, le fait d'embrasser une pratique commerciale fortement éloignée des travaux agricoles dans lesquels ils sont engagés depuis toujours, renvoie à la « *prise de conscience de la*

¹³² C'est le cas par exemple d'un épicier d'Imadiala dont l'extrait est proposé plus bas.

pénibilité de la condition paysanne » (Laurent, 2007; 4). Les stratégies migratoires à l'intérieur du pays démontrent la capacité d'évasion de la paysannerie (Andriamanandrisoa, 2004). Au vu de la précarisation de l'emploi et de la volonté de se soustraire à une vie rurale difficile, le commerce du médicament apparaît comme séduisant aux jeunes générations qui migrent de la campagne vers la capitale. D'agriculteurs ils deviennent des commerçants, ils développent pour la plupart des connaissances relatives aux médicaments et des compétences commerciales. Dans leurs discours, les vendeurs valorisent fortement le confort que leur prodigue ce nouvel emploi.

Avant nous vivions à la campagne, nous sommes à Tana depuis deux ans. Mon mari est charpentier ici. C'est sa sœur qui lui avait proposé de devenir vendeur. C'est elle qui lui a appris le métier. Avant j'étais cultivatrice, maintenant je vends des médicaments. Je préfère nettement vendre des médicaments car à la campagne, je travaillais tout le temps. Ici, je peux m'asseoir, rester à la maison avec mon bébé tout en travaillant (Vendeuse n°6).

Avant d'être vendeur de médicaments j'étais cultivateur. Je mangeais des brèdes [feuilles de plantes comestibles] du matin au soir. Maintenant je peux acheter du poisson, de la viande, j'ai même une maison avec électricité (Commerçant, Imadiala).

Comme l'indiquent ces extraits d'entretiens, le fait d'opter pour l'engagement au sein d'un commerce de médicaments se fonde sur les difficultés économiques et de confort de vie éprouvés par nos interlocuteurs dans la pratique du métier d'agriculteur. L'inscription dans le commerce de médicament est sous-tendu dans un premier temps par une logique d'administration domestique telle que définie par Polanyi comme étant la « *logique de production, de distribution et de consommation visant à satisfaire les besoins de subsistance de l'unité domestique* » (le Polain et Nyssens, 2016 : 319).

2.2. Un lien de mutuelle dépendance

Les liens entre les Betsileo engagés dans la pratique de vente de médicaments à Ambohipo et ceux restés sur leurs terres d'origines restent fortement prégnants.

a. Obligations sociales : donner pour recevoir (atero-ka-aloa)

Dans un contexte de fort attachement aux terres ancestrales (*tanindrazana*) et de raréfaction des terres, l'éloignement géographique des vendeurs par rapport à leurs terres d'origine, ne peut être permis que par le maintien des liens avec les membres de la famille restés à Imadiala. Ces derniers sont les garants du respect des traditions ancestrales. L'entretien des terres et la garantie du maintien des liens inter et intra-familiaux à travers la prise en charge des obligations sociales permet la réaffirmation de leur droit sur la terre dans la région d'origine de la famille.

Nous sommes tous partis d'Imady pour faire du commerce. Mais un jour il y a eu un évènement qui s'est produit dans notre famille à Imadiala. A ce moment-là, on s'est rendu compte qu'il fallait que quelqu'un reste pour faire les adidy [obligations sociales]. Donc on s'est concertés avec mon frère et on a décidé qu'il fallait que je revienne à Imadiala. On a fixé des conditions avec mon frère, celui qui part doit toujours ravitailler celui qui reste. Sinon je n'arriverai pas à remplir nos adidy (Epicier, Imadiala).

Pour ces agriculteurs Betsileo, l'attachement aux terres ancestrales ou *tandindrazana* est fondamental. Ces *tanindrazana*, terres ancestrales détiennent toute leur importance dans la définition des familles (généalogie, histoire des familles, etc.) (Freeman, 2001 ; Legrip-Randriambelo et Regnier, 2014). Les obligations liées à l'entretien de ces terres et de liens sociaux sont confiées à un frère/cousin lors de la

migration d'un ménage. Au sein des familles Betsileo, l'entretien de ces obligations familiales et sociales doit se faire par un homme.

J'étais parti à La Réunion car j'avais envie de voir autre chose. [...] Mais au décès de mes parents, j'ai décidé de revenir pour continuer tout ce que mes parents avaient laissé, pour m'occuper des biens familiaux. Nous sommes cinq enfants dans la famille, deux garçons et trois filles. Mais mon frère est décédé, il n'y avait donc plus que moi pour assurer le suivi (Commerçant, Imadiala).

Dans un contexte socio-économique et politique instable et au contact de nouvelles formes de religiosités (églises protestantes), les interlocuteurs ont noté un renouvellement des rites liés aux terres ancestrales : les rites sont conservés, mais la réciprocité des dons est limitée à la famille nucléaire par exemple. L'on remarque un espacement des *famadihana*.

Pour les rites, parfois on doit sacrifier des zébu [800 000 ariary pour un zébu, soit 230€]. Mais on voit de plus en plus de mairies ou présidents de fokontany qui proposent des solutions alternatives comme sacrifier un porc plutôt ou bien cuire des haricots. Aujourd'hui il y a une nouvelle logique. Quand il y a un évènement, on se met d'accord avec les familles que l'entourage éloigné ne doit pas apporter d'offrandes, elles savent qu'en échange, elles ne doivent pas en attendre. Ça commence à devenir de plus en plus fréquent. Par exemple, un enfant donne un million d'ariary [285€] à ses parents. Ses parents en échange ne lui en redonnent que 800 000 car ils savent que les autres enfants ne pourront pas suivre et il ne faut pas qu'il y ait d'inégalités entre frères (Agent de l'administration communale d'Imadiala).

Dans cet extrait d'entretien, il s'agit donc bien du don qui attend un contre don. Comme le dit Caillé, « *le lien social ne se construit pas sur la base du contrat ou des échanges marchands mais en obéissant à la contrainte de rivaliser de générosité affichée. Rivalité ? Don ostentatoire ? (...) Les dons ne valent qu'en tant que symboles de la relation sociale qu'ils créent et nourrissent en faisant circuler indéfiniment entre les partenaires une dette qui pourra – et devra – s'inverser mais jamais s'annuler* » (Caillé, 2005 : 141). L'extrait ci-dessus, dans lequel des parents refusent une partie du don d'un de leur enfant pour ne pas mettre à mal l'ensemble de la fratrie (par une impossibilité, pour les autres frères de réaliser un don équivalent), démontre à la fois l'ambivalence du don et la violence sociale qu'il peut engendrer, si l'idée de réciprocité ne peut être respectée.

b. Constitution d'une dette mutuellement admise

C'est sur base d'une redistribution économique (les transferts monétaires de la capitale vers Imadiala) et sociale (l'acquittement des obligations sociales) dont il est question dans l'extrait ci-dessous, que se fondent les liens de dépendance mutuelle entre les migrants Betsileo et les membres de la famille restés au pays. Ces « dettes mutuelles » recouvrent un double enjeu : d'une part, les Betsileo urbanisés impliqués dans le commerce permettent une émancipation économique de la famille dans sa globalité. Des transferts monétaires sont fréquemment réalisés et peuvent se traduire en des mensualités versées à la famille ou des aides financières ponctuelles. Le confiage d'enfants est également fréquemment pratiqué, en vue d'offrir à ces enfants l'accès à un système d'éducation ou système de santé diversifiés et de meilleure qualité à la capitale que dans leur commune rurale.

On a un contrat avec mon frère que quand nos enfants seront grands, ils pourront aller vivre chez mon frère pour faire des études. C'est lui qui payera tout et pourvoira à leurs besoins (Epicier d'Imadiala).

Les relations entre les migrants et ceux restés sur les terres d'origines s'inscrivent dans la durée. La particularité de ces relations est la situation de dépendance mutuelle dans lesquelles se retrouvent les acteurs engagés de part et d'autre de la relation, et ce, sans principe de subordination de l'un sur l'autre : d'un côté les vendeurs d'Ambohipo sécurisent la vie familiale sur le plan économique, par la redistribution de leurs richesses. Ils permettent ainsi la reproduction matérielle de la famille. D'autre part, les Imadiens restés sur les terres d'origine permettent le maintien de ce qui fonde l'identité Imadienne à savoir le *tanindrazana* et l'inscription de la famille dans le schéma d'interconnexions familiales, desquels découlent les obligations sociales. Les membres de la famille restés au pays pourvoient aux obligations envers les pouvoirs coutumiers et l'entourage.

Au-delà de ces rapports de dépendance, les liens entre les Betsileo ruraux et urbains sont très prégnants. Pour les Betsileo urbanisés, les allers et retours sont fréquents dans leur commune d'origine, notamment lors des événements familiaux (retournement des morts, funérailles, mariages, etc.). Il n'est pas rare qu'ils envoient leurs enfants à Imadiala durant les périodes de vacances scolaires. Les migrants sont fortement investis dans les liens familiaux avec les membres restés à Imadiala : en cas d'évènement malheureux (décès, maladie) ou heureux (mariage, naissance, circoncision), une association composée par les Betsileo d'Ambohipo mobilise des ressources monétaires (les sommes nécessaires) ou en nature (véhicule pour faire le déplacement par exemple) afin de soutenir les membres de leur famille à Imadiala.

Ainsi, chacun des acteurs engagés dans cette « dette mutuelle » détient son propre pouvoir « politique » dont l'autre est dépendant. Si Polanyi met en évidence ce principe à travers la figure du chef dans des sociétés traditionnelles [Polanyi, 2008], une fois appliqué à notre problématique de recherche, ce principe souligne l'idée de « dette mutuelle » qu'engage la participation à ce type de relations. Ce mécanisme équivaut à « *l'instauration d'un rapport social basé sur le*

don et la dette, c'est-à-dire sur l'idée de ne-jamais-en-être-quitte-de-l'autre » (Laurent, 2000 : 178). Le principe de réciprocité, caractérisé ici par ces dettes accumulées réciproques, constitue donc une autre logique structurant ces relations, puisque ce principe suppose la circulation des biens entre des personnes en situation d'interdépendance complémentaire. Comme nous l'avons vu, ces dons et contre dons sont régulés par des normes sociales plutôt que par une équivalence parfaite.

Pour certaines familles urbanisées, les visites dans leur commune d'origine deviennent de moins en moins fréquentes en raison des coûts engendrés par ces cérémonies, et par l'abandon des croyances et rites traditionnels au profit de la religion catholique ou protestante par exemple¹³³. Aujourd'hui, cette adaptation se fait à travers des stratégies d'hybridation entre la préservation d'un mode de vie séculaire et l'incorporation de nouvelles pratiques, comme par exemple l'abandon du paiement des obligations sociales pour les familles éloignées, ou encore, le paiement en nature. Dans ce contexte changeant, on peut se demander comment cette solidarité, qui bénéficie actuellement tant aux ménages urbanisés qu'aux familles restées à la campagne va évoluer. Ce rapport de pouvoir va-t-il rester symétrique si les obligations sociales envers les pouvoirs coutumiers se délitent et perdent de leur importance pour les ménages urbanisés ?

2.3. Quelques figures de « Big Men » : l'accumulation pour soi

a. Ces « megalo » de business men

Si le marché informel du médicament peut être vu comme une initiative d'économie populaire, se fondant sur une combinaison des quatre principes d'intégration économique de Polanyi, certaines figures rencontrées illustrent le continuum entre l'économie populaire et une certaine forme de clientélisme. Dans la lignée des travaux de

¹³³ Pour plus d'informations concernant la religiosité à Madagascar, lire les travaux de Blanchy et al. (Blanchy et al., 2006) et Raison-Jourdes (Raison-Jourde, 1991)

Laurent (2000, 2003, 2007, 2013), Dupuy (Dupuy, 2008), Médard (Médard, 1922) et d'autres encore, nous reprendrons pour nous référer à ces figures, le qualificatif de « Big Men ». Les définitions sont nombreuses autour de cet acteur particulier. Nous choisissons celle de Dupuy, pour sa haute valeur heuristique. Dupuy définit le « Big Men » comme étant *« celui qui réalise cette fascinant alchimie de convertir des richesses en rapports sociaux, et en ressort du pouvoir. Parce qu'il excelle à monopoliser les richesses, et plus encore à les manipuler, il verrouille par là même, en exerçant son contrôle sur la production économique, la reproduction de la société. C'est donc par la manipulation des choses qu'il façonne son ascendant sur les êtres »*. Transposée à Imadiala, les figures de « Big Men » s'apparentent à celles des grands commerçants qui se définissent comme des « business men ». Ces commerçants se caractérisent notamment par l'ostentation avec laquelle ils démontrent leur réussite à Imadiala.

Moi j'ai fait construire une maison à quatre étages avec mes frères en faisant « plus plus » [tout le monde se cotise pour payer les matériaux et la construction]. Aucun d'entre nous ne vit ici, dans cette maison pour le moment, nous sommes aux quatre coins du pays. Mais mes parents vivent ici. Nous avons fait construire cette maison dans le but de pouvoir accueillir toute la famille en cas de besoin, pendant les fêtes, les enterrements (Un jeune passant, Imadiala).

Dans la commune d'Imadiala, nous avons compté plusieurs dizaines de demeures « paquebots », comme nous les nommerons dans la suite de ce travail en référence à leur volume et leur apparence. Ces maisons sont construites sur deux à six étages, et disposent de 15 à 100 chambres. Elles appartiennent à des commerçants ou à une fratrie de commerçants à la tête de commerces fleurissants, tout au moins l'a-t-il été au moment de la construction de la bâtisse. D'après nos interlocuteurs à Imadiala, le médicament constitue le second objet de

vente le plus fréquemment vendu par des Imadiens via des parcours informels, après les produits de première nécessité dont ils approvisionnent les épiceries. D'autres commercialisent également le *toaka gasy*.

La plupart du temps, ces bâtisses restent inhabitées, leurs propriétaires vivent ailleurs dans le pays. A force de l'usure du temps, elles finissent d'ailleurs par être totalement décrépies. Ces bâtisses qui de loin étonnent de par leur grandeur et leur modernité, témoignent si l'on regarde de plus près d'un spectacle désolant.



Usure du temps sur une demeure « paquebot » jamais habitée

Ces maisons « paquebots » ont été bâties pour « *au cas où un jour* » comme nous l'ont répété nos interlocuteurs, un évènement familial

venait à rassembler tout le monde à Imadiala. Plusieurs commerçants ont évoqué la « *honte* » que ce serait de ne pas pouvoir accueillir l'ensemble de la famille en cas de besoin, pour justifier la taille des bâtisses. Certaines de ces maisons n'ont jusqu'à ce jour jamais été ouvertes. Les propriétaires de ces bâtisses justifient l'investissement immobilier, préféré à l'investissement en banque, à cause des activités illégales d'où proviennent les revenus.



Une demeure « paquebot »

Au sein de la commune, une colline rassemble quelques maisons dont les propriétaires sont des vendeurs de médicaments.

La maison de X [un vendeur de médicaments, très connu à Imadiala et à Ambohipo pour la réussite de son commerce] était la première. Aujourd'hui, elle est la plus petite, les autres ont poussé après, sans doute il va construire une autre plus grande (Agent de l'administration communale d'Imadiala).

Dans cet extrait, nous pouvons voir les jeux de pouvoir qui se jouent entre les « Big Men » d'Imadiala. Aujourd'hui, ce type de défi est encore bien présent et se joue au niveau des familles aisées de la région. Cette ostentation des richesses s'illustre particulièrement au moment de l'organisation d'événements familiaux, comme le retournement des morts par exemple (le *fahamadiana*, le rite funéraire qui consiste à sortir les dépouilles mortelles des tombeaux et les entourer d'un nouveau linceul).

Les familles riches défient les autres en faisant des fahamadiana à la fin de la saison, pour être surs de faire mieux que tout le monde. Si les précédents n'ont tué que deux zébus, ils en tueront trois. S'ils n'avaient invité que deux artistes nationaux, ils en inviteront trois. Le défi c'est de faire mieux que l'autre (Agent de l'administration communale d'Imadiala).

Comme l'indique Rasoamampionona dans son analyse des rites de bénédictions de maisons dans le Sud Betsileo, les familles aisées effectuent des rites ostentatoires pour rendre visible leur richesse (Rasoamampionona, 2014 : 7). Au même titre, une réelle compétition se joue entre les « Big Men » du médicament, dans la taille de la demeure et le choix de la couleur pour orner la façade, comme nous pouvons le voir sur ces photos.



Les photos suivantes illustrent le contraste entre les maisons traditionnelles et les maisons construites avec les revenus issus des commerces informels. Sur les Hautes Terres centrales, les constructions traditionnelles associent le pisé (argile) pour la base des murs à la brique crue pour les étages et pignons. Au rez-de-chaussée,

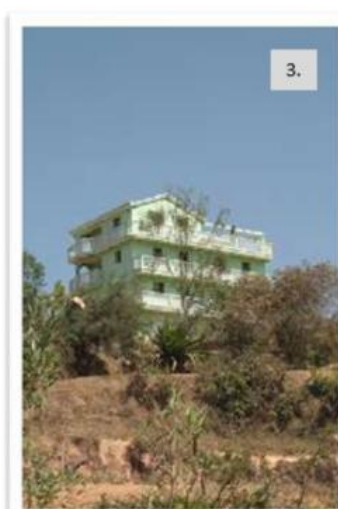
l'entrée sert souvent de remise au matériel agricole et la pièce nord à stocker des vivres. L'escalier est composé de deux volées sous lequel loge la volaille et est abrité le silo à riz.

Les maisons sont construites selon une architecture différente des modes de constructions traditionnels (plus hautes, avec de nombreux balcons), les façades sont peintes dans des couleurs plus criardes. Pour la décoration des façades, certains commerçants s'inspirent de marques de chaussures de sport ou de chanteurs internationaux.

1. Habitations traditionnelle des Hautes Terres



2 - 6
Habitations des
commerçants



Pour expliquer leur réussite, les « Big Men » interrogés s'appuient en partie sur le mythe fondateur de la commune d'Imadiala. Les récits retraçant ce mythe divergent légèrement mais la trame principale et le dénouement restent semblables. C'est dans ce mythe que les Imadiens interrogés trouvent la source de l'ambition, de la folie des grandeurs de certains Imadiens.

EXTRAIT D'UN ENTRETIEN AVEC UN VILLAGEOIS D'IMADIALA

Ramady Maditra (qui signifie « têtue ») est né sous un mauvais signe, sur une des collines de la commune. Pour le voir naître, ses parents ont consulté de nombreuses matrones et devins. Le père de Maditra mourut le jour de sa naissance. Toute la famille rassemblée pour la naissance de l'enfant y voit un signe de malheur. Au désespoir de sa mère, la décision est donc prise d'abandonner l'enfant dans une grotte. Cependant après trois jours l'enfant est toujours en vie, de petites gouttelettes d'eau l'avaient nourri. La famille réalise que cet enfant a quelque chose de particulier. Une fois devenu adulte, Maditra accomplit l'irréparable. Les deux *Mpanjaka* (rois) qui régnaient à l'époque sur la région avaient le projet d'assécher les vallées afin d'en faire des rizières. Les travaux prévus de creusement et de drainage étaient immenses. Un soir, avant la date prévue pour la mise en œuvre des travaux, Maditra se mit à creuser et à assécher la vallée à l'aide d'une énorme roche (voir illustration ci-dessus). Le lendemain matin en voyant cet œuvre, les deux Rois sont furieux que quelqu'un ait pu les défier à ce point. Ils envoient leurs milices à travers le Royaume pour en chercher l'auteur, avec pour ordre de le faire disparaître, car il mettait leur autorité en péril. Malheureusement, Maditra est retrouvé avec sur l'oreille des traces de boue. Il est tout de suite reconnu. Les *Mpanjaka* donnèrent l'ordre qu'on l'exécute mais les tentatives sont vaines, l'homme souffre, mais ne meurt pas. Voyant que sa mère souffre encore plus que lui à la vue de ce spectacle, il lui transmet le secret pour le tuer. Elle l'exécuta tout de suite pour abréger ses souffrances. C'est pour son courage et sa bravoure à défier les autorités qu'on a baptisé la commune de son nom.

Ce mythe fondateur, ayant pour protagoniste principal un homme particulièrement ambitieux et capable de défier l'autorité, inspire les commerçants d'Imadiala. Il met en évidence le défi que Maditra lance à ses autorités : « *vous ne pourrez pas faire mieux que moi* ».

b. Prosper et Hanta : deux « Big Men » Imadiens

« C'est moi le patron »

Nous allons ici décrire le profil de deux « Big Men » dont les parcours montrent qu'ils sont des *self-made men* (Laurent, 2000 : 180) au sens où c'est de leur propre force et habilité, et non par héritage qu'ils sont parvenus à occuper aujourd'hui des places notables dans leur commune.

Prosper est un homme de 48 ans. Il est marié et a trois enfants. Il a commencé des études d'économie qu'il n'a pas terminées. Il est originaire de Fahizay, un de *fokontany* de la commune d'Imadiala. Son père était agriculteur. Prosper a commencé par travailler dans le secteur « formel », dans « la légalité ». Mais « *même si je faisais bien mon travail, et dans la légalité, je me faisais avoir par d'autres, je ne parvenais donc pas à gagner de l'argent* ». C'est ainsi qu'il a commencé à travailler dans « l'illicite ».

Nous avons abordé Prosper car sa sœur, la tenancière de la plus grande épicerie d'Imadiala, nous l'avait décrit comme un « *business men* » dont la maison en construction non loin du centre de la commune, était l'une des maisons « paquebots » décrites plus haut. Nous l'avons donc abordé pour lui demander pourquoi il se faisait construire une aussi grande maison. Il nous a répondu : « *C'est pour mes enfants, les villes vont s'agrandir et un jour tout le monde va revenir à la campagne. C'est comme à Paris* ». Il nous raconte alors qu'il a trois maisons : une à Antananarivo qu'il loue, une autre en construction dans la commune d'Imadiala, « *C'est une maison faite selon les plans de France* », nous dit-il, et une dernière à Fianarantsoa. Prosper a vécu à La Réunion de 1991 à 1996, puis en France métropolitaine entre 1997 et 2009. Sa femme le rejoignait régulièrement à La Réunion, elle y vendait de l'artisanat malgache. Nous lui avons demandé les raisons pour lesquelles il a décidé de partir. « *J'avais envie de voir autre chose* », nous a-t-il alors répondu.

« C'était pour voir si je pouvais y gagner plus d'argent qu'ici. Mais finalement je regrette d'être parti, j'aurais mieux fait de rester ici, j'aurais certainement plus d'argent aujourd'hui ». A La Réunion il participait aux vendanges de canne à sucre. En France, il était chauffeur et livreur. Il habitait seul et a *« observé que ce n'était pas facile et que le transport, le loyer, l'électricité, tout ça c'était cher. Et qu'en plus là-bas tout devait être déclaré »*. Au décès de ses parents il a décidé de revenir à Madagascar pour continuer *« tout ce que ces parents avaient laissé »*, pour s'occuper des biens familiaux. Ils sont une fratrie de 5 enfants dans la famille dont un autre garçon mais qui est décédé. Il n'y avait donc que lui qui pouvait assurer le suivi. Prosper est aujourd'hui commerçant. Il approvisionne des dizaines d'épiceries à travers le pays en produits alimentaires, il commercialise du *toaka gasy* qu'il achète et revend à Antananarivo et Antsirabe. Il est propriétaire de plusieurs bus qu'il loue à des compagnies de transports, il *« fait du médicament »* aussi. Il a un dépôt de médicaments qu'il ravitaille en partie par le biais de grossistes répartiteurs à Antananarivo, en partie par les marchandises des vendeurs d'Ambohipo.

« J'ai le goût du business, je réfléchis toujours s'il n'y a pas de nouveaux investissements à faire, je ne me repose jamais. J'aime faire du commerce mais je ne dors jamais sur mes deux oreilles alors que le fonctionnaire une fois qu'il a terminé sa journée de travail, même s'il gagne moins, il dort bien ». Nous avons demandé pourquoi investir dans l'immobilier plutôt que de faire des placements bancaires, il nous répond *« tout le monde va se poser beaucoup de questions. Comme ce sont des activités illégales je préfère placer dans l'immobilier. Moi ma banque c'est mon stock de riz »* continue-t-il encore. Nous l'interrogeons alors sur ces rapports avec la police, en a-t-il peur ? Il répond que c'est plutôt la police qui a peur de lui, *« ils ont peur des gens qui ont des gros ventres car ce sont des riches. C'est moi le patron »*. Nous lui demandons si ces policiers font partie de la famille,

ou s'ils sont amis. Il répond « *non pas vraiment mais je leur donne un peu d'argent et on arrive toujours à négocier* ».

« Ici, on ne mange que des patates »

Bodo est une jeune femme de 30 ans. Elle est née dans la commune d'Imadiala, et mariée à un homme originaire également de cette commune. Elle est vendeuse de médicaments à Ambohipo depuis 11 ans. Bodo nous raconte qu'à l'époque, il n'y avait que quatre vendeurs. « *C'est à ce moment-là que ma vie a changé. Je suis parvenue à épargner tellement d'argent que j'ai pu construire ma maison en 4 mois seulement, en 2005* ». Aujourd'hui elle s'est mise à son propre compte et livre aux marchands ambulants qui ravitaillent les épiceries de la capitale. Nous sommes au mois d'août et une grande fête de retournement d'un ancêtre se prépare dans sa maison, nouvellement construite non loin du chef-lieu de la commune. Bientôt, un minibus de la marque Mazda arrive dans leur cour, chargé de matelas, de sacs de riz, de valises et d'une quinzaine de personnes venant d'Antananarivo pour la fête.

Ces deux figures témoignent de leur indéniable réussite sur le plan économique. Ces deux individus s'émancipent par la même occasion, partiellement, de l'univers de la dépendance à leur entourage, voisins, amis et lignages. Outre cette émancipation, qui offre la mobilité (séjours en France à La Réunion), l'exemple de Prosper démontre un exemple d'émancipation à l'égard des cadres réglementaires : « *c'est moi le patron* » nous dit-il. Il montre le rapport de pouvoir dans lequel il s'inscrit, précisant bien que face à la loi, c'est lui qui pèse le plus lourd dans la balance.

Ces deux figures affichent clairement également la volonté d'une accumulation individuelle, mais montrent également la force de la logique de redistribution : Bodo par exemple, du haut de ses 30 ans, se retrouve à accueillir chez elle les membres de sa famille de passage pour célébrer un *fahamadiana*.

Comme nous l'avons vu, Prosper possède plusieurs « pôles d'accumulation ». Selon Laurent, cette notion « renvoie à l'élaboration d'un noyau d'activités qui visent à procurer des ressources aux membres du clan du leader » (Laurent, 2000 : 174). Ces activités sont diverses : commercialisation de l'alcool local, location de biens (voitures, maisons), commercialisation de médicaments.

Il est étonnant de noter que ces « Big Men », qui se disent pourtant attachés à leur *tanindrazana*, ne mettent en place aucune action publique, qui viserait l'amélioration des Imadiens, tels que l'entretien des routes, le forage de points d'eau, l'électrification des *fokontany*. Les retombées de leurs commerces visent donc uniquement la « reproduction de la vie » des membres de leurs familles proches.

Conclusion : Une pratique commerciale qui mobilise les principes économiques

Comme nous l'avons vu, le commerce de vente informelle de médicaments à Ambohipo naît du partage d'un « filon », de l'acquisition d'un savoir-faire, de la constitution de réseaux de fournisseurs et de clients. Une formation de quelques mois, à l'arrivée du cousin, du frère venant d'Imadiala ou d'ailleurs, se déroule non pas dans l'objectif de créer ensemble une collaboration commerciale. En effet, nous l'avons vu, assez rapidement l'apprenti s'autonomise et crée lui-même son commerce de médicaments. Ce phénomène nous a longtemps interrogés : le commerçant ne créait-il pas par ce biais sa propre concurrence ?

Le détour par la commune d'origine a permis de caractériser le type de solidarité qui fonde les liens familiaux à la fois entre les commerçants d'Ambohipo, et entre les vendeurs et leur famille restée à Imadiala. Nos interlocuteurs d'Ambohipo soulignent l'importance de la solidarité et le *fihavanana* dans leurs liens entre vendeurs. Cette notion est essentielle dans la réussite de leur commerce, mais à première vue, aucune concrétisation de cette solidarité n'était visible, puisque cette pratique commerciale est essentiellement individuelle, chaque unité de vente fonctionnant de manière autonome (fixation des prix, circuits d'approvisionnement, clientèle). Après avoir mené des entretiens avec des vendeurs rentrés à Imadiala, ou avec les familles des vendeurs restées sur place, il est apparu que la nécessaire solidarité entre vendeurs dépasse en fait largement l'espace de vente, et se situe davantage au niveau des liens familiaux dans leur globalité tel que l'exige le *fihavanana*, comme étant la base même de tout le système social betsileo et plus globalement malgache.

Le moteur de cette solidarité entre vendeurs est somme toute assez banal et se fonde donc sur le principe de justice de l'*atero-ka-aloa*, pris ici dans son acception générale de réciprocité du don et pas

uniquement dans sa définition économique. Certaines normes caractérisent les liens plus serrés et concernent davantage la famille nucléaire : transfert monétaire d'Ambohipo vers Imadiala et en échange, participation aux obligations sociales. De ces deux notions de « famille » (élargie, nucléaire), découlent des enjeux différents. Le premier groupe, celui de la famille élargie, présente un appui ponctuel. Comme nous l'avons vu, les ressources économiques collectives sont mobilisées pour faire face à l'adversité : événement malheureux, maladie, etc. Pour parvenir à maintenir la dynamique du marché informel de médicament (approvisionnement auprès des secteurs formels, vente à Ambohipo, circulation des médicaments à travers le pays, etc.) c'est le capital social et économique individuel qui est mobilisé de manière collective. Ces systèmes de sécurisation s'étendent ensuite à l'échelle d'une famille élargie et/ou d'un groupe social, ici, le groupe social de vendeurs de médicament betsileo, vivant à Ambohipo. Grâce à ces réseaux d'interconnaissances, les familles paysannes sortent de leur isolement et de leur précarité. Le membre de la famille « urbanisé » incarne la promesse d'une sortie de la situation de la condition paysanne.

Alors qu'au sein des familles nucléaires, et plus spécifiquement au sein des fratries puisque l'héritage se transmet de père en fils, la réciprocité constitue le fondement même des relations et instaure un lien de dépendance étroit entre les individus. Ce lien est par ailleurs nécessaire à la survie du groupe : à travers ce lien, une continuité et un entretien des liens ancestraux est garantie malgré l'importante rupture que présente la migration.

Le marché informel du médicament est donc un exemple emblématique d'initiative d'économie populaire, qui s'oppose à la rationalité économique capitaliste. Les acteurs de la vente n'échangent pas leur force de travail pour un salaire : leur travail ne consiste pas en un travail rémunéré. Le principe de la vente est l'utilisation de leur propre force de travail (mobilisation du capital social et économique, aptitudes commerciales, appui sur les modes de sécurisation du

groupe) pour garantir la subsistance immédiate mais aussi pour produire un excédent qui peut être échangé, dans un système de dette mutuelle engagée avec les Imadiens restés sur les terres d'origines, contre la garantie du respect du *fihavanana* et l'entretien des obligations sociales et du *tanindrazana*. La « reproduction élargie de la vie » est donc bien le principal élément qui fonde l'organisation et le fonctionnement du marché informel du médicament à Madagascar. Par l'implication au sein de ce marché informel du médicament, les acteurs recherchent ensemble une façon d'affronter leurs problèmes immédiats, qu'ils soient économiques (démonétarisation) et sociaux (migrations, délitement des rites coutumiers).

Cependant, comme nous l'avons vu dans cette partie, l'économie populaire qui ne se caractérise pas au départ par l'investissement en capital (Sarria Icaza et Tiriba, 2005 : 219), peut donner lieu à l'édification de « Big Men », motivés par l'idée d'une maximisation des profits. Pour ces acteurs, le marché informel du médicament constitue une production planifiée. Il n'est donc plus question ici d'une logique de réciprocité ou de redistribution, la logique de marché reprend le dessus, en ce sens que c'est bien l'aspect lucratif qui est visé, car il offre le pouvoir et l'occasion de se dégager des liens pesants de l'entraide familiale.

En conclusion, cette troisième partie analyse les notions fondatrices des liens familiaux et extra-familiaux à Madagascar. Il démontre un entremêlement des logiques dites économiques et des logiques socioculturelles basées sur des normes sociales partagées. Ces deux logiques se combinent ensemble, dans un mouvement constant où l'une prime sur l'autre et inversement. La notion de *fihavanana* anime les liens parentaux permettant une harmonie sociale, liens vivants entre les individus, les familles, les voisins, la communauté. Cette partie montre comment ces deux notions (*fihavanana* et *tanindrazana*) prennent toute leur importance dans les relations entre vendeurs à Ambohipo, et plus largement, comment ces deux notions régissent les

liens sociaux entretenus entre les vendeurs « urbanisés » et le *fokonolona* rural, resté sur les terres d'origines.

Cette troisième partie a donc permis de mettre en avant les raisons pour lesquelles nous pouvons parler dans ce travail de « *revanche populaire* » : c'est en effet tout un secteur de distribution qui, articulé aux secteurs formels fait preuve d'une extrême flexibilité. Nous verrons dans la partie suivante que ce marché s'adapte aux modes de dépenses des ménages, qu'il parvient à s'engouffrer dans les failles d'un système qui évolue, qu'il rend les médicaments disponibles à la fois aux ménages ruraux, aux urbains et aux différents groupes sociaux. La partie suivante permettra de mettre en lumière en quoi le marché informel du médicament permet une revanche populaire, si l'on se place cette fois du côté des usagers.

Partie IV : Une demande populaire en médicaments

« Quand le médicament arrive dans les mains du consommateur, il atteint le dernier stade de sa vie : quelqu'un va l'utiliser dans le but de se restaurer, améliorer ou conserver sa santé » (Van der Geest, 2012 : 9).

Dans la perspective d'une analyse de « carrière » ou de « vie sociale » du médicament, la consommation du médicament par un individu marque la dernière étape de sa vie. Cette étape est essentielle car la manière dont le médicament est pris constitue un moment important dans la vie d'un individu. Sa *« matérialité est terriblement efficace, puisque des centaines de millions de personnes ne doivent leur (sur)vie qu'à leur consommation »* (Desclaux et Lévy, 2003 ; 5). Sanabria parle à ce sujet de l' *« ultime désagrégation de ces objets hautement éphémères »* (2009 : 170), au sens où la matérialité même des médicaments est consommable et que leur absorption par les usagers est centrale à leur fonction en tant qu'objets. Selon l'auteur, ce sont des objets destinés à disparaître et à se dissoudre. C'est précisément de cette dissolution et absorption que dépend l'efficacité de l'objet.

Dans ce chapitre nous analyserons les recours aux acteurs privés et informels de la vente des médicaments ainsi que les usages faits des médicaments, en fonction des savoirs populaires qui se construisent autour de cet objet. L'hypothèse qui nous guide ici est que cette demande populaire de médicaments informels constitue une réponse adaptée aux dépenses du quotidien des ménages, dans un contexte de démonétarisation et de dysfonctionnement des secteurs formels de distribution pharmaceutique. Leur disponibilité sans prescription et l'omniprésence des points de vente formels et informels leur confère une facilité dans l'accès et la consommation.

Nous le verrons, les recours aux différentes offres de soins ne sont pas linéaires, ils ressemblent davantage à des itinérances, des recours en parallèle. Nous partons néanmoins d'une base commune aux deux catégories socio-économiques interrogées (les acteurs populaires et les individus de catégorie socio-économique moyenne) : les choix sont rationnels et basés sur une volonté pragmatique de guérison à moindres coûts (Baxerres et Le Hesran, 2004). Ces choix sont déterminés par un ensemble de facteurs que nous analyserons ici. L'analyse des récits d'individus issus de deux catégories socio-économiques différentes nous permettra, dans cette partie, de mettre en lumière la variabilité des contextes dans lesquels se déroulent les choix en santé pour ces familles, les divergences et les récurrences dans les pratiques de recours aux soins.

Chapitre 1 : Connaissances et savoirs populaires en santé

Le milieu urbain est au cœur de nos recherches pour ce volet concernant les usagers, malgré qu'il soit généralement admis que la ville offre une gamme de soins diversifiés et pose donc moins de problèmes concernant l'accès aux soins. En effet, le regard porté à une échelle urbaine montre une offre de soins spatialement mal répartie et souvent peu accessible, notamment par les habitants de quartiers périphériques (Nikiema et al., 2015). Antananarivo présente un éventail de soins multiples et de qualité variable auxquels sont associées des offres pharmaceutiques privées, publiques et informelles abondantes. Pourtant, les travaux menés à Antananarivo sur le recours aux soins des populations « défavorisées » démontrent un accès limité à l'offre de soins (Parizot et al., 2005 ; Rendremanana et al., 2001 ; Wachsberger, 2006) pour les raisons que nous analyserons ici.

1. Quelques éléments de théorie

1.1. *Le recours aux soins de santé : l'évidence du pluralisme médical*

Les comportements de recours aux soins est un sujet d'étude largement exploré depuis les années 1970 en anthropologie de la santé (Baxerres et Le Hesran, 2004 ; Bonnet, 1986, 1995 ; Desclaux, 2015 ; Fainzang, 1985, 2004, 2010 ; Franckel et Lalou, 2008 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1999 ; Rode, 2010 ; Souley, 2003 ; Tremblay, 1982)¹³⁴. Ces recherches visent notamment l'étude des représentations de maladies, des étiologies populaires soulignant les diversités d'interprétation des maladies et des types de recours (traditionnels et/ou biomédicaux) qui en découlent.

Entre les années 1970 et 1990, les analyses portaient principalement sur les zones rurales des pays du sud, et mettaient en évidence les obstacles à l'accès aux soins liés à l'enclavement des populations et le recours aux « *médecines non occidentales* » (Genest, 1977). Les villes apparaissaient alors mieux loties que les villages en terme d'offre de soins, les disparités d'accès aux lieux de soins en zone urbaine n'ont été étudiées que plus tard (Olvera, Plat et Pochet, 2011 ; Parizot et al., 2005). Les différentes offres de soins étaient appréhendées à travers une classification dichotomique. La médecine traditionnelle s'opposait à une médecine moderne, aujourd'hui plus communément nommée biomédicale. L'analyse des bouleversements engendrés par l'implantation du système de santé biomédical dans des zones reculées a constitué une thématique de recherche largement étudiée. En milieu rural au Burkina-Faso par exemple, l'implantation de systèmes de santé « *relevant de la médecine occidentale* » (Fainzang, 1985 : 106) apparut comme une option de soins nouvelle pour les populations, au vu de l'offre thérapeutique proposée jusqu'alors principalement par des institutions « traditionnelles » : guérisseurs et devins. Le focus des

¹³⁴ L'objectif ici n'est pas d'entreprendre un relevé exhaustif de tous les travaux réalisés dans le domaine mais de souligner le développement de ce champ de recherche depuis près de 50 ans.

études anthropologiques menées dans les pays du sud était alors orienté vers l'articulation de ces offres thérapeutiques nouvelles et les transformations produites par l'intégration d'une nouvelle offre sur les représentations locales des maladies et les pratiques thérapeutiques qu'elle allait engendrer : rupture, coexistence ou continuité.

Dix années plus tard, dépassant cette vision dichotomique, Benoist souligne en 1996 l'évidence du pluralisme médical, indiquant que « *des médecines différentes, appartenant à des horizons historiques et culturels différents, sont utilisées en même temps ou successivement par les mêmes personnes* » (1996 : 7). L'enchevêtrement des systèmes médicaux ne renvoie pas tant à une synthèse des croyances qu'à des réajustements constants dans la pratique thérapeutique (Franckel, 2007). Cette notion de « recours aux soins » renvoie effectivement aux multiples stratégies mises en place par les populations pour exploiter au mieux l'éventail de possibilités thérapeutiques qui leur est offert. Dans ce champ de recherche, les enjeux économiques, sociaux, culturels, géographiques qui sous-tendent les choix de recours aux soins ont été largement analysés.

En modélisant les multiples approches de l'étude des comportements de recours aux soins, Fournier et Haddad distinguent quatre thématiques principales : l'étude des caractéristiques de l'offre thérapeutique ; l'étude des perceptions de la maladie ; l'étude des mécanismes décisionnels aboutissant au recours thérapeutique ; l'étude des déterminants des pratiques thérapeutiques (Fournier et Haddad, 1995). Une cinquième thématique doit, nous semble-t-il, figurer ici, celle des usages faits des produits thérapeutiques, notamment les médicaments pharmaceutiques dont il est question dans ce travail.

1.2. Usages des médicaments et automédication

Les usages des médicaments font l'objet d'une littérature en sociologie et en anthropologie importante (Baxerres et Le Hesran, 2012 ; Collin, Otero et Monnais, 2006 ; Duncan et al., 2006 ;

Fainzang, 2007a ; Hardon, Hodgkin et Fresle, 2004 ; Hardon, 1987 ; Okumura, Wakai et Umenai, 2002 ; Sarradon-eck, Blanc et Faure, 2007 ; Sussman, 1988 ; Vega, 2012)¹³⁵. Cette littérature témoigne de la centralité du médicament et de son rôle symbolique dans le cadre de la relation entre patients et médecins par exemple (Fainzang, 2010 ; Van der Geest, Hardon et Whyte, 1996). Cette notion d'usages soulève d'une part la question de la prescription, et d'autre part celle de la consommation. Elle débouche sur l'idée d'efficacité, comme finalité de l'objet médicament. Nous traiterons ici en particulier les usages des médicaments, en ce qu'ils sont intrinsèquement dictés par les savoirs populaires des sujets en matière de santé. Nous verrons que ces savoirs populaires pour les sujets interrogés sont fortement fondés sur les savoirs biomédicaux.

A ce stade, il convient de faire le point sur la terminologie utilisée pour faire référence à « celui qui consomme » les médicaments : usager, sujet, patient ou malade¹³⁶, chacun de ces termes renvoie à une signification différente, faisant varier le degré d'autonomie notamment, le caractère « agissant » ou au contraire passif de sa posture (Fainzag, 2012). Fainzang suggère qu'il est plus pertinent de parler de « sujet » lorsque l'on traite de la posture d'autonomie

¹³⁵ On parle aujourd'hui notamment des usages « détournés » de certains produits pharmaceutiques, trois formes de détournements pouvant être distingués : les mésusages, les abus, les dopages (Garnier et Lévy, 2007). Il existe une littérature scientifique recensant les différentes situations de consommation détournées surtout pour l'aire américaine. Par exemple, Thoër et Aumond (Thoër et Aumond, 2011) rappellent la consommation en quantités excessives d'antalgiques contenant de l'oxycodine (McCabe et al. 2005a, 2005b, 2005c). D'autres auteurs traitent plus spécifiquement du Ritalin® (Teter et al., 2006), de sirops pour la toux à base de dextrométhorphan (Schwartz, 2005) ou encore du Subutex® (Feroni et Lovell, 2007) dans le but d'obtenir des états de conscience modifiés, en progression chez les adolescents et les jeunes adultes (Garnier et Lévy, 2007). Collin et *al.* ont travaillé au Québec sur la sur-prescription de psychotropes pour les personnes âgées (Collin, Damestoy et Lalande, 1999). Ces auteurs montrent que certains médicaments possèdent des propriétés psychotropes et peuvent être utilisés par des individus dans un contexte récréatif (Pharm et al., 2008).

¹³⁶ Pour rendre compte des distinctions à faire entre ces différents termes, voir Soum-Poulayet, 2007 ; Van der Geest, 2010 ; Pierron, 2007 (in Fainzang, 2012).

qu'implique l'automédication, autrement dit « *lorsqu'on fait référence à l'individu qui se considère à un moment donné comme malade, ou qui fait l'expérience d'un désordre, ou encore qui souhaite le prévenir, l'amenant à décider de prendre des médicaments de sa propre initiative et à devenir usager* » (Fainzang, 2012 : 13). Nous opterons ici pour le terme « sujet » pour référer à l'individu engagé dans le labyrinthe de la quête et des pratiques de soins car ce terme souligne le caractère en partie choisi et en partie imposé des pratiques qu'il exerce, il rend compte des multiples influences exercées sur l'individu en quête de soins. Le « sujet » est à la fois le « sujet du verbe », le maître de ses actes, et à la fois le « sujet du roi », c'est-à-dire qu'il est en partie soumis à une force qui le dépasse (Fainzang, 2012). Dans une perspective faisant du médicament un objet traversant différents régimes de valeurs, et étant finalement consommé comme marchandise caractérisée par des propriétés efficaces, nous utiliserons également le terme « usager ».

L'on ne peut pas poser la question des usages des médicaments sans questionner la notion d'automédication. Cette notion a été largement étudiée dans différents contextes géographiques tant au Nord (Collin, 1999 ; Fainzang, 2003) que dans les pays du Sud (Desclaux, 2015 ; Edgeworth et Collins, 2006 ; Fainzang, 2010 ; Jaffré, 1999 ; Mahamé et Baxerres, 2015 ; Van der Geest, 1987 ; Wogaing, 2010). Cette pratique est envisagée ici selon la définition de Fainzang qui met en avant l'idée que le sujet consomme le médicament de sa propre initiative, dans un contexte marqué par l'absence de consultation médicale pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il soit acquis dans une officine ou auprès d'une autre personne (Fainzang, 2012 : 3). L'automédication, en tant que pratique de consommation des médicaments, est un concept clé en anthropologie de la santé. A ce sujet, Fainzang nous dit que c'est « *ce que l'automédication nous dit en creux, de la relation à l'Autre (au médecin et à l'entourage), qui en fait un objet véritablement anthropologique* » (2012 : 26).

L'automédication implique l'autodiagnostic, l'utilisation de médicaments précédemment acquis et rassemblés par exemple au sein d'une pharmacie domestique ¹³⁷, ou l'acquisition de médicaments sans conseils médicaux. L'automédication est une conduite hautement sociale, en ce qu'elle ne saurait être exercée de manière totalement indépendante, en dehors de toutes influences extérieures (Desclaux, 2015 ; Fainzang, 2010). L'utilisateur décide de lui-même d'un traitement, en fonction des symptômes qu'il s'auto-diagnostique, de ce qu'il identifie comme symptômes. Mais ce choix est également fonction des savoirs qu'il possède sur son mal, des expériences passées d'échec ou de réussite d'un traitement utilisé pour des symptômes analogues, de la manière dont il perçoit les soignants qui ont pris en charge ses maux par le passé. Le choix d'un médicament plutôt qu'un autre, par exemple, peut en effet être le résultat d'une prescription antérieure. Ce choix, à priori libéré du pouvoir exercé par le soignant et rendant le sujet autonome, trouve néanmoins sa source dans le cadre d'une relation à un soignant.

La base de l'automédication est la reproduction d'un traitement qui a fonctionné ¹³⁸. En ce sens, l'automédication est un acte imitatif ¹³⁹. Ce qui diffère, c'est le cadre dans lequel cette pratique a lieu (cadre formel ou informel), l'incitateur qui oriente le choix (entourage, soignant, épiciers, pharmacien, vendeur informel de médicaments) et la personne pour qui/par qui est faite l'automédication (quand un parent décide pour son enfant par exemple).

Des variations des modalités dans la pratique de l'automédication ont été notées. En effet, cette notion d'automédication se décline en plusieurs modalités, faisant varier la source de l'information utilisée

¹³⁷ Pour l'utilisation du terme « pharmacie domestique », nous référons aux travaux de Fainzang qui définit l'espace « domestique » comme étant l'espace habité (Fainzang, 2003 : 139).

¹³⁸ Communication orale de Olivier de Sardan, « Rencontres Nord/Sud sur l'automédication », Cotonou, Bénin, mars 2015.

¹³⁹ Grand-Filaire, 1992 cité in Fainzang, 2012.

comme base pour l'automédication : automédication prescrite (quand le malade se base sur un épisode pathologique passé et réutilise la prescription au moment de la réapparition de symptômes similaires), automédication conseillée (lorsque l'entourage oriente le choix thérapeutique), automédication marchande (quand c'est un individu sans « *savoir spécialisé* » en santé (Olivier de Sardan, 2001b : 65) qui oriente le choix, comme l'épicier ou le vendeur), automédication auto-prescrite (quand l'utilisateur demande au soignant une prescription pour un médicament en particulier). L'automédication peut être formelle, les produits pharmaceutiques sont alors achetés en pharmacie/dépôts de médicaments ou informelle, lorsque l'achat se fait via les différents types de vendeurs informels. Les pratiques en santé et les usages de médicaments sont intrinsèquement liés aux savoirs populaires des usagers.

2. Dénominations populaires des médicaments pharmaceutiques à Madagascar

2.1. *Ody et fanafody*

A Madagascar, le terme générique « *fanafody* » est employé pour référer à l'ensemble des remèdes existants pour faire face aux problèmes de santé : médicaments pharmaceutiques, médicaments traditionnels et néo-traditionnels. Selon Rakotomalala, « *c'est le terme fanafody qui est passé, à l'époque coloniale, dans l'usage des français de Madagascar : d'une personne qui semblait victime de sorcellerie ou de charmes généralement maléfiques, ils disaient qu'elle était « fanafoudée* » » (2006 : 245). Si le terme *fanafody* renvoie à la notion de remèdes, le terme *ody* est utilisé dans la littérature pour référer aux « charmes ». « *L'approche ethnolinguistique nous permet de distinguer ody de fanafody : un fanafody est à l'origine bienfaisant, il sert à lever un mal* » (Rakotomalala, 2006 : 245). Selon

Rajaonarimanana, le terme *fanafody* signifie « *ce qui fait rentrer à l'état normal* » ¹⁴⁰.

Le terme *fanafody* se traduit plus largement par les mots remèdes, charmes, ou médicaments (Blanchy et al., 2006 : 232). Il comprend le terme « *ody* » qui renvoie à une vertu thérapeutique (Raison-Jourde, 1991 : 84) et « *désigne tout objet censé posséder la force magique de produire des changements vitaux en bien ou en mal ou de neutraliser de telles forces en conservant l'état normal, l'état dans lequel on se trouve* » ¹⁴¹.

Historiquement, des expressions telles que « *fanafody gasy* » (littéralement « médicaments malgaches ») ou « *aretina gasy* » (« maladies malgaches ») renvoient à une opposition identitaire entre la « médecine des blancs » et la médecine malgache (Rakotomalala, 2006 : 257). Selon Rakotomalala, il existe d'une part les maladies qu'il est possible de soigner avec la « médecine du blanc » et d'autre part les « *aretina gasy* », qui ne peuvent pas être soignées par cette médecine en particulier. A ce titre, il décrit les injections comme étant le symbole fort de la médecine moderne, pouvant provoquer la mort, si elle est utilisée pour prendre en charge les « *aretina gasy* ».

Aujourd'hui, les « *fanafody gasy* » sont largement utilisés par toutes les franges de la population malgache. Les *fanafody gasy*, sont largement disponibles à Antananarivo sous trois formes différentes : plantes médicinales brutes (forme brute, fraîche ou sèche), remèdes traditionnels à base de plantes médicinales transformées (sirop, poudre, huile, baume, tisanes), remèdes traditionnels améliorés ¹⁴² (huile, tisane, baume, bain de bouche, sirop, solution buvable) (Didier, 2015b). Ces médicament néo-traditionnels ou

¹⁴⁰ Rajaonarimanana N., cité in Rakotomalala R., 2006 : 245.

¹⁴¹ Rajaonarimanana, 1995 : 29 cité par Rakotomalala, 2006 : 245.

¹⁴² Ces RTA sont vendus notamment par les boutiques « Homéopharma » implantées dans tous les quartiers de la capitale. Outre une large gamme de phytoremèdes, les instituts Homéopharma proposent des massages.

remèdes traditionnels améliorés constituent pour les sujets interrogés des traitements considérés comme moins agressifs pour le corps que les médicaments « chimiques », plus proches de la nature. Ils sont appréciés pour leur côté « naturel » qui s’oppose aux composants « chimiques » des médicaments industriels, selon les termes utilisés par l’un de nos interlocuteurs, qualifications que l’on retrouve également dans d’autres aires géographiques (Coderey, 2014). Ces différentes formes de remèdes sont qualifiées par le terme générique de *fanafody gasy*, sans que l’on puisse distinguer par ce terme à quelle forme plus spécifique on fait référence. On retrouve des étalages de plantes au sein des grands marchés hebdomadaires et permanents et le long des voies. Ces remèdes circulent également largement via des vendeurs ambulants, reconnaissables par les marchandises qu’ils arborent. Il est intéressant de noter que si les médicaments pharmaceutiques ne sont pas vendus au détail par des marchands ambulants à Antananarivo (*a contrario* de ce que l’on peut voir dans d’autres capitales africaines), les colporteurs, comme ils sont plus communément nommés ici, sont nombreux par contre à vendre des remèdes à base de plantes transformés.

Ainsi, les discours de nos enquêtés ne se construisent pas autour d’une dichotomie qui opposerait les médicaments « étrangers » aux médicaments « malgaches », mais plutôt autour de la notion de médicaments « naturels » et médicaments « chimiques ». Cette opposition, construite davantage autour de la composante du médicament que de la provenance (d’une part la pharmacopée traditionnelle malgache, de l’autre les firmes pharmaceutiques internationales), traduit l’importance accordée aux constituants (naturels ou chimiques) de ces médicaments et des représentations de ces médicaments pour les sujets ¹⁴³.

¹⁴³ Comme évoqué en introduction de ce travail, bien que les médicaments traditionnels ou remèdes traditionnels améliorés (RTA) participent largement des pratiques thérapeutiques des personnes interrogées en cas de maladie, nous rappelons que nous nous sommes centrés, dans le cadre de ce travail, sur les

Un même terme est donc utilisé pour désigner un large éventail de produits thérapeutiques, qu'ils soient issus de la médecine biomédicale ou traditionnelle. Il renvoie à des formes de prescriptions diverses (prescription dans le cadre d'une consultation biomédicale ou traditionnelle, prescription écrite ou orale ¹⁴⁴) et mobilise différents types de soignants (professionnel de la santé, devins, matrone ¹⁴⁵).

D'une manière générale, l'ensemble de ces « *fanafody* », peu importe leur nature, sont consommés dans le but de prévenir un déséquilibre ou rétablir l'ordre des choses. Ce terme est utilisé également pour tout ce qui a pour fonction de protéger la santé, comme par exemple l'insecticide dont sont imprégnées les moustiquaires distribuées dans le cadre de la lutte contre le paludisme. L'utilisation d'un même terme pour renvoyer à la fois aux différents types de remèdes, et à cette dimension de prévention spécifique (le produit destiné à imprégner les moustiquaires par exemple), a été analysée par Chilliot au Niger. L'auteur indique en effet que le terme *safari*, qui désigne l'objet grâce auquel on peut venir à bout d'une maladie, peut être également employé pour les bombes insecticides ou bien les produits antiacridiens répandus sur les cultures (Chilliot, 2003 : 431). A

pratiques d'usages des médicaments pharmaceutiques. Cette focale sur ces derniers types de médicaments ne signifie nullement leur utilisation exclusive.

¹⁴⁴ Le terme « *fanafody* » utilisé dans le sens de « charme protecteur » contre un acte de sorcellerie consiste par exemple en une simple énonciation de « paroles propitiatoires » (Chilliot, 2003 : 433), il peut aussi se présenter sous la forme d'objets « magiques » de toute sorte communément confectionnés par les tradipraticiens .

¹⁴⁵ Il existe à Madagascar une grande diversité de type de tradipraticiens (voir les travaux de Rakotomalala, 2002 ; Lefèvre, 2008 ; Didier 2012). Le terme « matrones » est une appellation généraliste qui renvoie à des réalités différentes selon les pays, à Madagascar elles sont nommées « *reninjaza* ». Ces dernières sont désignées par le Code de la Santé publique article 96 de la Loi n°2011-002) comme « *toute personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elle vit* » (pour plus d'information sur ces actrices détenant un rôle clé dans le suivi de grossesse et la naissance à Madagascar, lire Quashie et al (2014).

Madagascar également, le terme local désignant les remèdes, les médicaments, recouvre donc un sens plus large que le terme français.

2.2. Généralisation de l'utilisation du nom commercial du produit

Parmi les sujets interrogés dans le cadre de ce travail, les dénominations populaires des médicaments et le choix d'un traitement en fonction de symptômes, sont principalement basés sur les savoirs biomédicaux. Les familles de médicaments fréquemment mobilisées pour la gestion des maladies du quotidien sont les mêmes pour l'ensemble des sujets : antalgiques (paracétamol et ibuprofène), anti-inflammatoires (Diclofenac®), antibiotiques (amoxicilline, metronidazole, cotrimoxazole et tétracycline).

Auprès des points de ventes formels et informels, les médicaments sont majoritairement acquis par énonciation de leur appellation médicale (paracétamol) ou populaire (cotrim pour cotrimoxazole par exemple). A l'instar de ce que Baxerres et Le Hesran soulignent à ce propos pour les Cotonnois (2012), les sujets interrogés nomment les médicaments en références au nom commercial ou scientifique du produit : paracétamol, amoxycilline par exemple. Durant nos entretiens avec les usagers, nous avons entendu peu ou pas de références à des entités nosologiques populaires ou de « *dynamiques synchrétiques des représentations* » en cours dans le domaine de la santé dans d'autres aires géographiques (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999).

Les discours des sujets interrogés en matière de santé sont fortement influencés par le savoir biomédical dans la définition du traitement (noms utilisés pour référer au médicament) et dans l'explication de la causalité de la maladie, comme nous le décrirons plus bas. L'association faite entre la maladie et le médicament correspondant¹⁴⁶, ainsi que les termes utilisés pour référer aux

¹⁴⁶ Il est à noter que ces associations ne sont pas forcément toujours en adéquation avec les recommandations thérapeutiques biomédicales.

médicaments utilisés en disent long sur le contexte biomédical dans lequel s'inscrit la maladie pour les sujets interrogés. Par exemple, le paracétamol et le cotrimoxazole sont pris en cas de maux de tête, l'amoxicilline et/ou le métronidazole pour les maux de ventre et diarrhées, le Diclofenac® pour calmer les maux de dents. Pour référer à ces différents médicaments, les diminutifs des noms génériques des médicaments sont utilisés : « métro », « cotrim », « amoxi », « tétra ». Ces appellations traduisent une grande familiarité avec les médicaments omniprésents dans le quotidien des ménages, comme en témoignent les nombreux blisters vides accumulés autour des habitations dans les bas-quartiers.



Blisters de médicament retrouvés dans nos quartiers d'investigation

La couleur des médicaments est également utilisée pour y faire référence : « médicament moitié bleu clair/moitié bleu foncé » (amoxicilline), « le rouge et jaune ». D'autre part, l'utilisation des noms génériques et non de marque des médicaments, pourrait indiquer l'utilisation, à travers les épiceries, essentiellement de médicaments génériques. Le fait que les individus interrogés possèdent des savoirs biomédicaux concernant les maladies et les traitements associés leur donnent un sentiment de maîtrise de leur santé, qui, couplé à d'autres

facteurs (accessibilité économique, facteurs sociaux¹⁴⁷ notamment), les incitent à pratiquer largement l'automédication. Toutes les personnes interrogées, quel que soit le niveau socio-économique, se disent capables de reconnaître les maladies courantes et quotidiennes et d'y associer un médicament.

Le médicament est un objet thérapeutique du quotidien, très souvent consommé par les ménages de la capitale, sa prise est totalement banalisée. La pratique de l'automédication est largement répandue et se retrouve dans les deux groupes sociaux étudiés (Parizot et al., 2005 : 64). Si le sentiment de maîtrise du couple maladie/traitement semble acquis, la posologie et la durée du traitement sont souvent le fruit de recettes « fait maison » et fait l'objet d'une grande variété de pratiques.

3. Savoirs populaires en santé : une réinterprétation syncrétique

Pour gérer un épisode de maladie, les sujets vont mobiliser ce que Kleinman appelle le « *health care system* » (système de recours aux soins) (1981). Il le définit comme « *le réseau des réponses adaptatives aux problèmes humains entraînés par la maladie : croyances étiologiques, choix des traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, et relations de pouvoir qui les accompagnent* » (Kleinman, 1981 : 71). Comme le note l'auteur, s'intéresser à ce système c'est prendre en compte la construction culturelle de la maladie vécue par l'individu en tant qu'expérience psychosociale, les stratégies de choix parmi les possibilités thérapeutiques, la prise en charge des épisodes pathologiques par un réseau de communication, les activités thérapeutiques elles-mêmes, et l'encadrement des suites du traitement.

¹⁴⁷ La honte par exemple de rentrer dans une pharmacie alors qu'on provient des bas-quartiers, la défiance envers les structures publiques. Nous détaillerons ces deux aspects plus tard dans le travail.

C'est précisément de ce « *health care system* » dont il s'agit, lorsque l'on évoque les « savoirs populaires en santé ». Les sujets interrogés se représentent et décrivent les maladies et leurs symptômes en mobilisant des éléments de leurs savoirs populaires. Ce savoir emprunte à la fois des notions et termes au « savoir savant » biomédical et aux représentations populaires en matière de santé. Ce savoir populaire est entendu ici selon la définition de Massé : « *un système culturel organisé autour de réseaux de significations implicites et explicites attribuées aux divers objets qui composent l'univers de la santé et de la maladie* » (Massé, 1995 : 43).

La prégnance d'une lecture biomédicale de la santé telle qu'analysée ici nous semble assez spécifique du milieu urbain malgache, même si elle n'exclut pas des interprétations populaires ou symboliques de la maladie. Les études que nous avons menées en milieu rural malgache (Mattern et al., 2016), ainsi que la littérature sur cette thématique, indique l'existence de systèmes d'interprétations populaires des maladies (Jaffré et Olivier de Sardan, 1999), reposant sur des théories symboliques par exemple (opposition du chaud et du froid, etc.) ou encore sur l'existence du « *hatsiaka* », un « *principe morbide* » (Chilliot, 2003 : 437) localisé à l'intérieur du ventre et qui serait l'origine d'un grand nombre de troubles bénins (fièvre, toux, rhume) mais qui pourrait déboucher également sur des maladies plus graves (la filariose lymphatique notamment). S'agissant des causalités attribuées à la maladie, nous sommes confrontés en milieu rural malgache plutôt à un discours « *interprétatif qui, d'une part présente l'origine de l'événement-maladie (le génie, l'ancêtre, etc.) et qui, d'autre part en révèle son sens (transgression de la mère, par exemple). Le devin détermine l'instigateur de la mort et le motif de la mort (ou de la maladie)* » (Bonnet, 1988 : 108). En milieu urbain, le diagnostic des maladies est réalisé par les sujets interrogés en tenant compte des symptômes ressentis, de l'environnement matériel et climatique dans lequel ils apparaissent (poussière, humidité, présence de cours d'eau, matériaux de la maison) et de la saisonnalité des

maladies ; chaque saison apporte des maladies spécifiques selon nos interlocuteurs. La corrélation entre la maladie et les circonstances qui entourent le moment où elle a commencé est souvent faite, l'explication se situe globalement du point de vue de l'environnement. Les connaissances ayant trait aux maladies du quotidien relèvent donc d'un déséquilibre entre l'individu et son environnement physique : exposition au vent, au chaud ou au froid, à des aliments non indiqués. Notre enquête dans les bas-quartiers a concordé avec la fin d'une saison des pluies particulièrement violente en termes de pluviométrie. Les inondations charriaient pas mal de déchets dans ces quartiers, les eaux stagnantes et les moustiques proliféraient. Les individus y ont vu l'origine de maladies diarrhéiques (exposition répétée aux eaux usées) et de maladies respiratoires (changement de température et humidité des lieux de vie).

Parmi les nombreuses classifications dont les maladies font l'objet au sein de ces savoirs populaires, l'une d'elles a été particulièrement invoquée par les sujets, dans la justification d'un recours plutôt qu'un autre : les maladies dites « *du quotidien* » qui s'opposent aux maladies « *graves* ». Les premières sont définies par nos interlocuteurs comme étant des maladies survenant fréquemment et qui se caractérisent par un certain nombre de symptômes jugés bénins renvoyant à un tableau clinique qui leur est familier : maux de dents, maux de ventre, maux de tête, toux, fièvre, rhume. L'apparition de ces symptômes n'implique pas forcément le recours à des soignants, les maladies quotidiennes donnent en effet lieu plutôt à l'exercice de l'automédication (« *petits médicaments* » selon le terme utilisé par un interlocuteur pour référer aux médicaments pharmaceutiques fréquemment utilisés). Une maladie est perçue comme « *grave* » lorsque qu'il y a échec du traitement de première intention, comme par exemple l'augmentation de la température malgré la prise d'antipyrétiques, la récurrence de vers malgré la prise répétée d'anthelminthiques, l'infection d'une plaie ou lorsque les symptômes sont méconnus et dépassent le cadre des symptômes connus. Les

discours sont alors ponctués de phrases normatives sur la nécessité de consulter.

Il [le nourrisson] avait d'abord commencé à tousser et il ne tétait plus. Et puis le lendemain, il a beaucoup vomi et c'est sorti par sa bouche, par son nez. Il ne voulait toujours pas téter. C'est le troisième jour qu'on l'a emmené chez le docteur (Hery, 32 ans, porteur).

Comme l'indiquent les deux extraits d'entretien ci-dessus, les orientations thérapeutiques sont réalisées sur base de l'observation/du vécu des différents symptômes de la maladie (amélioration ou au contraire aggravation). Passé un certain délai, pouvant aller jusqu'à une semaine après apparition des premiers symptômes, les familles s'orientent vers un soignant.

Les sources d'informations des sujets interrogés concernant l'association d'une maladie et d'un traitement ou encore la posologie, la durée des traitements curatifs ¹⁴⁸ sont diverses.

3.1. Un savoir basé sur la multiplication des expériences

Ces connaissances proviennent principalement de deux sources : l'entourage « *ce sont les gens qui disent que c'est le paracétamol qui est très efficace* » et les informations reçues à l'occasion d'une consultation auprès d'un soignant lors d'un épisode de maladie similaire passé. La base de l'automédication est donc l'expérience sociale autour du médicament. à ce titre, « *le groupe organisateur de la thérapie* » (Janzen, 1995 : 26) joue un rôle essentiel dans l'orientation des choix thérapeutiques. Les pratiques

¹⁴⁸ Pour des informations sur les pratiques de prévention traditionnelles, voir les travaux de Blanchy (2007) qui décrivent la pratique du bain rituel, nommé *tambavy-jaza* (tisane pour l'enfant) assurant le bon développement et protégeant l'enfant de problèmes de santé a été très finement décrit par Blanchy pour un village situé entre les Hautes-Terres et la côte est de Madagascar. Voir également l'article de Rakotomalala (1995).

d'autoconsommation des médicaments s'inscrivent à la frontière entre automédication prescrite (mobilisation d'une prescription de médicaments reçue à l'occasion d'un épisode de maladie passé et dont les symptômes sont analogues) et automédication conseillée (mobilisation de l'entourage pour l'orientation des choix thérapeutiques).

C'est d'après les expériences vécues parce qu'il y a pas mal de gens qui sont tombés malades et c'est eux donc qui nous conseillent quand j'ai mal au ventre je dois prendre ça (Hery, 32 ans, 3 enfants, porteur).

Au même titre que ce qu'indique Hery dans l'extrait ci-dessus, un nombre important d'interlocuteurs a indiqué avoir fondé leurs choix thérapeutiques sur les expériences personnelles passées, ou celles de l'entourage. La perception de la manière avec laquelle les professionnels de la santé ont pris en charge les maux lors d'un épisode de maladie passé, ou la confiance accordée par l'entourage à un acteur en particulier (un masseur, une matrone, un médecin, un vendeur de médicaments), constituent des éléments décisifs dans l'orientation des orientations thérapeutiques choisies pour les individus interrogés.

3.2. Des termes empruntés aux lectures biomédicales de la santé

Les savoirs se constituent en partie au contact des soignants (médecins, sages-femmes, etc.), rencontrés lors de consultations au sein des formations sanitaires privées, publiques ou « privées informelles ». Lors de ces consultations, les noms des médicaments prescrits sont retenus par les individus, et reproduits au moment de l'apparition de symptômes jugés analogues. Dans ce contexte, l'utilisation du carnet de santé, dans lequel sont notées les prescriptions par les médecins, est fréquente dans les lieux de vente de médicaments. Ainsi même auprès de vendeurs informels, les usagers

peuvent arborer leurs carnets de santé, utilisés alors comme un rappel de prescriptions passées.

Les savoirs biomédicaux des sujets interrogés sont renforcés par le contact avec un parent médecin ou autre, que la famille n'hésitera pas à joindre, par téléphone par exemple, dans le but de confirmer ou infirmer un diagnostic et les médicaments prescrits, ou encore dans le but de réaliser à distance la consultation et la prescription. En dehors des consultations médicales, les individus construisent également leurs savoirs biomédicaux à l'occasion de la vaccination de leurs enfants, ou encore des distributions de vermifuges, comme nous le décrivons plus bas. Les savoirs se constituent notamment au contact de l'entourage. Dans le contexte malgache, l'article de Rakotomanana *et al.* montre l'importance des grands-mères dans la détermination des choix thérapeutiques pour la femme enceinte et pour le nouveau-né (Rakotomanana *et al.*, à paraître). La grand-mère est une figure d'autorité reconnue au sein des communautés, elle détient un rôle important dans la transmission d'un savoir-faire fondé sur son expérience et ses connaissances.

Ainsi, comme le souligne Baxerres et Le Hesran, « *les informations biomédicales acquises par le biais des professionnels de la santé sont, dès le départ, de natures très différentes. Elles subissent ensuite un travail de mémoire réalisé par les individus ; mémoire notamment sélective en fonction de l'intérêt porté à l'information* » (2012 : 22). Le contenu des informations obtenues par le biais de ces différents soignants varie d'une part du secteur duquel relève le soignant (privé, public ou « privé informel »)¹⁴⁹, il varie également fortement en

¹⁴⁹ Les soignants exerçant dans le secteur privé et « privé informel » par exemple, ne bénéficient pas de formation continue en santé, telle que mise en place depuis 2013 à l'endroit des médecins de la fonction publique, à travers la Politique Nationale de Formation en matière de Santé (PNFS). A l'inverse du médecin exerçant dans le système de santé public, qui outre sa formation initiale, verra ses connaissances régulièrement actualisées lors de formations.

fonction du niveau hiérarchique du soignant¹⁵⁰. Le contact à un niveau de la hiérarchie ou à un autre, dépend notamment du niveau social de la famille de l'individu malade.

Ce chapitre a posé le cadre des savoirs populaires dans lesquels prendront place les pratiques d'usages des médicaments décrites dans le chapitre suivant. Ces savoirs populaires sont énoncés comme étant cohérents et opérationnels pour les usagers. La caractéristique intrinsèque de ces savoirs populaires est qu'ils sont nécessairement subjectifs et nécessitent d'être contextualisés. Dans ce sens, ils ne peuvent être que pluriels. Nous le verrons dans le chapitre suivant, c'est sur base de ces « savoirs populaires », constitués de manière synchrétique d'une reproduction des « *savoirs spécialisés* » (Olivier de Sardan, 2001b : 65), et d'un savoir et savoir-faire relevant plutôt des pratiques populaires en santé que se fondent les choix des traitements. Ces savoirs populaires s'élaborent par la mobilisation conjointe d'unités d'informations de types très divers, issues de l'expérience, de raisonnements biomédicaux, etc. Nous le verrons, les différentes formes de savoirs fondent les pratiques d'usage de médicaments, comme c'est le cas par exemple du patient qui, dans le cadre d'une consultation pour des problèmes d'hypertension artérielle, se voit prescrire par un professionnel de la santé au sein d'une formation sanitaire des tisanes à base de plantes et la consommation de jus de grenadelle (fruit de la passion) en plus d'un traitement à base de médicaments pharmaceutiques. Ce ne sont pas des savoirs en compétition, dont l'utilisation de l'un annulerait le recours à l'autre. Ces savoirs coexistent et leurs recours se synchronise ou se suit, en fonction des périodes de la vie. Dans le chapitre suivant, nous exposerons nos résultats relatifs aux recours aux traitements en cas de maladie, pour les deux groupes sociaux analysés : populaires et de

¹⁵⁰ L'infirmier qui réalise la pesée des enfants et participe à la distribution de vermifuges au centre de santé de base bénéficiera de moins d'accès à des formations et informations que le chef de service d'un grand hôpital de la capitale, parfois formé en France ou ailleurs.

catégorie moyenne. Comme nous le verrons le savoir populaire relatif à l'usage des médicaments s'inscrit fortement dans un « savoir-expérience », au sens où il se fonde sur une multiplication des expériences d'usages d'un médicament.

Chapitre 2 : Le médicament au cœur des pratiques de soins à Antananarivo

Comme nous l'avons vu plus haut, les orientations thérapeutiques des sujets interrogés se fondent sur des savoirs populaires, combinant des pratiques diverses. Parmi celles-ci, nous avons noté l'usage des médicaments pharmaceutiques industriels acquis par le biais des circuits informels, dont nous traiterons plus précisément dans ce chapitre.

1. L'automédication comme première étape de la quête de soin

Le recours à un traitement s'inscrit dans une quête plus globale d'une réponse à un malheur (la maladie), et la quête d'une solution, qui s'incarne dans les différents types de médicaments (médicaments traditionnels, pharmaceutiques ou néo-traditionnels) combinés par les sujets jusqu'à la guérison. Le secteur informel constitue une des réponses données par nos interlocuteurs en termes de prise en charge de leur santé.

En cas de maladie, nos interlocuteurs empruntent plusieurs types de recours. Dans un premier temps, peu importe le niveau de richesse du ménage, les familles gèrent les épisodes de maladie de façon domestique (Mestre, 2014). Nous le verrons, les pratiques de soins du nourrisson et celles du jeune enfant diffèrent. Nos résultats indiquent que l'automédication est une pratique banalisée et routinisée pour les sujets interrogés, toute catégorie sociale confondue. Les produits de l'automédication sont divers : médicaments pharmaceutiques industriels, plantes et remèdes traditionnels, produits néo-traditionnels ou remèdes traditionnels améliorés (RTA). Parizot et son équipe confirment cette hypothèse : selon eux, l'automédication sur base de médicaments pharmaceutiques est une pratique fréquente à Antananarivo, indépendamment du niveau de revenu et d'éducation (Parizot et al., 2005). Cela est d'autant plus vrai si les maux sont

reconnus et considérés comme simples à traiter. Si le « non-recours » à un soignant est commun aux différentes familles, la mise en œuvre de la gestion domestique diffère. Pour l'exercice de l'automédication par les ménages des bas quartiers, le premier recours en cas de maladie est l'achat de médicaments pharmaceutiques au « *tsenkely* », l'épicerie. Les ménages « moyens » recourent aux produits de leur pharmacie domestique, ou de la pharmacie d'officine et aux médicaments venant d'Ambohipo.

Si le « non-recours » à un soignant est commun aux différentes familles, les formes de renoncement aux soins¹⁵¹ diffèrent, ainsi que les modalités de l'automédication.

Selon Desprès et *al.* (2011), le renoncement aux soins biomédicaux ou « non-recours » (Rode, 2010) à la médecine biomédicale peut prendre deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Le renoncement-barrière se caractérise par un certain nombre de contraintes auxquelles est soumis l'individu. Ces contraintes sont le plus souvent budgétaires¹⁵², elles ne lui permettent pas d'accéder au soin souhaité. Le renoncement-refus exprime davantage une abstention volontaire de recours à une offre de soins spécifique – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard d'une institution ou d'un soignant en particulier. Il traduit la perception d'une inutilité des soins ou une « *conviction d'inutilité* » (Fainzang, 2007 : 197). Pour les acteurs populaires, les deux types de renoncements sont mobilisés simultanément pour justifier le non-recours à un soignant et pour expliquer la pratique de l'automédication : les coûts des traitements en pharmacie conventionnelle et l'inégalité de la qualité perçue des soins offerts par le système public (mauvais accueil, ruptures de stock fréquentes des intrants, non disponibilité des médecins les soirs et les weekends, etc.). Pour les sujets issus de la catégorie moyenne, c'est le

¹⁵¹ Nous entendons ici par « *renoncement aux soins* » l'abstention du passage formel devant un soignant pour la prise en charge d'un épisode de maladie.

¹⁵² D'autres contraintes non budgétaires sont la distance géographique par rapport aux médecins, la perception de la qualité des soins offerts, etc.

renoncement-refus qui est invoqué dans l'explication de la pratique de l'automédication. La volonté d'autonomie dans la gestion des maladies du quotidien se caractérise par un recours fréquent aux produits de leur pharmacie domestique (majoritairement constituée du restant de médicaments utilisés pour un précédent épisode de maladie), ou de la pharmacie d'officine, par acquisition des médicaments le plus souvent sans prescription.

2. Valorisation de la pharmacopée traditionnelle

Nos résultats montrent l'utilisation fréquente des remèdes traditionnels et RTA, leur utilisation est souvent couplée à l'utilisation de médicaments industriels. Les recours aux différents types de points de vente de médicaments traditionnels dépendent de la catégorie socio-économique du ménage : les acteurs populaires recourent aux remèdes traditionnels sous leur forme brute (feuilles et plantes séchées) ou transformées.

La maladie se répétait [toux et maux de tête], on a fait bouillir des feuilles d'eucalyptus et on a fait une inhalation (Lalaïna, 34 ans, 8 enfants, lavandière)

Tandis que les usagers de catégorie moyenne recourent plus fréquemment aux remèdes traditionnels améliorés, vendus dans des boutiques spécialisées. Trois points ont fréquemment été soulevés par les usagers interrogés concernant l'utilisation des remèdes traditionnels. Tout d'abord, ces remèdes traditionnels ont souvent été définis par nos interlocuteurs en opposition aux médicaments « chimiques ». Tout d'abord, de par leur composante « naturelle » les « *fanafody gasy* » sont plus faciles à « supporter » que les médicaments pharmaceutiques. A cela s'ajoute la notion d'effets secondaires décrits comme fréquents suite à l'usage de ces médicaments pharmaceutiques. Certains interlocuteurs ont mis en avant la complémentarité des deux types de remèdes (biomédicaux et traditionnels) et la prescription, par des médecins issus du secteur

biomédical eux-mêmes, de plantes à consommer parallèlement à un traitement sur base de médicaments industriels.

Le second point concerne plus spécifiquement l'acquisition des savoirs concernant la pharmacopée traditionnelle, décrite par les vendeurs de remèdes traditionnels comme étant un don, transmis de génération en génération. Ces savoirs (quel médicament utiliser pour quelle maladie) et savoir-faire posologie, mode d'utilisation des plantes) sont valorisés et sont considérés par les vendeurs comme étant la garantie des bonnes pratiques et d'une bonne gestion de la pharmacopée traditionnelle. La vente de plantes s'accompagne souvent de dispensation de conseils sur les modes d'utilisation de ces remèdes.

Enfin, un dernier point concerne plus particulièrement la valorisation par les vendeurs de leurs marchandises par l'emphase mise sur les types de clients qui y ont recours : « *J'ai même des clients qui viennent de La Réunion* » disait par exemple l'une des vendeuses. L'absence de contrôle concernant la production et la commercialisation de la pharmacopée traditionnelle à Madagascar, et au contraire, la réglementation stricte dont fait l'objet la pharmacopée réunionnaise par exemple, pourrait justifier l'existence d'une mobilité thérapeutique entre les deux îles, dont l'objectif serait l'acquisition de ces plantes sur le marché malgache.

Ainsi, les remèdes traditionnels détiennent un rôle important dans les recours thérapeutiques des individus interrogés. Parallèlement à cela, en cas de survenue d'une maladie du quotidien, les acteurs populaires s'orientent vers l'achat de médicaments pharmaceutiques au « *tsena kely* » (soit l'épicerie). Les usages de ces différents « *fanafody* » se font de manière synchronisée et non exclusive.

3. Recours au « *tsena kely* » (épicerie) pour les acteurs populaires

Les ménages issus des groupes sociaux populaires ont quotidiennement recours aux « *tsena kely* » pour l'acquisition de produits pharmaceutiques. Les difficultés d'accès des acteurs populaires aux services de santé se traduisent par un renoncement aux soins. Ces itinéraires thérapeutiques « en creux »¹⁵³ se caractérisent par l'orientation vers des services de santé gratuits ou moins onéreux, et l'exercice de l'automédication, pour la gestion des symptômes connus et jugés bénins.

3.1. *Modalités d'acquisition et d'utilisation des médicaments pharmaceutiques*

A Antananarivo comme dans le reste du pays d'ailleurs, un des premiers recours pour l'achat des traitements curatifs pour les individus de groupes sociaux populaires est le recours aux épiceries. Le choix d'une épicerie plutôt qu'une autre ne repose pas sur des liens de proximité ou de confiance envers un vendeur, mais se justifie par des arguments pratiques de proximité géographique et par la faible mobilité des résidents des bas-quartiers.

a. Une demande directe

En cas de besoin, l'achat de médicament se fait dans l'épicerie la plus proche et sous forme de demande directe (Djralah et al., 2015) aboutissant directement sur l'achat du médicament recherché. Le médicament recherché est acheté généralement hors prescription. Les transactions autour de l'achat sont rapides : « *Misy paracétamol ?* », « *Eny, 250 comprimé* » (Vous avez du paracétamol ? Oui, à 250 francs le comprimé [soit 0,02 centimes d'euro]). L'utilisateur tend l'argent, l'épicier découpe un comprimé de la plaquette récupéré ensuite par l'utilisateur. Pas de négociation ou de discussion, l'échange est rapide. L'achat se fait fréquemment au détail, les médicaments peuvent être achetés au comprimé.

¹⁵³ Selon Benoist, il s'agit alors autant d'un évitement que d'un choix (1996 : 7).

La miniaturisation des unités de mesure n'est pas spécifique au médicament, les produits de la consommation alimentaire du quotidien sont systématiquement achetés en petite quantité : un centimètre d'huile dans une bouteille vide, une boîte de conserve pour l'achat du riz (*kapoaka*), la viande s'achète par dizaines de grammes. Il en est de même pour le carburant, un chauffeur de taxi par exemple remplira son réservoir plusieurs fois par jour à coup de 5000 *ariary* (1,50 d'euro), les recharges téléphoniques sont disponibles à partir de 100 *ariary* (0,03 euro). A ce sujet, dans une étude ethnographique réalisée à Antananarivo, Blanc-Pamard (1998) indique que cette miniaturisation des unités de mesures de capacités dans le commerce peut être vue comme une adaptation économique à un contexte de crise.

Quand l'utilisateur se présente à l'épicerie, les besoins en termes de médicaments sont déjà connus (nom et nombre de comprimés à acheter), « *c'est vraiment nous qui devons savoir ce qu'on doit acheter* ». Les médicaments y sont vendus dans la majorité des cas sans dispensation de conseils de la part des épiciers. Ces derniers se définissent comme des vendeurs, « *si on demande à l'épicier quel médicament doit-on prendre pour telle maladie ils disent « on ne sait pas, on ne fait que la vente* » ». Nos enquêtes et observations attestent d'une part que les clients demandent rarement conseil sur un produit ou sur la posologie et que d'autre part les vendeurs en épicerie donnent rarement spontanément des indications à ce sujet. Ceci est vrai pour plusieurs raisons. La première est le caractère commercial de l'échange, le médicament étant perçu comme une marchandise au même titre qu'une autre. Les transactions à l'épicerie sont rapides, souvent deux ou trois clients se bousculent et tendent d'avance les billets pour le produit acheté. L'épicerie n'est pas un lieu de discussion. En second lieu, il est apparu dans notre recherche que les épiciers qui pratiquent la vente informelle de médicaments le font avec un maximum de discrétion. Les médicaments sont d'ailleurs rangés dans une boîte souvent opaque, rangée derrière le vendeur ou

en dessous de son comptoir. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en cas de contrôle, la vente « illégale » de médicaments pourrait leur faire perdre leur commerce. La troisième raison renvoie plutôt au sentiment de maîtrise de produits pharmaceutiques par les sujets : ils savent ce dont ils ont besoin, ce savoir a été acquis, comme détaillé plus haut, via de multiples sources (contact avec un professionnel, conseil de l'entourage, imitation d'un traitement qui a fait ses preuves pour des symptômes analogues, etc.) et l'épicier n'est pas considéré comme légitime dans la dispensation de conseils « savants » quant à la santé.

b. L'association de la maladie à un traitement

Les acteurs populaires ont montré un sentiment important de maîtrise de l'association pathologie/traitement, de la posologie ainsi que la durée du traitement pour les maladies dites « quotidiennes » : des comprimés de paracétamol et de cotrimoxazole sont pris en cas de maux de tête, l'amoxicilline et/ou le métronidazole pour les maux de ventre et diarrhées, le Diclofenac® pour calmer les maux de dents. Ce sont des usages parfois différenciés de ce qui est prévu par les recommandations biomédicales. Par exemple, selon ces recommandations biomédicales, le paracétamol peut effectivement être utilisé en cas de maux de tête, ou le Diclofenac® en cas de maux de dents. Mais le cotrimoxazole et l'amoxicilline, étant des antibiotiques, sont indiqués en cas de signes d'infection et non pas comme décrit par nos informateurs en cas de maux de tête, de ventre ou de diarrhées.

La durée des maladies du quotidien est décrite comme étant habituellement courte. Le traitement est donc souvent pris sur deux ou trois jours. Ainsi, les effets secondaires que pourraient induire ces médicaments pharmaceutiques sont limités dans le temps (Sussman, 1988). Par contre, la fréquence d'usage de ces médicaments est très régulière. Et le dosage et la posologie font l'objet de pratiques hétérogènes, souvent en inadéquation avec les recommandations

thérapeutiques internationales. C'est donc sur ces deux derniers points que pourrait se mesurer l'impact négatif de l'automédication sur la santé publique.

Les modalités de prise des médicaments diffèrent : prise « classique » des médicaments selon un schéma classique (matin/midi/soir), ou prise novatrice telle que l'insertion d'un comprimé de Diclofenac® près d'une dent douloureuse, l'ouverture d'une gélule d'Amoxicilline pour n'en extraire et consommer que la quantité désirée. Aucune différenciation n'est faite dans les modalités de prise relatives aux différents types de médicament, pour ce qui concerne les antibiotiques ou les antipyrétiques par exemple.

La posologie et la durée du traitement sont calquées ou déduites d'épisodes pathologiques analogues passés. Elles sont adaptées principalement en fonction de l'âge de la personne malade : si par exemple un adulte doit prendre un comprimé entier, son enfant souffrant des mêmes maux prendra le même médicament mais en plus petite quantité.

Enquêteur : Comment vous saviez qu'il fallait prendre trois comprimés [d'amoxicilline] ? Enquêté : C'est moi qui ai choisi d'en prendre trois, à l'épicerie, j'ai vu un enfant en prendre un et demi donc moi, comme je suis un adulte, je dois en prendre trois normalement (Hery, 32 ans, 3 enfants, porteur)

Enquêté : Quand mon fils [6 ans] a mal à la tête, je lui donne un demi-comprimé, et l'autre le soir. Enquêteur : Comment avez-vous su combien de médicament lui donner ? Enquêté : Quand moi j'ai mal à la tête, je prends du paracétamol. Pour moi c'est un comprimé donc pour un enfant c'est un demi (Stella, 26 ans, lavandière, 2 enfants).

Le recours aux épiceries est lié à la fois à la possibilité de l'achat au détail offerte par l'épicerie et à la proximité géographique et sociale que constituent les épiceries, au sens où les vendeurs en épicerie habitent également les bas-quartiers et qu'ils partagent une vision non scientifique de la santé.

Les acteurs populaires interrogés, disposant très rarement d'une prise en charge de leur santé, sont à la recherche de soins à moindres coûts. Pourtant, le prix d'un comprimé de paracétamol en épicerie est supérieur à celui proposé par les pharmacies (50 ariary, contre 30 en pharmacie).

À l'épicerie les médicaments sont plus chers qu'à la pharmacie. Le Nifluril® par exemple c'est à 200 ariary en pharmacie alors qu'à l'épicerie c'est à 400 ariary (Vola, 27 ans, 2 enfants, Lavandière).

Si la pharmacie vendait au comprimé il vaut mieux acheter là-bas ! Parce qu'en épicerie ils se prennent des bénéfices. Par exemple si c'est 100 ariary à la pharmacie, ils vendent à 150 ariary à l'épicerie (Lalaïna, 34 ans, 8 enfants, lavandière).

Comme l'indiquent ces extraits, cette réalité est connue par les sujets interrogés. Mais la pharmacie n'offre pas ou rarement ¹⁵⁴ la possibilité d'acheter au comprimé, les coûts occasionnés par l'acquisition d'un produit pharmaceutique sont donc plus élevés à la pharmacie. Par ailleurs, le fait de rentrer dans une pharmacie, de s'adresser à un pharmacien ou agent de comptoir en blouse blanche entraîne pour certaines personnes un sentiment de honte, liée à leur condition sociale, à leur analphabétisme.

¹⁵⁴ L'achat se fait au minimum à la plaquette. Certaines pharmacies commerceraient cependant à vendre au comprimé mais ce fait qui m'a été relaté serait à confirmer.

Le recours à une épicerie, un point de vente de proximité au sens où il est tenu par un habitant du quartier, est donc préféré. Par ailleurs, le fait que les épiceries soient présentes en plus grand nombre que les pharmacies dans un territoire donné pourrait induire une préférence pour l'épicerie.

Parmi les sujets de catégorie moyenne interrogés, aucun n'a mentionné y référer pour l'achat de médicaments. Le recours aux médicaments repose sur d'autres pratiques.

3.2. Construction sociale de l'idée d'efficacité du traitement

Quel que soit le médicament et les conditions de prise (sous prescription médicale ou non), les traitements sont suivis jusqu'à l'observation de l'amélioration de l'état général, « *quand ça va mieux, je ne continue plus* », ce qui correspond rarement aux délais prévus par les recommandations thérapeutiques biomédicales (pour les traitements antibiotiques en particulier). Comme l'indiquent les extraits ci-dessous, l'arrêt de la prise est justifié par la crainte de voir apparaître les effets secondaires passé ce délai et par le souci d'économie.

Quand on a commencé à voir des améliorations, on a arrêté de prendre le médicament parce qu'on avait peur que ça ait des effets secondaires sur le bébé [âgé de 2 mois]. Il restait 4 comprimés [paracétamol] (Hery, 32 ans, 3 enfants, porteur)

L'idée exprimée par Hery dans le premier extrait d'entretien rejoint l'hypothèse développée par Pound et *al.* selon laquelle les malades « mal observant » le sont en raison des effets secondaires redoutés (2005). La « *conviction d'inutilité* » (Fainzang, 2007 : 197) est invoquée également pour justifier l'arrêt d'un traitement; le médicament est jugé inefficace devant la persistance ou l'aggravation des symptômes. Outre la peur de l'apparition des effets secondaires, et la perception de l'inefficacité du produit pharmaceutique, il arrive que

le traitement soit interrompu si le malade « réagit mal » à celui-ci, comme dans le décrit Laläina dans l'extrait ci-dessous.

Le docteur a prescrit trois piqûres pour ma fille. Mais j'ai constaté qu'elle n'a pas supporté la première piqûre donc je ne suis plus retournée chez le docteur (Laläina, 34 ans, 8 enfants, lavandière).

Si les connaissances concernant les associations maladie-traitement se rejoignent, la posologie et la durée du traitement font l'objet de « bricolages » et varient fortement. Les individus « s'approprient » les médicaments, dans le sens où ceux-ci utilisent les médicaments de leur propre chef, pensant, selon leurs propres logiques et perceptions, en connaître les effets (Baxerres, 2010).

Un phénomène analogue a été constaté dans le cadre de l'avortement médicamenteux à Madagascar. Selon Pourette *et al.*, si la plupart des femmes et des soignants interrogés connaissent le nom du médicament adéquat (misoprostol ou Cytotec®), la posologie et les modes d'administration varient fortement et ne correspondent pas aux recommandations d'administration de ce médicament par l'OMS (Pourette *et al.*, 2017). Ainsi, dans le cadre biomédical (au sens où l'avortement médicamenteux est globalement connu), les pratiques de prise de médicaments sont totalement hétérogènes et varient en fonction des connaissances des femmes et des soignants.

3.3. De nombreuses incertitudes à l'égard des médicaments vendus en épiceries

Si le recours aux médicaments achetés en épicerie est totalement banalisé dans ces quartiers, il reste un recours par défaut, car les ménages en connaissent les limites et soulignent leurs incertitudes quant à ces produits : vente de médicaments dont la date de péremption est possiblement dépassée, pas de moyen de vérification de la date par l'acheteur (car l'achat se fait au comprimé prédécoupé), sentiment de perte d'efficacité des médicaments (à cause des

conditions de stockage des médicaments, et du dépassement de leur date de péremption), coût au comprimé plus élevé qu'en pharmacie. L'objectif de ce recours serait plutôt de faire taire la maladie momentanément que de la guérir réellement.

Je sais que les médicaments à l'épicerie sont périmés ils ne guérissent pas à moins qu'on en prenne beaucoup. C'est lorsqu'on en prend beaucoup [une plus grande dose de comprimé par prise] qu'on trouve l'efficacité, qu'on voit que ça guérit (Hery, 32 ans, 3 enfants, porteur).

Les médicaments en épicerie auraient donc le même effet que les « médicaments des blancs » tels que décrits au Niger par Chilliot, dont l'objectif serait plutôt de faire calmer les symptômes mais non de soigner réellement la maladie (Chilliot, 2003). Cette idée de guérison « temporaire » naitrait des incertitudes liées aux médicaments vendus en épicerie. Outre ces incertitudes, l'impossibilité d'un recours auprès du vendeur en cas de problèmes suite à la prise de médicaments achetés sur le marché informel est un facteur qui renforce l'idée de risque liée à la consommation de médicaments vendus en épiceries, comme l'indique l'extrait ci-dessous.

Je me souviens d'une histoire qui illustre quand même que c'est risqué : une femme a pris un médicament pour avorter et a eu une hémorragie. Elle s'est disputée avec le vendeur, mais ce n'est pas pour ça qu'il a perdu sa clientèle (Vendeur n°2).

La qualité perçue des médicaments de pharmacie et celle des médicaments vendus en épicerie s'opposent autour de la notion de « garantie » qui renvoie principalement au respect de la date de péremption et des conditions de stockage et conservation des médicaments. En épicerie les médicaments sont « laissés juste comme ça », à l'opposé des médicaments en pharmacie où « tout est calculé avec la température dont le médicament a besoin ».

En pharmacie on peut faire confiance là-bas on n'a pas peur que la date soit périmée. Parce qu'ici dans les épiceries on ne sait pas si la date est déjà passée. Ils font juste tout pour les vendre. Peut-être ils changent la date de péremption à l'épicerie. En plus la pharmacie c'est moins cher (Julien, 39 ans, 7 enfants, vendeur de ceintures et portefeuilles).

Comme l'évoque Julien dans cet extrait d'entretien, des rumeurs concernant la falsification de la date de péremption soit par les épiciers eux-mêmes, soit par les colporteurs en charge de l'approvisionnement circulent. Si les campagnes de lutte contre le marché informel portées par le Ministère de la Santé Publique sont rares (un seul passage durant l'année précédant l'enquête et des spots radio), les messages qu'ils divulguent concernant les dangers du recours aux médicaments informels sont restés inscrits dans les mémoires des usagers. Dans les mémoires des populations interrogées, ces campagnes de sensibilisation visaient la « *lutte contre les médicaments périmés* ».

Les discours à l'égard des médicaments du « *tsena kely* » oscillent donc entre une méfiance (inspirée notamment par les messages de sensibilisation et les rumeurs de falsification des dates de péremption) et une relative confiance basée sur des expériences thérapeutiques de réussite :

Quand je prends l'amoxy pendant 3 jours, je vais bien, ça [maux de gorge] ne revient plus. Ces médicaments sont donc efficaces (Stella, 26 ans, 2 enfants, lavandière).

Enquêteur : Quand les clients viennent ici, est-ce qu'ils s'assurent que les médicaments soient conformes ? Comment ? Enquêté : Oui, ils exigent que les médicaments soient bien en règle. Certains refusent même d'acheter les médicaments si la boîte est un peu abimée. C'est comme

s'ils achetaient la boîte et non le médicament. Tous les clients regardent la date de péremption, certains seulement lisent la notice (Vendeur n°10).

A l'instar de ce qui est observé ailleurs, les sentiments d'étrangeté et de crainte liés aux incertitudes concernant la qualité des produits achetés en épicerie induit le fait qu'ils sont rarement conservés à la maison (Coderey, 2014). Ils sont achetés en cas de besoin et rapidement consommés. Plusieurs récits de mères font état d'expérience d'ingestion malencontreuse de médicaments par de jeunes enfants. Cela justifie en partie l'absence de constitution d'une pharmacie familiale pour les familles des acteurs populaires interrogés.

Ainsi, afin de réduire les multiples incertitudes liées à la consommation de médicaments issus des épiceries, les individus mettent en place des stratégies de limitation des risques : vérification de la date de péremption des produits achetés en épicerie, limitation du temps de prise des médicaments (arrêt dès l'amélioration de l'état général), ou comme nous le verrons plus bas, l'évitement de l'administration des médicaments acquis via les épiceries pour la prise en charge des maladies du jeune enfant.

3.4. Un drôle de silence à l'évocation d'Ambohipo

A la fin des entretiens avec les acteurs populaires, la question leur était posée de savoir s'ils avaient connaissance de lieux, quartiers spécialisés dans la vente informelle de médicaments à Antananarivo. Tous les sujets nous ont répondu par la négative ou l'absence de connaissance de ce genre de lieux. Nous évoquions alors Ambohipo et les vendeurs spécialisés dans la vente de médicaments. Non seulement les familles disaient ne jamais y avoir recours mais en plus, une partie des enquêtés affirmait n'avoir jamais entendu parler de ce phénomène. Les interlocuteurs expliquaient cela par leur faible mobilité en dehors de leur quartier, ou par le manque de temps.

Si la faible mobilité des populations issues des groupes sociaux populaires a été attestée (Parizot et al., 2005 ; Wachsberger, 2006), il est étonnant de voir qu'un phénomène d'une aussi grande envergure, fréquemment porté sous le feu des médias et bien connu par ailleurs semble être méconnu de ces familles en particulier. Certains de nos interlocuteurs ont eu à maintes reprises l'occasion d'aller à Ambohipo pour des raisons familiales (des membres de la famille y demeurent) ou pour des raisons religieuses (leur église s'y trouve). Ceux-là même ont affirmé ne pas avoir vu de vendeurs et ne pas connaître le marché.

Parallèlement à cela, nos interlocuteurs parlaient pourtant sans gêne de leur recours aux épiceries, du caractère illégal connu de la vente, des dangers de la consommation de ces médicaments. Le recours aux médicaments d'Ambohipo leur semblait-elle être une pratique davantage « illégale » de par l'envergure et l'effet de médiatisation du phénomène de vente ?

La gêne qui s'installait à l'évocation de ce quartier, les discours parsemés d'informations contradictoires (« *je n'en n'ai jamais entendu parler* » puis quelques minutes après, « *je connais mais je n'y ai jamais recours* ») portent à croire que ces familles passaient volontairement sous silence leurs connaissances d'Ambohipo. Après plusieurs minutes de discussion et tentatives de recoupement des informations, certains attestaient en avoir entendu parler, mais l'urgence de certaines maladies, ainsi que la distance qui les séparait de ce quartier entraînant des coûts en frais de transports, ne leur permettait pas le déplacement.

Si le mystère autour de la gêne à l'évocation de ce quartier reste entier, plusieurs facteurs peuvent en tous cas expliquer le non-recours aux vendeurs d'Ambohipo par les ménages de ces bas-quartiers. Il y a tout d'abord la disponibilité, à proximité, des médicaments utilisés au quotidien. Ensuite, les frais liés aux transports jusqu'à Ambohipo (800 ariary) sont élevés et la distance trop importante pour des ménages par ailleurs peu mobiles comme évoqué plus haut. Les coûts liés au trajet,

pour l'achat de quelques comprimés, en feraient quadrupler le prix. Selon une enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar ¹⁵⁵, un pourcentage minime des dépenses des ménages est alloué à la santé (1%). Cela est d'autant vrai pour les ménages précarisés, qui tenteront de minimiser les coûts en santé en recourant d'abord à des pratiques domestiques et en cas de besoin de médicaments pharmaceutiques, à des dispensaires confessionnels.

L'achat de médicaments c'est une question d'argent. Si les malades ont de l'argent, ils achèteront de la vitamine C. S'ils n'en n'ont pas, ils achèteront les citrons (Vendeuse n°2).

Il a été évoqué également qu'en cas de problème ¹⁵⁶ suite à une prise de médicament acheté en épicerie, il leur sera toujours possible d'y retourner et demander des explications au vendeur. Tandis que pour l'achat de médicament à Ambohipo, qui se déroule en partie dans la rue auprès d'intermédiaires de la vente en perpétuel mouvement dans le quartier (voir partie III), il serait plus difficile de retourner à la source de la vente. Enfin, l'écoulement régulier des médicaments dont tout le monde a besoin comme c'est le cas en épicerie tend à rassurer ces familles. Les épiciers « *n'achètent qu'une boîte d'Effergal® ou deux, pas toute une boutique comme à Ambohipo* ».

4. Pour les ménages « moyens », une autre forme d'automédication et lieux d'achats spécifiques

L'autoconsommation de « *petits médicaments* » comme l'évoquent les sujets, à savoir les médicaments du quotidien est également pratique courante pour les individus issus de la catégorie moyenne rencontrés. On a noté les mêmes types d'automédication prescrite (dont la source

¹⁵⁵ Rapport INSTAT 2012-2013, une enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar.

¹⁵⁶ A ce sujet ce sont les effets secondaires du médicament qui ont été évoqués comme problèmes possibles suite à la consommation de médicaments.

de l'information provient d'une consultation passée et réutilisée pour un nouvel épisode de la même maladie) et automédication conseillée (quand elle se base sur les conseils de l'entourage). Ce qui diffère, c'est le lieu d'approvisionnement des produits autoconsommés qui relève de l'officine pharmaceutique ou de la pharmacie domestique, très rarement des épiceries.

Je nomme les médicaments que je veux acheter en pharmacie. Je connais le nom. Par exemple l'autre jour mon mari avait mal au ventre, j'ai été à la pharmacie (Julia, 38 ans, 2 enfants, médecin dans un institut de recherche).

Parmi ces ménages, nous avons observé une forme d'automédication, que l'on nommera « automédication confirmée », ou *consultation à distance* quand l'utilisateur s'enquiert auprès d'un soignant (collègue ou ami médecin, membre de la famille qui est médecin, les échanges se déroulent par téléphone le plus souvent) pour confirmer le diagnostic pressenti et la prescription médicamenteuse associée.

Je fais de l'automédication car je suis médecin dans la famille. Mais souvent je demande l'avis à un collègue pédiatre. Mon fils avait une toux sèche et un rhume, il avait des difficultés d'expectoration. Donc j'ai demandé à mon collègue si je vais prescrire des antibiotiques de type Hiconcil®, amoxicilline (Faly, 35 ans, 2 enfants, médecin et assistant de programme au sein d'une agence internationale).

J'avais un ami qui était dans la même école que moi. Et cet ami avait un frère qui a étudié la médecine à l'Université d'Antananarivo. C'est lui que j'appelais par téléphone. S'il n'était pas disponible pour me voir, il me donnait le nom des médicaments par téléphone et moi je notais. C'est ça que j'appelle prescription (Arthur, 36 ans,

1 enfant, informaticien au sein d'une organisation internationale).

Ainsi, comme le montrent ces extraits, la confirmation du diagnostic et du médicament associé pour l'automédication, peut-être faite par les pairs ou par un réseau de connaissances de professionnels de la santé (ami médecin par exemple).

4.1. Constitution d'une pharmacie domestique et recours formels

Pour la gestion quotidienne des maladies, soit ces familles ont recours aux secteurs de distributions formels soit elles puisent dans leur pharmacie domestique¹⁵⁷. La constitution d'une pharmacie domestique est pratique courante parmi ces ménages. Elle est constituée de médicaments non-utilisés lors d'un épisode de maladie passé, et des médicaments souvent utilisés (en cas de maladies chroniques par exemple ou de maladies fréquemment rencontrées comme des bronchiolites à répétitions pour les enfants). Certains médicaments sont achetés en prévoyance de la survenue d'une maladie, pour les enfants principalement (antipyrétique en sirop notamment). Ce phénomène n'a que rarement été observé parmi les individus issus de la catégorie populaire.

Comme l'indiquent de nombreux auteurs, le fait de conserver des médicaments à domicile dépend notamment du niveau d'éducation du ménage (Kloos et al., 1988). Les sujets de catégorie moyenne interrogés acquièrent principalement leurs médicaments dans des pharmacies ou aux dépôts de cliniques privées qui délivrent les

¹⁵⁷ Deux des treize sujets issus du groupe social populaire nous ont mentionné avoir eu par le passé une petite pharmacie à domicile, constituée des médicaments n'ayant pas été utilisés lors d'un épisode de maladie. Cependant les deux mères en question ont noté leur peur de voir leurs enfants consommer ces médicaments, elles ont donc préféré s'en débarrasser. Dans l'un des deux ménages concernés, un enfant a ingéré malencontreusement des comprimés, qu'elle avait rangés dans sa petite pharmacie domestique. Depuis lors cette maman a systématiquement jeté les médicaments restants.

médicaments à la plaquette voire la boîte, ce qui leur permet de constituer une pharmacie avec les médicaments restants. A *contrario* des acteurs populaires, ces individus disposent pour la plupart d'une couverture sociale qui leur assure la prise en charge de leurs dépenses de santé (frais de consultations des professionnels de santé et achats de médicaments en officines). Elles bénéficient en cas de maladie d'une prise en charge des frais de consultations et de médicaments gratuits. Sont gardés dans la pharmacie domestique le restant de médicaments, une fois l'amélioration de l'état général constatée.

Le fait de bénéficier ou non d'une couverture en santé, endossant une partie des coûts en santé fait donc considérablement varier les recours pour les traitements pharmaceutiques dans la gestion des maladies quotidiennes.

Néanmoins, l'argument financier n'explique pas à lui seul les choix concernant les lieux d'achat des médicaments, le facteur financier étant rarement isolé. Il se combine en effet souvent à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin, comme nous le décrirons dans le point suivant.

Si pour les acteurs populaires, le recours principal pour l'achat des médicaments est l'épicerie, pour les sujets issus de la catégorie moyenne, c'est le recours aux pharmacies d'officines qui prévaut. Ce recours s'explique notamment par le fait qu'ils disposent pour la plupart d'une prise en charge de leur santé via leur employeur. Comme ils n'ont pas à supporter l'entièreté des coûts liés à l'achat de médicaments, ils ne sont pas à la recherche de solutions moins coûteuses.

A ce propos, les personnes de catégorie moyenne interrogées ont noté un changement net de leur comportement de recours aux traitements, du moment où leur était offerte une protection sociale de la part de leur employeur. En effet, une partie des interviewés a noté

qu'« avant », le recours aux boutiquiers d'Ambohipo était fréquent, même pour les maladies quotidiennes.

Une des raisons du recours à Ambohipo à l'époque c'était que nous n'avions pas de prise en charge santé. Maintenant tous les membres de ma famille bénéficient d'une prise en charge par leurs boulots. C'est donc plus la peine d'aller chercher des médicaments moins chers (Stella, 36 ans, médecin et responsable d'une unité au sein d'un institut de recherche).

Enquêteur : Si tu n'avais pas de couverture santé via ton travail, est-ce que tu retournerais à Ambohipo ? Enquêté : C'est sûr. Ma fille a fait un zona. Les médicaments m'ont coûté 300 000 ariary, sans couverture santé, je n'aurais pas pu avec mon salaire couvrir ces frais (Julia, 38 ans, 2 enfants, médecin dans un institut de recherche).

Ainsi, pour les sujets issus de la catégorie moyenne, le recours choisi pour l'achat de médicaments est la pharmacie. Le fait de bénéficier ou non d'une couverture en santé, endossant une partie des coûts en santé fait donc considérablement varier les recours pour les traitements pharmaceutiques. Néanmoins, l'argument financier n'explique pas à lui seul les choix concernant les lieux d'achat des médicaments. Comme nous le verrons, l'indisponibilité d'un médicament recherché, ou la survenue d'une maladie chronique, peuvent être des facteurs incitant le recours aux circuits informels de vente de médicaments.

4.2. Quand un évènement entraîne un recours par défaut au marché informel

Les termes utilisés pour référer au phénomène de vente informelle - *marché noir, marché illicite* -, ainsi que les éléments mis en évidence durant les récits des interlocuteurs, montrent une image globalement

négative du phénomène¹⁵⁸ pour les usagers issus de la catégorie moyenne.

Deux éléments plus spécifiquement semblaient tarauder nos interlocuteurs à l'évocation de cette thématique : la provenance des médicaments et leur qualité. La qualité des médicaments issus de l'informel est questionnée, plusieurs récits d'intoxication suite à la prise de médicaments périmés issus de l'informel m'ont été relatés. Les rumeurs rapportées portaient sur l'existence à Ambohipo d'un petit laboratoire capable de falsifier les dates de péremption sur tout type de support (boîte, plaquette plastique). « *Ils te l'ont montré ?* » Me demandaient-ils régulièrement. Par ailleurs, l'existence de médicaments contrefaits, de faux médicaments, les mauvaises conditions de conservation et de stockage ont également été mentionnées comme caractérisant la vente à Ambohipo. Des mécanismes pour remédier à l'incertitude liée aux médicaments informels sont mis en place. Pour parer à cette méfiance, au moment de l'achat, la date de péremption est systématiquement vérifiée. Selon les interlocuteurs issus de la catégorie moyenne, l'aspect « *non éthique* » de la démarche de vente informelle a également été déploré, les « *détournements et vols de médicaments* », le « *monopole de ces réseaux de revente par les Betsileo* » contribue à renforcer l'image négative et obscure associée au marché.

Dans les récits des interlocuteurs, l'an 2000 semble être un tournant décisif pour le marché informel : avant cette date, l'accès aux médicaments informels semblait plus facile, les rumeurs et informations sur les médicaments qui y étaient vendus ne circulaient pas ou peu. La conscience du danger semblait donc moins aigüe qu'aujourd'hui. A cette date, RaHanta Lalao prenait la tête du Ministère de la Santé Publique. Elle était surnommée « la Dame de Fer », car elle s'était donné pour objectif de réformer l'ensemble du

¹⁵⁸ A l'inverse, deux des onze interlocuteurs interviewés issus de la catégorie moyenne a indiqué ne pas avoir peur de ces médicaments étant donné leur provenance du secteur formel.

système de santé malgache et luttait activement contre le marché informel. Depuis cette date, des informations sur la mauvaise qualité des médicaments et les dangers du recours se sont mises à circuler et des actions de lutte contre le marché sont déployées (comme mentionné précédemment).

Malgré l'accessibilité financière aux circuits formels, et la méfiance à l'égard des médicaments vendus via le secteur informel, le recours au marché informel n'est pas rare parmi les personnes interviewées. Pour quelles raisons alors ces ménages y ont recours ou y ont eu recours par le passé ? Plusieurs cas de figure nous ont été décrits.

a. Le lourd fardeau des maladies chroniques

Les maladies chroniques présentent un fardeau économique important pour les malades et leurs familles (Mattern, 2013) et constituent pour certains le moment où le ménage bascule dans le « *medical poverty trap* » (Whitehead, Dahlgren et Evans, 2001), défini par les auteurs comme étant un cycle de pauvreté qui se renforce à cause d'épisodes de maladies répétés et coûteux. La protection sociale contre la maladie est peu développée dans la capitale malgache (Parizot et al., 2005). Les ménages qui n'en bénéficient pas ont à leur charge l'entièreté des coûts liés aux traitements. Dès lors, des solutions sont cherchées afin de minimiser les coûts engendrés par ces maladies. Parmi lesquelles, le recours au marché informel d'Ambohipo.

Les gens achètent plus volontiers des médicaments quand c'est pour des maladies à soigner sur le long terme (Vendeuse n°2).

Quelqu'un de la famille de mon ex-mari, car je suis divorcée, avait le diabète et on achetait là-bas [à Ambohipo]. Le malade était médecin lui-même mais demandait quand même d'aller à Ambohipo. On y allait pour une raison de prix car ce sont des médicaments à prendre à vie (Mbola, 39 ans, analyste programmeur

engagée dans une agence internationale de développement).

Ces extraits d'entretien renvoient à la question de la différence du coût d'un même traitement au sein du secteur formel ou informel. Cette question est complexe. En effet, si le secteur public se targue d'offrir gratuitement certains traitements, dans la réalité cette gratuité est souvent théorique. Les malades se retrouvent finalement à indemniser le soignant ou l'agent communautaire pour un déplacement ou en guise de remerciement pour avoir bénéficié d'une chambre individuelle par exemple en cas d'hospitalisation, ou d'une injection plutôt qu'un comprimé, jugé moins efficace. Tant et si bien que les frais réels existent, même pour des médicaments théoriquement gratuits. En pharmacie, les prix sont également variables, d'une officine à une autre d'abord, mais également évidemment d'un type de médicament à un autre (générique ou spécialité). Sur le marché informel, les coûts des médicaments varient également comme nous l'avons vu.

Les prix des médicaments du « quotidien » sont quasiment semblables, selon qu'on s'adresse à un vendeur d'Ambohipo, ou un point de vente formel (une pharmacie par exemple). Le comprimé de paracétamol par contre est plus cher en épicerie, qu'en pharmacie (50 *ariary* contre 30 *ariary*) comme nous l'avons vu plus haut. Mais en pharmacie, l'achat se fait à la tablette (300 *ariary*), alors qu'en épicerie, l'achat au comprimé est possible. A Ambohipo, le prix moyen du paracétamol en vente chez les différents vendeurs rencontrés s'élève à 20 *ariary* le comprimé. Le prix plus élevé du comprimé en épicerie, au regard de son équivalent à Ambohipo, se justifie par les marges que se font les personnes responsables de l'approvisionnement des épiceries, le point de départ étant Ambohipo.

Les maladies du quotidien surviennent ponctuellement. Au moment de la survenue d'une fièvre, d'un mal de dent ou de ventre, l'utilisateur réalise un rapide calcul, mettant en balance les frais de transport pour arriver à Ambohipo, et les prix d'achat du traitement recherché, afin

de réaliser son choix concernant le point de vente. Si pour les maladies du quotidien, l'existence des épiceries pour les groupes populaires, et des pharmacies pour les sujets issus de la catégorie moyenne tend à répondre majoritairement aux besoins en termes de produits thérapeutiques, les maladies chroniques font considérablement pencher la balance du côté du marché informel, car administré à vie, les différences de prix des traitements sont importantes.

La survenue de maladie chronique entraîne donc une dimension de « captivité » envers le marché informel, qui apparaît souvent comme l'unique réponse possible face au poids de la maladie. Les usagers deviendront donc par la force des choses des clients réguliers de ce marché.

EXTRAIT DU CARNET DE TERRAIN

Observations, Ambohipo, août 2015. Une femme d'une quarantaine d'années vient acheter des médicaments pour son mari, atteint d'une maladie cardiaque et soumis à un traitement à vie. Faisant savoir au « docteur libre » auprès duquel ils consultaient qu'ils n'avaient pas les moyens d'acquérir les médicaments en pharmacie, celui-ci l'a orienté vers deux vendeuses d'Ambohipo. Désormais, elle parcourt les 80 km qui séparent son domicile d'Ambohipo pour s'approvisionner mensuellement en médicaments. Selon cette cliente, le traitement lui coûterait 700 000 francs/mois en pharmacie [40€], ici, elle s'en sort pour 400 000 francs [23€]. Ce jour-là, la vendeuse ne dispose pas en suffisance du médicament recherché. Elle part donc s'en acquérir chez d'autres vendeurs mais elle revient bredouille. La cliente désappointée décide d'aller chercher les médicaments manquants en pharmacie, mais prie la vendeuse de lui réserver un stock de ce médicament tous les 20 de chaque mois. Elle s'en sort avec un montant total de médicament de 300 000 francs [18€].

Outre des raisons économiques, grâce au mécanisme de fidélisation le recours au marché informel offre la possibilité pour l'utilisateur de s'assurer, avant de se déplacer de la disponibilité du produit recherché.

b. Non-disponibilité du médicament recherché au sein du secteur officiel

Le recours au marché se fait dans ce cas par défaut. Le traitement utilisé disparaît soudainement des secteurs pharmaceutiques formels, mais par des mécanismes d'approvisionnement décrits dans la troisième partie de cette thèse, il reste disponible sur le marché informel.

Les récits faisant état de ruptures d'approvisionnement sont nombreux. Ici, la raison en est que le médicament recherché ne bénéficiait plus de l'AMM, il n'est donc plus distribué par les filières formelles. Mais d'autres récits mentionnent des pénuries de cotrimoxazole pendant des épidémies de peste au sein des secteurs formels ou de rovamycine (contre la cysticercose, maladie à fort taux de prévalence à Madagascar). Dans le même ordre d'idées, Madagascar a connu une rupture de Sulfadoxine-Pyriméthamine¹⁵⁹ en 2013 (Andrianasolo et al., 2016). Durant cette pénurie, les vendeurs informels constituaient l'unique opportunité d'acquisition en antipaludéens dans les zones à transmission de paludisme.

Durant la saison de la peste fin 2013, ça [Cotrimoxazole] se vendait beaucoup. Il y avait une pénurie de Cotrim dans tout Madagascar. A ce moment-là, nous avons reçu beaucoup d'appels de particuliers en province qui nous demandaient de leur envoyer du Cotrim. Mon dépôt était en rupture de stock de Cotrim et je faisais partie des dépôts qui n'ont pas pu renflouer leur stock de Cotrim à

¹⁵⁹ Un anti-paludéen dont l'orientation thérapeutique cible particulièrement les femmes enceintes.

cause de la rupture généralisée. Mais d'autres dépôts en vendaient (« Grossiste » n°1).

Outre les problèmes structurels imputables au système pharmaceutique malgache formel (ruptures d'approvisionnement en médicaments), il semblerait qu'un des freins majeurs au recours au circuit formel soit d'ordre financier. En effet, parmi les usagers de catégorie moyenne, ceux qui ne bénéficient pas de prise en charge en santé, recourent au marché informel du médicament car c'est la seule possibilité abordable pour la gestion de leur santé. Comme nous l'avons vu, le fait de bénéficier d'une prise en charge de la santé via leur employeur constitue pour beaucoup le basculement vers une référence moins régulière au marché informel.

5. « J'ai peur quand je fais le docteur pour eux », le recours aux soins pour les maladies de l'enfant

5.1. L'évitement de l'automédication

L'idée reflétée par les propos de cette maman issue du groupe social populaire : « *j'ai peur quand je fais le docteur pour eux* [ses enfants] », traduit la méfiance à l'égard du soin par automédication pour les jeunes enfants. Ce phénomène est particulièrement récurrent dans le discours des mères issues des bas quartiers, pour lesquelles la pratique communément admise en cas de maladie est le recours aux médicaments des épiceries.

Il convient d'abord de définir ce qui est entendu par « jeune enfant ». Cette définition s'est construite empiriquement, elle a été déduite des discours et des pratiques différenciées de recours aux soins, contrastées en fonction de l'âge de l'enfant. Les référents utilisés par les interlocuteurs pour caractériser le « jeune enfant » ou le « petit enfant » renvoient aux notions d'autonomie, de capacité d'expression et d'énonciation des sources de la douleur et du type de douleur ressentie ; ces critères caractérisent plus spécifiquement les enfants entre 0 et 3 ans.

La littérature anthropologique faisant état de soins portés à l'enfant en cas de maladie est riche (Baxerres & Le Hesran, 2004 ; Bonnet & Pourchez, 2007 ; Bonnet, 1988). À notre connaissance, il n'existe pas de travaux traitant des recours et des usages des médicaments pharmaceutiques pour les jeunes enfants à Madagascar¹⁶⁰. Pourtant, comme nous le verrons, ils font l'objet de recours particuliers.

Le recours à l'épicerie et à l'automédication pharmaceutique et traditionnelle plus généralement est limité pour les jeunes enfants. Nous allons ici analyser pourquoi ces pratiques, pourtant fortement banalisées à Madagascar, rencontrent des obstacles, s'agissant de la santé des enfants.

S'agissant de la question des comportements de soins envers les jeunes enfants, les récits des ménages sont ponctués de phrases normatives concernant la nécessité d'aller chez le médecin généraliste : « *c'est toujours mieux d'aller chez le docteur* », « *quand il s'agit des enfants, il faut aller chez le docteur* ». Ces discours témoignent d'une part de l'exposition aux savoirs biomédicaux, aux messages de sensibilisation dispensés aux mères lors des consultations prénatales, aux séances de vaccinations au Centre de Santé de Base (CSB) et plus globalement, lors de consultations auprès de soignants biomédicaux. D'autre part, ces discours font apparaître l'existence d'une norme communément admise et non dépendante du statut socio-économique autour de l'évitement de l'automédication dans le cas de la prise en charge de la santé des enfants. Le recours à l'automédication pharmaceutique ou traditionnelle plus généralement est limité pour les jeunes enfants. Pour l'ensemble des sujets, l'évitement de l'automédication en cas de maladies infantiles s'explique pour plusieurs raisons, qui comme on le verra, diffèrent d'une catégorie socio-économique à l'autre.

¹⁶⁰ Les travaux de Blanchy (2007) nous éclairent sur les soins rituels domestiques du jeune enfant en milieu rural malgache.

La principale raison de l'évitement de l'automédication, commune aux deux catégories est l'incapacité de poser un diagnostic pour un enfant qui ne peut pas encore exprimer ses maux. Étant donné l'importance démontrée plus haut de l'autodiagnostic et de l'identification des symptômes par le malade lui-même pour l'orientation des choix thérapeutiques, cette logique n'est pas transposable à l'échelle de l'enfant, considéré comme inapte à cet exercice. En d'autres termes, alors que le point de départ de l'automédication est l'identification des maux et l'énonciation des symptômes, auquel on associera le traitement qui semble adéquat, avec le jeune enfant, il est impossible de partir des symptômes pour en déduire le traitement requis selon les parents interrogés.

Enquêteur : Et si Sarobidy [1,5 mois] ne se sent pas bien est-ce que vous achetez les médicaments à l'épicerie ? Enquêté : Je n'ose pas car elle est trop petite. Vous pouvez penser que c'est un simple mal de tête alors que ça peut être autre chose [...] Il est très difficile de deviner quel médicament lui est adapté alors il faut aller chez le docteur Enquêteur : A partir de quel âge on peut donner les médicaments de l'épicerie ? Enquêté : C'est quand l'enfant commence à être conscient qu'il ne se sent pas bien, qu'il est malade. Comme l'âge de Nicolas [6 ans] (Hoby, 26 ans, 2 enfants).

Ces extraits d'entretiens avec des parents issus de la catégorie populaire illustrent clairement les variations de recours aux soins pour le jeune enfant et ceux pour les enfants plus âgés, capables de s'exprimer et d'indiquer par-là, les types de douleurs ressenties et la source de leurs maux. Il s'agit donc ici de l'aptitude qu'a le sujet de décrire ses maux et la capacité de savoir ce qu'il lui faut pour gérer son mal. C'est la notion même de fragilité des enfants qui est invoquée pour fonder les discours normatifs concernant la nécessité de recourir à un professionnel de la santé en cas de maladie infantile. Dans la perspective où l'enfant est perçu comme vulnérable et dans

l'impossibilité d'énoncer l'origine de ces maux, l'entourage a un rôle clé dans la définition des orientations thérapeutiques choisies. Dans le cadre de la prise en charge de la santé du jeune enfant, la culture profane familiale et la culture professionnelle en matière de soins du jeune enfant se rencontrent (Bonnet & Pourchez, 2007) et convergent vers une prise en charge de l'enfant par le secteur biomédical.

Les individus issus de la catégorie moyenne interrogés à ce sujet rapportent que l'évitement de l'automédication pour le jeune enfant est presque systématique s'agissant du premier enfant de la fratrie. Lucie par exemple a deux garçons. Pour le premier, peu importe les maux dont l'enfant souffrait, elle avait l'habitude de l'emmener consulter un pédiatre dans une clinique privée. Deux ans plus tard, son petit frère naît. Pour la gestion de problèmes de santé bénins touchant cet enfant, la maman reproduit alors les traitements prescrits pour son grand frère. Ainsi, l'expérience de la réussite ou de l'échec d'un traitement est alors reportée sur l'ensemble de la fratrie. Ces pratiques reposent sur l'accumulation d'un certain savoir-faire et d'un savoir d'expérience biomédicale, rendant possible la gestion domestique des maladies quotidiennes, même pour le jeune enfant.

La conception commune qui entoure la prise en charge des jeunes enfants, est qu'il est impossible de venir à bout d'un symptôme gênant ou douloureux, s'il touche un enfant qui ne dispose pas de la capacité d'énoncer ces maux.

5.2. La qualité et la garantie des médicaments questionnées

Pour les sujets issus de la catégorie moyenne, la pratique d'automédication pour le jeune enfant (dans le cas d'une fratrie par exemple) s'exerce sur base de médicaments dont la qualité est jugée bonne par les individus, c'est-à-dire de médicaments qui proviennent de lieux de vente considérés comme « conformes » aux standards biomédicaux, en termes notamment de conservation, stockage, de respect de la date de péremption. Les lieux d'achats privilégiés sont donc la pharmacie d'officine et les dépôts de vente au sein des

cliniques ou cabinets privées. Comme mentionné plus haut, la provenance du médicament est également vérifiée, pour les jeunes enfants seront préférés les médicaments fabriqués en Europe, car ils sont perçus comme plus efficaces.

Pour les sujets issus de la catégorie populaire, les incertitudes exprimées concernant la qualité des médicaments de l'épicerie rendent la pratique d'automédication par recours à ces médicaments non transposable à la gestion de la santé des jeunes enfants. En filigrane de ces discours sur la santé de leurs enfants, se cristallisent une méfiance ou tout au moins des incertitudes à l'égard des médicaments de l'épicerie : « ça use la santé », « ce n'est pas garanti », « ça affecte les enfants quand c'est périmé » nous ont dit nos interlocuteurs. Ces incertitudes reposent sur la remise en question, par les usagers eux-mêmes, des modalités de conservation et de stockage des médicaments vendus dans les épiceries, ainsi que le flou autour du respect de la date de péremption.

Les sujets attribuent aux médicaments des épiceries un caractère potentiellement nocif, particulièrement s'ils sont consommés inadéquatement (par exemple, un traitement inadapté par rapport aux symptômes réels, du fait de la difficulté de diagnostiquer les maladies des jeunes enfants et également du fait que les vendeurs en épiceries ne dispensent pas de conseils et ne disposent pas de savoirs savant sur les médicaments et les maladies), ou durant une trop longue durée. Un médicament, s'il est consommé par un usager à l'état de santé fragile, peut devenir nocif. Alors que dans le même temps, ce même médicament pris par un adulte robuste pourrait prouver son efficacité. Il en découle que l'efficacité perçue des médicaments en épicerie est relative et dépend notamment de l'état de santé et de l'âge de l'usager. Ici comme ailleurs, les médicaments font l'objet de personnalisation (Baxerres et Le Hesran, 2012 ; Reynolds Whyte, Van der Geest et Hardon, 2002 ; Sarradon-eck, Blanc et Faure, 2010), c'est-à-dire qu'un traitement qui peut être adapté pour une personne, ne l'est pas spécialement pour quelqu'un d'autre. La variable, souvent mise en

avant par nos interlocuteurs est la notion de « force » : un organisme fort souvent associé aux hommes, s'oppose à un organisme vulnérable, plus souvent corrélé à celui des femmes enceintes et des jeunes enfants.

Enquêteur : Comment dois-je prendre l'anti-grippe ? Enquêté : Si tu es assez forte et que tu supportes le médicament, tu peux prendre deux comprimés par jour pendant trois jours. Mais si tu ne supportes pas, alors prend juste un comprimé par jour pendant trois jours (entretien avec une épicière sur le marché Pochard, Antananarivo).

Comme l'indiquent ces extraits, la notion de « corps fort » ou au contraire « faible » joue dans le choix de la posologie à prendre, elle ne se base que sur l'autodétermination par la personne elle-même du type de catégorie (forte ou faible) à laquelle elle participe. A l'inverse, pour les jeunes enfants, c'est l'entourage qui contribue à la caractérisation de leur vulnérabilité.

Pour les deux groupes sociaux, le lieu d'achat définit donc clairement l'efficacité et le niveau de nocivité attribués aux médicaments en rapport à cette notion de « force » dont certains disposent plus que d'autres. Si le recours aux médicaments achetés en épicerie est totalement banalisé et routinisé dans ces quartiers, il reste un recours par défaut, car les ménages en connaissent les limites et soulignent leurs incertitudes quant à ces produits : vente de médicaments dont la date de péremption est possiblement dépassée, pas de moyen de vérification de la date par l'acheteur (car l'achat se fait au comprimé prédécoupé), sentiment de perte d'efficacité des médicaments (à cause des conditions de stockage des médicaments, et du dépassement de leur date de péremption), coût au comprimé plus élevé qu'en pharmacie.

En pharmacie, on peut faire confiance. Là-bas on n'a pas peur que la date soit périmée. Parce qu'ici dans les épiceries, on ne sait pas si la date est déjà passée. Ils font juste tout pour les vendre. Peut-être, ils changent la date de péremption à l'épicerie (Julien, 39 ans, 7 enfants, vendeur de ceintures et portefeuilles).

Les discours à l'égard des médicaments du *tseña kely* oscillent entre une méfiance (inspirée notamment par les messages de sensibilisation et les rumeurs de falsification des dates de péremption) et une relative confiance basée sur des expériences thérapeutiques de réussite.

4. Entre normes officielles et normes pratiques

Dans le cadre de la prise en charge de la santé, les normes officielles véhiculées par les professionnels de la santé et plus globalement par l'OMS orientent, en cas de maladie, le sujet vers le secteur de soins biomédical. L'apparition d'un épisode de fièvre prolongé, devrait selon ces normes aboutir à une consultation biomédicale. Dans un autre registre, aujourd'hui, le nombre de consultations prénatales, requises par l'OMS, pendant la grossesse est passé de quatre à huit ¹⁶¹. Le champ de la santé se construit donc sur un nombre incalculable de normes officielles dictant les conduites à tenir, qu'il s'agit de respecter si l'on souhaite préserver et maintenir sa santé. Cette culture professionnelle ou biomédicale est le fait d'une série d'injonctions standardisées, qui une fois mises à l'épreuve du contexte peuvent être « contournées ou désarticulées » (Olivier de Sardan, à paraître).

Dans le contexte malgache, nos résultats mettent en évidence l'éloignement entre ces normes officielles en santé et les pratiques de soins réelles, sans que ces pratiques soient des phénomènes « non conformes, aléatoires ou erratiques » (Olivier de Sardan, 2001b). Notre recherche témoigne de l'importance de l'automédication, largement exercée à Madagascar. Nos résultats montrent que

¹⁶¹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/fr/>

l'automédication, en tant que pratique de renoncements-barrière et renoncement-refus aux soins, est une norme pratique complexe et régulée par une série de règles. Ces dernières, la mise en place de stratégies limitant les incertitudes et les risques de l'autoconsommation par exemple, ou encore l'évitement de l'automédication pour la prise en charge des maladies graves ou des maladies du jeune enfant, sont communément admises et non dépendantes des catégories socio-économiques des sujets.

L'absence d'extension de cette norme pratique (l'automédication) au jeune enfant s'explique par l'impossibilité pour cette catégorie de personnes d'appliquer la logique d'autodiagnostic, inhérente à l'automédication, à savoir, l'aptitude de partir du symptôme pour identifier le traitement adéquat. Par ailleurs, ce travail souligne l'idée de « *fragilité* » qui entoure le jeune enfant, opposée à la force de l'adulte, plus armé pour supporter des médicaments dotés d'une certaine puissance voire nocivité.

Ainsi, s'agissant de la prise en charge du nourrisson et jeune enfant, normes officielles et pratiques concordent. Si l'écart entre les deux normes se réduit pour cette catégorie de population, il en est de même pour l'utilisation de certains produits pharmaceutiques. Nous donnerons ici une illustration de ce phénomène par l'analyse de l'usage des vermifuges.

5. Le cas spécifique des vermifuges : concordance entre norme officielle et norme pratique

Parmi les pathologies du quotidien, les parasitoses intestinales bénéficient d'un recours spécifique par acquisition des antihelminthiques via des voies officielles. La spécificité ne réside pas dans le choix du lieu d'achat (en l'occurrence la pharmacie ou les formations sanitaires, car le médicament n'est généralement pas disponible en épicerie¹⁶²). Elle

¹⁶² Deux femmes ont mentionné avoir acheté les vermifuges sur le marché informel au prix de 400 ariary (soit 0,10 centimes d'euro). La première auprès d'un vendeur

réside plutôt dans le fait qu'au regard d'autres maladies dont les traitements ne sont pas disponibles en épicerie et pour lesquelles aucun traitement n'est apporté, celle-là implique pour une majorité des personnes interviewées une prise en charge (achat du médicament en pharmacie), une anticipation financière (épargne de la somme nécessaire pour acheter les vermifuges), une prise périodique du traitement (respect du calendrier de prise trimestrielle pour les enfants sans dépasser les trois prises par an). Dans un souci de respect du calendrier de prise des vermifuges, et si les lieux d'achats habituels font défaut (rupture en approvisionnement au sein d'une pharmacie, distribution gratuite retardée), les ménages trouvent d'autres voies pour acquérir ces médicaments.

Si cette maladie touche quasiment toutes les personnes interrogées, adultes et enfants confondus, le traitement n'est acheté que pour les enfants jusqu'à un certain âge¹⁶³. Les impératifs financiers des ménages populaires, couplés à une méconnaissance des modalités de la transmission des helminthiases (notamment par le biais des parents non traités¹⁶⁴) conduisent à une prise en charge par les ménages uniquement des enfants de moins de 5 ans. Cette priorisation pourrait s'expliquer notamment par l'orientation des messages de sensibilisation plus spécifiquement vers ces cibles.

A notre connaissance, peu d'étude portent spécifiquement sur les usages des antihelminthiques. Pourtant, dans le cadre d'études traitant plus globalement de la question des usages faits des médicaments, certains auteurs ont évoqué des pratiques spécifiques à ces médicaments. A Addis Abeba par exemple, Kloos *et al.* ont observé un usage périodique et constant de vermifuges, conduisant les

ambulant, la seconde à Ambohipo, un quartier de la capitale malgache spécialisé dans la vente informelle de médicaments (Mattern, 2015).

¹⁶³ Durant la grossesse, les femmes bénéficient gratuitement de ces médicaments au cours des consultations prénatales.

¹⁶⁴ Il est recommandé de traiter tous les membres de la famille en même temps
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/fr/>

populations à le percevoir plus comme un dispositif du quotidien que comme un traitement médicamenteux (Kloos et al., 1988). Dans une autre aire géographique (Maurice), Sussman a observé l'achat de vermifuges en pharmacie et l'autoconsommation de ces médicaments contre les parasites intestinaux (Sussman, 1988). Au Bénin, les vermifuges sont utilisés en prévention contre le paludisme et sont associés aux antipaludiques en traitement curatif du paludisme (Anago, Hemadou et Baxerres, 2015).

Le nom du vermifuge ou de la pathologie qu'il guérit n'est pas connu. Généralement, le terme utilisé pour y référer est *ody-kakana* (littéralement le « remède pour les vers »). Les causes sont attribuées principalement au manque d'hygiène des enfants qui jouent dans les ruelles des quartiers et qui consomment des aliments sans se laver les mains.

La première raison évoquée pour expliquer ces soins spécifiques est le côté palpable de la maladie et la répulsion dont elle fait l'objet : les vers sont visibles dans les selles, ils peuvent être « *longs, ils pendouillent* » et « *sont présents en grand nombre* ». L'efficacité du traitement est tangible : si les vers sortent après consommation du médicament, le médicament est considéré comme efficace.

En second lieu, l'impact des parasitoses sur la santé globale des enfants a été évoqué. D'une part elle entraîne des démangeaisons désagréables, d'autre part il a été noté que les enfants atteints de vers sont plus fragiles et plus exposés à d'autres maladies. Les vermifuger régulièrement serait donc une manière d'éviter la fragilisation des enfants et un investissement en termes de santé, les enfants étant supposés être moins malades à l'avenir. Ces pratiques de soins visent le ventre plus particulièrement, comme c'est le cas dans d'autres aires géographiques (Bonnet et Pourchez, 2007 ; Bonnet, 1988, 1995 ; Chilliot, 2003 ; Granado, 2007 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1999). Ceci sous-tend l'idée, déjà analysée par ailleurs, qu'un grand nombre de maladies est attribuée au ventre, induisant donc des soins

spécifiques (purges et lavements). Dans le même sens, Chilliot indique qu'en milieu songhay-zarma nigérien, « *un ventre « propre » sera une des principales conditions de la bonne santé, de la forme physique, de la vigueur du corps. Un ventre « sale » sera l'occasion de troubles multiples (fatigues, douleurs,...), expression d'une fragilisation du corps, en proie à la moindre maladie ou favorisant son développement, son aggravation* » (2003 : 441). Etant le point de départ et la source où peuvent se développer une série de maladies bénignes et plus graves, les soins ayant pour objectif de « laver » le ventre sont essentiels, à Madagascar comme ailleurs¹⁶⁵. L'usage des vermifuges apparaît donc dans un contexte particulièrement propice à son appropriation, puisqu'il a un effet proche des remèdes dits « traditionnels », dont l'objectif est la « purge » de l'intérieur ou le lavement intestinal. Ainsi, les connaissances et savoirs biomédicaux en matière de vermifuges concordent avec un savoir-faire traditionnel acquis et transmis de génération en génération soulignant l'importance de réaliser un lavement régulier dans une optique thérapeutique.

Il n'y a donc pas vraiment de rupture entre prévention et cure dans l'utilisation des vermifuges. Ce médicament en particulier permet à la fois de rétablir l'ordre (supprimer la parasitose) et dans le même temps, il rend possible la fortification du sujet, fragilisé par ces parasitoses. Ce constat a également été fait par Baxerres au Bénin, qui souligne que la consommation de vermifuges permet d'éliminer préventivement des saletés susceptibles de déclencher des maladies, telles que le paludisme (2010 : 264). Comme l'indique Chilliot, « *il s'agit pour ainsi dire de donner au corps les moyens de faire front aux nombreuses maladies qui peuvent l'affecter. (...) On agit moins vis-à-vis de telle ou telle maladie potentielle que vis-à-vis du corps fragile, affaibli* » (2003 : 442). A Antananarivo, le vermifuge est perçu

¹⁶⁵ Les *tambavy* de *feriala* (une plante) par exemple sont largement utilisés pour leurs propriétés de lavement de l'estomac. Un autre exemple est l'ail qui administré comme un suppositoire, est régulièrement utilisé pour ses propriétés antihelminthiques.

comme un fortifiant, qui permet de stopper le développement des troubles internes susceptibles d'affaiblir l'enfant. Pour cette raison, la priorité dans l'administration de ces médicaments au sein d'une famille est largement orientée vers les jeunes enfants. A partir du moment où l'enfant est considéré comme moins vulnérable (la vulnérabilité est souvent déterminée par l'âge selon nos enquêtes), il bénéficiera moins systématiquement du vermifuge.

Enquêteur : Vous, vous prenez aussi les médicaments contre les vers ? Enquêté : Non, je n'en prends pas. Je n'avais même pas pensé en prendre. C'est lorsque j'étais en consultation prénatale que le docteur m'a dit que je devais en prendre. Mais depuis, je n'en n'ai plus pris. C'est vraiment un problème financier, on sait que les adultes aussi doivent en prendre mais c'est vraiment l'argent donc il vaut mieux qu'on sauve les enfants d'abord parce que les enfants ne se sentent pas bien si on ne leurs enlève pas les vers tous les trois mois (Harisoa, 32 ans, 2 enfants et un à naître, profession non connue).

Une autre raison motivant ces soins spécifiques est l'accessibilité des vermifuges à moindre coûts et via différentes voies formelles : distributions gratuites dans les bas quartiers pour les enfants de 1 à 5 ans associées à la vitamine C, distributions gratuites au sein des établissements scolaires¹⁶⁶ et au sein des CSB (100 ariary soit 0.03€), disponibilité en pharmacie (le prix varie entre 200 et 500 ariary – 0.06 et 0.14€) où contrairement aux autres produits pharmaceutiques, l'achat à dose unique est possible. Enfin, les pharmaciens et agents responsables des distributions (campagnes au sein des bas quartiers et au sein des CSB) dispensent généralement des conseils (prise de vermifuges au moment d'un repas, adaptation de la dose en fonction de l'âge de l'enfant) et offrent la possibilité de peser les enfants.

¹⁶⁶. Un déparasitage périodique est intégré dans le programme de santé scolaire de certains établissements de la capitale.

A l'instar de ce qui a été noté ailleurs sur la question de la gratuité, il est intéressant de noter que les médicaments distribués gratuitement comme c'est en partie le cas pour les vermifuges, sont souvent considérés comme moins efficaces que ceux dispensés contre paiement (médicaments reçus lors de distribution, auprès des dispensaires confessionnels) (Sussman, 1988 ; Ulgade et Homedes, 1988). C'est une des raisons pour laquelle les usagers préfèrent les vermifuges qui proviennent des pharmacies.

L'automédication via le marché informel est donc rendue moins nécessaire pour l'acquisition des antihelminthiques de par la disponibilité, à moindres coûts de ces médicaments via d'autres voies. Par ailleurs, les précautions prises autour de la consommation du médicament tendent à rassurer les parents tout en conférant à cette pathologie un statut particulier pour lequel l'automédication n'est pas une option.

L'utilisation des vermifuges, faisant l'objet d'une réelle appropriation par les populations, serait donc à la fois encouragée par les savoirs populaires en santé concernant ces cures thérapeutiques ayant pour base l'administration de purgatifs, tout en étant facilitée par un cadre pratique caractérisé par des modes d'acquisition du médicament à faible coût et disponible dans des lieux de grande proximité. A la différence d'autres pays où le vermifuge est associée à des médicaments relevant d'autres classes thérapeutiques (antipaludiques, antipyrétiques) (Baxerres, 2010), il apparaît qu'à Antananarivo ce médicament soit clairement utilisé conformément aux recommandations thérapeutiques biomédicales, à savoir en tant qu'antihelminthique.

En conclusion, nos résultats soulignent l'importance de la gestion domestique des maladies pour l'ensemble des ménages interrogés dans un contexte de pluralité de l'offre thérapeutique disponible à Antananarivo. Si la pratique d'automédication est commune à l'ensemble des individus, les lieux d'acquisition des médicaments

différent – le marché informel pour les ménages les ménages populaires, la pharmacie domestique ou un point de vente formel pour les familles de catégorie moyenne. De part et d'autre, des stratégies sont mises en œuvre par les ménages pour minimiser les risques et incertitudes liés à cette pratique d'automédication : confirmation du traitement par un ami médecin pour les ménages plus aisés et attention particulière portée à la date de péremption lors de l'achat des médicaments sur le marché informel pour les groupes sociaux populaires.

La gestion des maladies infantiles présente un consensus pour l'ensemble des sujets : l'automédication est évitée ainsi que le recours aux médicaments issus du secteur informel. Les raisons renvoient souvent à l'incapacité du jeune enfant à formuler l'origine de ces maux ainsi que sa vulnérabilité face aux médicaments pharmaceutiques, dont l'usage erroné pourrait produire sur eux des effets secondaires nocifs. L'analyse de l'utilisation rigoureuse des antihelminthiques par les ménages populaires illustre l'attention spécifique portée à l'enfant s'agissant de l'usage de médicaments pharmaceutiques.

L'analyse des recours en cas de parasitoses intestinales chez l'enfant illustre l'idée d'une quête de soins singulière concernant les maladies infantiles. Cette étude de cas autour des vermifuges démontre également l'influence des modes de distribution pharmaceutiques sur les usages des médicaments. En effet, l'automédication via le marché informel est rendue moins nécessaire de par la disponibilité, à moindres coûts des vermifuges via des voies formelles. Les précautions qui entourent la prise de vermifuges au sein des voies de distribution formelle (pesée de l'enfant, adaptation de la posologie en fonction de l'âge) tendent à rassurer les parents tout en conférant à cette pathologie un statut particulier pour lequel l'automédication n'est pas une option. Si la prise de paracétamol en épicerie tend à être banalisée et normalisée (« *tout le monde le fait* »), l'acquisition de vermifuge via les voies informelles est rare et considérée comme dangereuse : « *il ne faut pas faire n'importe*

quoi avec les médicaments contre les vers ». Pour ce qui est des vermifuges, les discours normatifs sur la nécessité de recourir aux moyens formels d'acquisition des *ody-kakana*, et les recours réellement mis en œuvre concordent puisque ces traitements sont quasiment exclusivement acquis via les modes de distributions formels de médicaments.

Le chapitre suivant rend compte du rapport de méfiance qu'entretiennent nos interlocuteurs avec le système de santé étatique. La faiblesse des systèmes de santé publique et les nombreux dysfonctionnements qui le caractérisent ont été mis en avant dans de nombreuses recherches en anthropologie de la santé portant notamment sur des pays d'Afrique francophone (Fassin, 2008 ; Hours, 1995 ; Médard, 2001 ; Olivier de Sardan et Jaffré, 2003). Voyons comment les sujets et les soignants caractérisent le système de santé public malgache.

Chapitre 3 : Défiance généralisée du système de santé public

Plus de trente ans après avoir publié son ouvrage « Social Lives of Medicines » en collaboration avec Reynolds Whyte, Van der Geest pose le constat suivant à propos du Cameroun : « Malheureusement, la situation n'est pas très différente aujourd'hui ».

Pour Madagascar, on pourrait poser le même constat. Il est en effet interpellant de voir que les propos recueillis par Burguet dans les archives de l'époque coloniale à la fin du XIX^{ème} siècle concordent en partie avec ce qui est observé aujourd'hui (voir encadré), surtout en matière de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement¹⁶⁷ : *« outre le rejet de l'injection, notamment lors des campagnes de vaccination, il s'agit du refus des soins pour les femmes enceintes et de la maternité pour les accouchées et la crainte de l'hôpital et de ses médecins blancs pour toutes les catégories d'âge »* (Burguet, 2014a : 46). Selon l'auteure, les archives faisant état de la défiance des populations malgaches à l'égard de la médecine biomédicale dans de multiples zones à Madagascar sont nombreuses. Les attitudes de défiance, telles que le refus des soins, la peur de l'hôpital et des consultations, de la vaccination et du médecin lui-même sont fréquemment relevées par les administrateurs et médecins coloniaux. A ce sujet, l'auteur souligne l'ambivalence des comportements des populations locales face aux techniques biomédicales proposées et/ou imposées ; une ambivalence qui s'inscrit de façon permanente dans le temps puisqu'elle est visible aujourd'hui encore. Le système de santé publique actuel comprend encore aujourd'hui des éléments du système mis en place durant la période coloniale, tant pour ce qui est de la formation et du recrutement des médecins parmi les élites malgaches (Burguet, à paraître), que ce qui concerne la co-habitation encore

¹⁶⁷ Pour plus d'informations à ce sujet, voir les travaux de Mestre et Pourette.

difficile de la médecine bio-médicale et traditionnelle (Pourette, à paraître ; Pierlovisi, à paraître).

Le système de santé public n'est pas un recours de choix pour les personnes interrogées ¹⁶⁸, quel que soit leur niveau de revenus. La faible confiance de la population aux formations sanitaires tant au niveau du réseau des centres de santé de base (CSB1 et CSB2) qu'au niveau hospitalier se manifeste par l'utilisation limitée des services publics ¹⁶⁹. Les raisons sous-jacentes à ce phénomène sont plurielles.

Pour fonder ce diagnostic, nous développerons d'une part des indicateurs de performances de l'administration malgache mesurés par Razafindrakoto *et al.*, que nous appliquerons plus spécifiquement à l'offre publique de soins en nous appuyant sur des documents officiels. D'autre part, nous donnerons la voix aux usagers et aux professionnels de la santé, interrogés quant à leurs perceptions de l'offre de santé publique à Madagascar. Nous nous appuierons donc pour ce faire sur des données empiriques issues de nos entretiens.

1. Des mesures « objectives » de la performance des administrations malgaches

Le secteur public de la santé, à l'instar des autres administrations malgaches et plus globalement africaines, souffre de

¹⁶⁸ Comme l'indiquent à juste titre Roubaud et Razafindrakoto, « *stigmatiser l'inefficacité des services publics n'est bien souvent qu'un lieu commun, dont il n'est pas scientifiquement légitime de se satisfaire* » (2001 : 44). Ce travail se fait sans prétention sur la représentativité de nos données à l'ensemble du secteur public. Notre volonté n'est pas la généralisation de ces perceptions à l'ensemble du système public, nous avons évidemment conscience du fait que « *tout n'est pas si mauvais que ça* » et qu'il y a ça et là des services au sein d'hôpitaux, des centres de santé ou bien des personnels soignants qui, à l'image des sages-femmes réformatrices telles que nommées par Olivier de Sardan, exercent quotidiennement leurs pratiques en toute bienveillance et avec une grande compétence. D'ailleurs, pour éviter de tomber dans une bipolarisation réductrice et largement erronée de la réalité qui représenterait d'une part une offre publique de soins archaïque et de l'autre côté le malade comme en étant victime, nous avons aussi bien interrogés des usagers que des soignants issus du secteur public à ce sujet.

¹⁶⁹ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015.

dysfonctionnements à plusieurs niveaux. Afin d'évaluer objectivement la performance des administrations malgaches, Razafindrakoto *et al.* s'intéressent notamment à trois champs qui « *font l'objet de manquements graves* » (2001 : 46) : l'absentéisme, la corruption et la politisation de l'administration.

Leur article intitulé « Vingt ans de réforme de la fonction publique à Madagascar » paru en 2001 semble encore particulièrement d'actualité. Les auteurs suggèrent que les données empiriques d'appréciation par les usagers de l'offre de services publique sont une mesure subjective de la performance de l'administration malgache. Ils complètent donc leurs analyses par des indicateurs qu'ils nomment plus objectifs, tels que l'absentéisme, la corruption et la politisation de l'administration, dont nous traitons ici.

Les résultats de leurs enquêtes ne sont pas spécifiquement orientés vers les offres de soins publics de santé à Madagascar. Néanmoins, nous pouvons tenter d'explorer ces différents champs et de les appliquer au domaine de la santé, à travers l'analyse de documents et rapports d'évaluations du système de santé public malgache ¹⁷⁰.

1.1. Contextes pratiques de dispensation de l'offre de soins publique

Ce point traite plus particulièrement des caractéristiques concrètes et structurelles dans lesquelles sont dispensées les offres de soins publiques à Madagascar : ressources humaines, caractéristiques physiques des centres de santé, disponibilité des intrants ¹⁷¹. Cet état

¹⁷⁰ Trois rapports sont particulièrement mobilisés dans cette partie de thèse : le « plan de développement du secteur santé 2015-2019 » par le Ministère de la santé Publique de Madagascar, l'enquête sur « l'efficacité et l'équité auprès des formations sanitaires malgaches » réalisée en mai 2005 par l'Institut National de la Statistique et le rapport PH4.

¹⁷¹ Nous ne réaliserons pas ici une analyse exhaustive des nombreux dysfonctionnements qui frappent le système de santé malgache. Ce sujet pourrait à lui seul faire l'objet d'un travail de thèse. Nous abordons cette thématique, car elle participe à la compréhension du phénomène plus global de recours au système de

des lieux permet de mettre en évidence le contexte dans lequel se mettent en place des stratégies de contournement du système public, par le développement de solutions « ad-hoc » pour faire face à la maladie.

Depuis plusieurs décennies, l'instabilité politique qui caractérise Madagascar frappée par des crises politiques récurrentes (Fremigacci, 2014) a conduit à une fragilisation de la population à plusieurs égards. Au sortir de la dernière crise politique (2008 – 2013), 72 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté nationale (INSTAT, 2012-2013). En matière de santé, le système sanitaire s'est vu considérablement affaibli, les autorisés sanitaires notent un ralentissement des progrès de développement sanitaire ¹⁷².

Depuis 2003, la part des ménages dans les sources de financement de la santé a doublé ¹⁷³, tandis que celle de l'Etat a chuté (15,3% en 2011, 7,5% en 2014). Au même moment, le pouvoir d'achat des ménages a connu une nette diminution. Parallèlement, alors même que l'accès financier aux soins pour les ménages est de plus en plus difficile, la qualité de l'offre de soins qui leur est proposée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est frappée par une dégradation importante. Le taux de consultations externe des formations sanitaires dégringole depuis 2008. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat : détérioration du réseau routier, insuffisance et/ou absence des ressources humaines au sein des formations sanitaires, vétusté des infrastructures et équipement sanitaires aggravée par les carences dans leur gestion et leur maintenance, la mauvaise qualité de l'accueil, la

santé informel et plus spécifiquement à ce qui nous intéresse ici, à savoir le recours au marché informel du médicament à Madagascar.

¹⁷² Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015.

¹⁷³ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015

non disponibilité des intrants nécessaires (entre autres les médicaments normalement gratuits) ¹⁷⁴.

Plus particulièrement, l'absentéisme est lié aux problèmes de ressources, en particulier l'insuffisance de ressources humaines. Selon le type de centres de santé (public, confessionnel, privé) les centres publics enregistrent le taux maximum d'absence des employés avec 11,8%. Le taux le plus élevé étant enregistré dans les CSB d'Antananarivo ¹⁷⁵. Parmi les raisons les plus fréquentes en milieu rural, l'enquête menée par l'INSTAT cite les missions officielles (12,5%) et les stages et formations (10%).

Toujours selon les résultats de l'enquête portant sur l'efficacité des formations sanitaires malgaches, à l'absentéisme dont souffre le secteur public s'ajoute la vétusté des bâtiments et de l'accueil pratique des malades au niveau des formations sanitaires publiques (rare présence de bancs pour que les patients puissent s'asseoir en attendant la consultation, insalubrité des plafonds et des planchers, niveau de dégradation des bâtiments). Selon la même enquête, la situation dans les centres publics concernant le matériel à disposition dans la salle de consultation (table d'examen, table d'accouchement, poubelle, point d'eau, toilette et douches) est toujours la plus défavorisée sur tous les critères considérés qu'au sein des centres privés ou confessionnels.

Concernant la disponibilité des intrants au niveau des établissements de santé, l'enquête de l'INSTAT indique que quel que soit le type de médicaments considérés, les ruptures de stocks sont plus fréquentes dans les établissements publics.

1.2. Corruption et politisation de l'administration

Étonnamment, si les rapports et documents auxquels on réfère ici font abondamment état des différents problèmes structurels qui frappent la

¹⁷⁴ Plan de développement du secteur santé 2015-2019, Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015

¹⁷⁵ « L'efficacité et l'équité auprès des formations sanitaires Malgache : Résultats d'une enquête », Institut National de la Statistique, mai 2005.

qualité des soins dispensés par secteurs publics, la question de la corruption ¹⁷⁶ est peu ou pas abordée. Nos enquêtes auprès des usagers et des professionnels de la santé n'étaient pas spécifiquement ciblées autour de cette question. Néanmoins, dans le cadre de cette recherche, comme dans le vécu quotidien au sein de nos « contextes ordinaires » ¹⁷⁷ (Balcou-Debussche, 2016) à Madagascar, de petits et grands actes de corruptions sont fréquemment énoncés dans le cadre de la santé où l'hôpital est perçu comme un lieu de corruption par excellence.

A Madagascar comme ailleurs, la « petite corruption quotidienne » est banalisée et systémique (Blundo et Olivier de Sardan, 2001). Elle est observée au sein de la sphère publique et frappe largement le secteur de la santé (dépenses inéligibles, détournements au niveau des FANOME ¹⁷⁸, etc.). *« Ces pratiques illicites vont de la base (petite corruption systémique) au sommet (faveurs accordées pour raisons politiques ou clientélistes, ou grande corruption). Quant au secteur de la santé, il est, lui aussi, largement victime d'une « privatisation » interne: surfacturations indues, ventes illicites de médicaments, consultations privées clandestines, détournements de matériels et de fournitures, utilisation du secteur public pour capter une clientèle privée, tout cela est monnaie courante, dans les maternités comme dans les dispensaires et hôpitaux »* (Olivier de Sardan, 2001b : 66). Cette situation de corruption, égale à celle décrite par Olivier de Sardan pour de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, a abouti à Madagascar à la mise en place d'organes de lutte contre la corruption

¹⁷⁶ Pour plus d'information sur la question de la corruption en Afrique de l'Ouest, lire les travaux de Olivier de Sardan, Blundo, Le Meur.

¹⁷⁷ L'auteur analyse l'éducation thérapeutique proposée aux personnes malades chroniques à travers le vécu de leur maladie dans plusieurs contextes : contextes « ordinaires » (la vie quotidienne), les situations d'apprentissage en éducation thérapeutique, ou le contexte « hospitalier ». La corruption est en effet constamment évoquée dans les conversations quotidiennes privées à Madagascar.

¹⁷⁸ Plan de développement du secteur santé 2015-2019.

tant au niveau national (Bureau Indépendant Anti-Corruption - BIANCO) qu'au niveau du secteur de la santé.

Les travaux de Burguet montrent à quel point le secteur de la santé à Madagascar est historiquement politisé. Selon l'auteur, l'enseignement de la médecine à Madagascar a été longtemps réservé aux nobles protestants (Burguet, à paraître). Aujourd'hui encore, l'élite médicale actuelle est essentiellement composée de médecins issus de cette catégorie sociale. *« Cet état de fait pose la question de la construction et de la persistance d'un pouvoir médical fondé sur une hiérarchie d'origine aristocratique encore fortement respectée aujourd'hui à Madagascar. Le fait que, sous la colonisation française les critères de choix aient changé (l'enseignement a été ouvert à des étudiants d'autres origines) n'a pas pour autant institué d'autres relations, compte tenu de l'assignation, par le pouvoir colonial, des médecins autochtones aux fonctions peu valorisantes d'assistants indigènes »* (Burguet, à paraître).

2. De l'autre côté du miroir, les usagers et les soignants

Les données issues de nos entretiens avec les usagers et employés de formations sanitaires publiques concordent avec celles traitant plus globalement du degré de satisfaction de l'administration publique à Madagascar. Ces éléments peuvent fournir une mesure directe de sa performance (Razafindrakoto et Roubaud, 2001).

La littérature sur la perception de l'offre de santé publique dans sa globalité par les usagers et les soignants (relations soignant/soignant, accueil au sein des formations sanitaires, perceptions de l'efficacité des soins dispensés) est riche (Fassin, 2008 ; Olivier de Sardan et Jaffré, 2003). Pour Madagascar, les données de Mestre au sujet de l'hôpital public de Toamasina concordent également. A ce sujet, elle écrit que *« l'hôpital, entendait-on, était comme toutes les administrations malgaches, on y était mal accueillis, on attendait et on devait monnayer tous les services rendus »* (2014 : 41).

Concernant plus globalement le fonctionnement de l'administration publique, Razafindrakoto et Roubaud soulignent qu'en 1998, le jugement de la population est sans concession, avec moins de 15 % des Tananariviens qui la jugeaient efficace. La conséquence directe de cette opinion négative, disent-ils, est le faible niveau de confiance qu'ils lui accordent.

Outre les ruptures d'approvisionnement fréquentes touchant plus particulièrement les formations sanitaires publiques¹⁷⁹, une majorité des personnes interviewées d'une catégorie socio-économique comme de l'autre déplorent un mauvais accueil au sein des structures sanitaires publiques, couplé à une mauvaise qualité des soins qui y sont dispensés.

Ils [médecins du CSB] n'écourent pas. Quand tu dis que tu as mal là ou là, ils prescrivent toujours la même chose. Puis l'accueil n'est pas bon, ils te font attendre. Même quand le docteur arrive au CSB, il te fait encore attendre, il doit réparer ça puis ça, et toi pendant ce temps, tu ne fais qu'attendre (Rojo, 30 ans, chercheur en thèse).

L'accueil n'est pas bon. Quand on rentre, on ne nous accueille pas avec gentillesse. Ils sont méchants parfois. J'ai vu des petits enfants avec des lésions, ils cousent parfois sans anesthésie. Car ils n'arrivent pas à acheter les trucs pour endormir. Et ils ne sont pas gentils avec les patients. C'est mieux de payer plus cher et d'avoir l'opportunité d'avoir un bon accueil et de se faire soigner sans avoir mal. (...) Les pauvres vont plus souvent au CSB. Tandis que les populations aisées vont plus souvent chez les médecins libres. Au CSB on est traités comme des gens comme si on était encore des

¹⁷⁹ « L'efficience et l'équité auprès des formations sanitaire Malgache : Résultats d'une enquête », Institut de la statistique, mai 2005 : 26.

primates. Pas d'anesthésie, ils te traitent comme des bêtes. J'ai vu des gens qui mettent au monde les enfants et quand la personne se plaint d'avoir mal les soignants disent pleins de méchanceté. Ils disent que c'est moins douloureux que la mort ! Et même dans les hôpitaux. Moi j'ai mis mes enfants au monde chez les médecins libres. Je n'ai jamais été dans les hôpitaux. On nous accueille mal ! (Mbola, 39 ans, analyste programmeur engagée dans une agence internationale de développement).

Le long temps d'attente qui caractérise le recours au secteur public de soins a également été souligné. Un système judicieux est mis en place pour l'éviter : chaque nouveau malade arrivé pose son carnet de santé par terre, en file après le carnet de la personne précédemment arrivée. Cela lui permet éventuellement de revenir plus tard, ou au moins de s'asseoir à l'abri du soleil et de la chaleur pendant l'attente. Pour les individus de catégorie moyenne, ces structures revêtent une image négative, associée à la pauvreté.

Pour les ménages populaires, les ruptures fréquentes en approvisionnement des pharmacies des CSB présentent un obstacle important à la consultation de ces centres, car cela implique un achat des médicaments en officines pharmaceutiques. Outre les coûts supplémentaires occasionnés (prix des médicaments plus élevés en pharmacie, coûts liés au déplacement), ce phénomène contribue à ralentir davantage leur parcours de soins.

Pour les acteurs populaires, les ruptures en approvisionnement des pharmacies des centres de santé de base présentent un obstacle important à la consultation auprès de médecins issus du secteur public, car cela les oblige à trouver leurs médicaments ailleurs (notamment en pharmacie, où le prix des médicaments est plus élevé).

La gratuité affichée des consultations médicales et des soins dispensés au sein des formations sanitaires publiques n'est parfois que théorique, comme l'illustre le récit de ce médecin qui a travaillé de nombreuses années en province.

Ainsi, face aux nombreux dysfonctionnements qui frappent tout particulièrement l'offre publique de soins, les ménages préfèrent se référer aux « médecins libres », qui constituent des recours connus et familiers. Ces médecins libres pratiquent soit dans la légalité (s'ils ont inscrit leur cabinet à l'Ordre des Médecins), soit ils sont diplômés mais non-inscrits et pratiquent dans l'illégalité (ceux qu'on nommera ici les « privés informels »). Ils disposent pour la plupart de médicaments au sein de leur cabinet et le prix de la consultation peut varier en fonction du revenu des patients. La consultation de ces médecins présente de nombreux avantages.

3. Un système privé attrayant : le recours aux « docteurs libres »

Le recours aux systèmes privés formels ou informels répond globalement à la volonté d'une plus grande personnalisation de la relation de soin. Les ménages issus de la catégorie moyenne recourent largement à des cliniques privées (Glick et Razakamanantsoa, 2002 ; Parizot et al., 2005). Ces cliniques privées sont jugées très positivement par les usagers. Les acteurs populaires recourent à la fois aux formations sanitaires publiques (notamment surtout dans le cadre des CPN et de la vaccination) et aux « médecins libres ». Dans un cas comme dans l'autre, il est difficile de savoir si les soignants y exercent en toute légalité (s'ils disposent d'une autorisation d'exercer) ou s'ils participent au système informel de dispensation de soins de santé.

Il est intéressant de noter que s'agissant de médecins exerçant dans le secteur non public, les sujets font références à ces soignants comme étant des « médecins libres ». Ce terme largement utilisé par l'ensemble des usagers rencontrés ne différencie finalement pas les pratiquants illégaux des autres. Durant les entretiens, cette notion de

légalité ou illégalité n'a d'ailleurs jamais été abordée. Les usagers soulignent les nombreux avantages et facilités inhérentes à ces structures, plutôt que la légalité ou non de leur pratique.

Ces cabinets privés ou « privés informels » vendent pour la plupart des médicaments pharmaceutiques. Ainsi le rôle des « docteurs libres » consiste en la consultation, la prescription et enfin, la délivrance des traitements. Ces cabinets pratiquant dans l'informalité ou non, constituent une clientèle importante du marché d'Ambohipo.

Enquêteur : Pourquoi pensez-vous que les clients viennent chez vous plutôt que dans les dispensaires publics ? Enquêté : Tout d'abord pour la qualité des soins. On suit les malades jusqu'à la guérison. Nous posons nous-même les actes médicaux (piques, etc.) et pas les paramédicaux. Les patients nous font confiance car nous les suivons du début à la fin de la maladie. Dans le public c'est l'opposé, le patient voit une fois le docteur puis ensuite, c'est le paramédical qui prend la relève. Ensuite il y a la qualité de l'accueil. Nous avons une relation plus proche entre les patients et les malades. On dit « bonjour », on fait rire les malades, on fait des blagues. Puis il y a l'infrastructure dans laquelle on accueille les malades. Nous on a le temps. Puis il y a la prescription des médicaments. Dans le public, les médecins ont une sorte de « check liste » où chaque maladie correspond à un traitement, pour la gestion des maladies. Dans le privé, on va chercher le traitement en fonction des possibilités financières des patients. On privilégie la communication, on a une vraie philosophie médicale où on accorde un espace important entre soignant et soigné (Docteur libre).

Comme l'indique l'extrait d'entretien ci-dessus, les raisons de recours à ces catégories de soignants sont multiples. Globalement, c'est la

flexibilité dont font preuve les « docteurs libre » qui est fortement valorisée par les sujets issus d'une catégorie socio-économique comme de l'autre. Tout d'abord, le temps d'attente est globalement estimé comme moins long qu'au centre de santé publique. La qualité de l'accueil auprès de ces soignants est jugée très positivement.

Ils sont globalement plus disponibles aussi, ils sont pour la plupart joignables de jour comme de nuit. Ils font preuve d'une plus grande flexibilité durant la consultation – ils consacrent le temps nécessaire à l'auscultation, le diagnostic. Le patient se sent écouté. La prise en charge holistique du malade et le suivi complet dont ils font l'objet est un des points qui ressort de manière récurrente des discours des sujets, les « médecins libres » eux-mêmes valorisent fortement cet aspect également.

*Après la consultation tu peux téléphoner au médecin libre.
Les 20 000 ariary [5,80€] c'est pour tout ça, tu es suivi
jusqu'à ce que tu guérisses. Au CSB tu ne trouves pas ça.
Le suivi est plus complet (Rojo, 30 ans, chercheur en
thèse).*

Comme l'indique ce témoignage, le soignant se rend disponible « jusqu'à la guérison du malade », ce suivi d'après consultation fait largement partie de leur pratique (et ils justifient le prix plus élevé de la consultation qu'en centre de santé public sur ce point). Il reste disponible pour répondre aux questions du malade par téléphone, jusqu'à ce que l'état du malade s'améliore.

Pour la plupart, ces « médecins libres » constituent une offre plus complète, dans le sens où ils proposent à la fois consultation, prescription et traitements. A ce titre, certains soignants ne font pas payer les consultations, mais uniquement les médicaments. Ainsi, l'utilisateur interviewé sur le montant de la consultation et des médicaments ne fait finalement pas de différence entre les deux. Ces

médecins comptent donc sur la vente de médicaments comme moyen de subsistance.

Les « médecins libres » offrent également une plus grande flexibilité au niveau du paiement. Certains soignants, surtout ceux exerçant dans le bas quartier de la capitale, permettent aux malades de les payer par crédit, ils peuvent adapter leurs prescriptions en fonction du niveau socio-économique du malade. Il arrive que ces médecins prescrivent un générique par exemple plutôt qu'un médicament de spécialité pour un malade en difficultés économiques.

Enfin, la flexibilité des « médecins libres » se perçoit également dans la prescription des traitements aux patients, pour laquelle ils peuvent se conformer aux préférences des malades en termes de type médicaments (l'injection par exemple étant généralement jugée comme plus efficace que les comprimés par exemple). A ce titre, Bloom *et al.*, ont noté la même flexibilité de la part des médecins privés au Bangladesh, qui la justifient par un besoin de conformité aux souhaits de leurs patients, arguant qu'ils y sont obligés au risque de perdre leur patientèle (2011 : 49).

Il apparaît donc clairement que ces structures privées formelles ou non constituent une offre de soins attrayante pour les malades. Les discours de ces « médecins libres » et des usagers se constituent souvent autour de la dichotomie public - privé.

4. La gestion des maladies « graves » : le parcours du combattant

Qu'elle survienne dans un contexte populaire ou d'économie familiale moyenne, la prise en charge d'un épisode de maladie grave peut induire une longue errance, durant laquelle le malade et « le groupe organisateur de la thérapie » (Janzen, 1995) ont un rôle clé à jouer pour en assurer une fin heureuse.

Dans une catégorie comme dans l'autre, les maladies sont considérées comme graves lorsque qu'il y a échec du traitement de première

intention (par exemple l'augmentation de la température malgré la prise en automédication d'antipyrétiques, la récurrence des vers malgré la prise répétée de médicaments) ou lorsque les symptômes sont méconnus et dépassent le cadre du tableau clinique familial. Les discours sont alors ponctués de phrases normatives sur la nécessité de consulter. Ces discours s'avèrent souvent différents des pratiques effectivement mises en œuvre, et ce pour différentes raisons.

Antananarivo dispose d'un réseau développé de formations sanitaires publiques mais peu d'offres en santé de qualité. Les enjeux sont différents en fonction du contexte socio-économique dans lequel survient la maladie. Pour les familles populaires, il s'agira de trouver des soins de qualité à moindre coûts et accessibles en termes géographiques, tout en restant des soins perçus comme efficaces. Pour les seconds, la survie dépendra du fait d'avoir des pistons ou des connaissances au sein des grands hôpitaux afin de devenir un malade « recommandé » (Olivier de Sardan, 2003 : 266). Cela permettra d'une part de passer en priorité face à la liste interminable de patients en attente d'être soignés. D'autre part, cela offrira la garantie que le malade sera pris en charge avec bienveillance, d'un point de vue social et médical (pas ou peu de petite ou grande corruption de la part du personnel soignant, pas de vol de médicaments, etc.). *« C'est tout le « syndrome dysfonctionnel » de la santé publique qui est ainsi évoqué par la grande majorité des usagers, où, tout à la fois, les soignants témoignent d'une solide indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter), ils les « rackettent », et font des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue... »* (Olivier de Sardan, 2003: 165). Le récit ci-dessous d'une jeune maman, révèle comme beaucoup d'autres récits d'usagers, l'existence de ce « syndrome dysfonctionnel » qui frappe le secteur de la santé à Madagascar.

4.1. A la recherche de soins à moindres coûts

Si les maladies du quotidien parviennent à être gérées au niveau domestique, une fois sorti du cadre nosologique familial, en réponse auquel il existe une offre adaptée¹⁸⁰ (les épiceries ou les boutiques d'Ambohipo, *médecins libres*), la quête de soins s'assimile à un véritable parcours du combattant pour les familles vivant en situation de vulnérabilité. Face à la survenue imprévue d'une maladie ou d'un événement nécessitant une prise en charge spécifique et rapide (césarienne, surinfections de plaies, etc.), les ménages ont très peu de marge de manœuvre. C'est là que se jouent alors les relations de solidarité inter ou intrafamiliales, ce que Parizot *et al.* nomment les « solidarités primaires » familiales et communautaires (2005), sans lesquelles la survie serait réellement mise en péril. Dans un contexte d'une très faible prise en charge de la santé par l'Etat et d'une large délégation vers le secteur privé, la famille intervient comme seul garant de la protection sociale.

Les dépenses en santé font alors l'objet d'emprunts auprès des proches. Comme l'a souligné Wachsberger à ce propos, « *l'enquête SIRS*¹⁸¹ demandait aux enquêtés s'ils avaient reçu et/ou s'ils pouvaient compter sur une aide de la part de membres de leur famille, de voisins et d'amis dans un certain nombre de cas et sur une période de 6 mois. Si 70 % des individus comptent ou ont reçu une aide de leur famille, moins de 40 % d'entre eux comptent ou ont reçu une aide de voisins ou d'amis. Ce constat pointe là encore l'importance des relations familiales à Antananarivo et a contrario la faiblesse relative des autres types de relations informelles (2006 : 14). Plus que l'entourage global, c'est donc la famille qui présente une ressource

¹⁸⁰ En termes d'accessibilité financière, de modalité de vente et de proximité géographique

¹⁸¹ L'enquête menée par Wachsberger à Antananarivo participait à un programme de recherche international SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales, 2003) analysant les relations croisées entre les inégalités, les ruptures sociales et la santé dans quelques grandes métropoles (Abidjan, Antananarivo, New-York, Paris, Sao Paulo, Varsovie).

importante pour les acteurs populaires interrogés. En effet, ils ont très peu de possibilité d'épargne, les dépenses journalières sont fonction des sommes regroupées via les activités génératrices de revenus. Aussitôt gagné, l'argent est automatiquement réparti au sein des différents postes de dépenses dont les principaux sont l'alimentation et le logement ¹⁸². La prise en charge du malade est donc tributaire du temps nécessaire à rassembler la somme.

Ça faisait 4 jours que j'avais des contractions. Le docteur libre m'a examinée parce que le bébé commençait à sortir. J'ai poussé deux fois et il m'a dit « Il y a quelque chose qui bloque au niveau du col et je ne sais pas ce que c'est ». J'ai dû aller à l'hôpital alors que je voulais accoucher à la maison, car à l'hôpital on nous fait toujours des césariennes. Mais moi je n'avais pas envie, entre autres à cause de l'argent. Mais on a dû me faire une césarienne. On avait épargné 200 000 ariary [58€] mais il nous manquait 250 000 ariary [72€]. On les a empruntés et on demande encore du temps pour les rembourser » (Anna, 25 ans, 4 enfants).

Ce genre d'évènement vient interrompre les rares projets « d'investissements » des familles. Dans le cas d'Anna par exemple, l'argent épargné en vue de la scolarisation des enfants a été utilisé pour sa césarienne. Les récits de recherche de soins révèlent la pluralité et l'inégalité de l'offre de soins disponibles à Antananarivo, et les limites qu'imposent les impératifs financiers en termes de recours aux soins. Ils démontrent également le temps passé à trouver des soins adéquats et à moindres prix. les multiples errances représentent d'importants coûts directs ou d'opportunité pour des ménages déjà vulnérables. En effet, les errances et essais/erreurs de diagnostic couplés à l'automédication constituent des dépenses considérables et

¹⁸² Rapport INSTAT 2012-2013, une enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar.

augmentent les « out-of-pocket expenditures »¹⁸³ (Ulgade et Homedes, 1988). L'automédication entraîne l'achat d'un médicament et puis d'un autre, jusqu'à ce qu'il exerce l'effet escompté d'amélioration de la santé.

Parallèlement, certains médicaments sont achetés pour des épisodes de maladies qui n'en requièrent pas (exemple pour la toux ou les diarrhées). De nombreuses études démontrent que les coûts engagés dans la quête de soins avant le diagnostic présentent une composante significative de la totalité des coûts engendrés par la maladie (Whyss, Kilima et Lorenz, 2001). Une étude menée au Bangladesh par exemple a montré que 74,5% des médicaments consommés par automédication par les ménages en cas de fièvre, diarrhée, pneumonie et rhume n'étaient pas nécessaires (Iqbal et al, 2009, cité dans Bloom et al, 2011)¹⁸⁴. Le fait que des groupes sociaux populaires dépensent de l'argent pour des médicaments qui sont parfois inutiles signifie que par ailleurs, cet argent n'est pas investi dans des postes de dépenses qui participent au maintien d'une bonne santé : la nourriture, le logement ou encore des traitements adéquats et utiles (Van der Geest, 1988). De plus la pauvreté génère un mauvais état de santé mais, inversement, dans une situation économique précaire, la maladie d'un membre de la famille peut faire basculer toute la famille dans la misère, l'entraînant dans un cycle de pauvreté iatrogène (Diallo, 2003 ; Meessen et al., 2003). Les difficultés d'accès à une couverture maladie renforce les inégalités sociales de santé (Parizot et al., 2005). Comme l'indiquent Parizot et al., « *alors que les plus pauvres sont globalement en moins bonne santé, ce sont eux qui bénéficient le moins souvent d'une aide institutionnalisée pour prendre en charge le coût des consultations et des soins médicaux* » (2005 : 60).

Ces constats se révèlent tout à fait vrais dans le contexte de la capitale malgache, où se met en place cette spirale délétère de vulnérabilité :

¹⁸³ Soit les dépenses à charge du malade.

¹⁸⁴ Ces médicaments étaient acquis auprès de vendeurs informels de médicaments.

un choc économique entraîne une baisse de la consommation de soins de santé qui va résulter en une perte de santé. Parallèlement, un choc sanitaire entraîne une perte de productivité, elle-même à l'origine d'une baisse de la consommation de soins. Par ailleurs, les récits révèlent une faible capacité des offres de santé à prendre en charge le patient dans sa totalité : le malade consultera en un lieu, achètera ses médicaments dans un autre lieu, les examens échographiques et radiologiques ne se font que dans des centres spécialisés. Face aux familles qui se trouvent dans l'impossibilité d'acquérir la liste interminable de médicaments prescrits, certains soignants leur conseillent un recours à Ambohipo.

Quand je faisais mes stages en pédiatrie à Befelatanana j'assistais aux consultations. Le médecin donnait sa prescription. Les familles allaient ensuite chercher les médicaments dans les pharmacies aux alentours. Mais c'était trop cher. Ils revenaient sans médicaments. C'est là alors que le docteur leur conseillait les catholiques ou Ambohipo (Stella, 36 ans, médecin et responsable d'une unité au sein d'un institut de recherche).

C'est ainsi que le marché informel du médicament, considéré au départ comme étant un phénomène en marge des recours formels devient en réalité le cœur même des recours thérapeutiques pour certaines familles. A Madagascar, il est clair que le recours au marché informel n'est pas un phénomène marginal, il devient en fait la norme dans un contexte où 92% de la population vit avec moins de 2 dollars¹⁸⁵ par jour et où une minorité seulement bénéficie d'une protection santé, couvrant une partie des frais relatifs aux médicaments. Par ailleurs, le lien avec les secteurs formels est clair :

¹⁸⁵ Et 78% avec moins de 1 dollar par jour (et 70.8% en dessous du seuil de pauvreté national) — source
http://databank.worldbank.org/data/download/poverty/B2A3A7F5-706A-4522-AF99-5B1800FA3357/9FE8B43A-5EAE-4F36-8838-E9F58200CF49/60C691C8-EAD0-47BE-9C8A-B56D672A29F7/Global_POV_SP_CPB_MDG.pdf

dans un cadre tout à fait formel de consultation médicale au sein du secteur public comme le décrit par exemple l'extrait ci-dessus, un médecin prescrit une liste de médicament et conseille le recours à Ambohipo. Nous partons donc d'une situation de consultation classique, mais pour laquelle les solutions proposées par le secteur formel est impossible (le recours aux points de vente formels de médicaments).

Ainsi, au sein même de la sphère formelle de gestion des maladies, où les normes officielles biomédicales prévalent, une série de normes pratiques s'instituent, comme par exemple la prescription formelle de médicaments et l'orientation, par le soignant lui-même, vers un point de vente informel pour l'acquisition de ces médicaments. Cette norme pratique n'est évidemment pas formellement instituée, mais, on le voit, elle prend place dans un contexte spécifique de consultation (ici, une famille dans l'incapacité financière d'acquérir les médicaments via les secteurs formels). Et si cette norme n'est pas officialisée, elle n'en est pas pour autant secrètement appliquée, puisque comme on le voit dans l'exemple ici, les médecins la mettent en œuvre ouvertement devant des stagiaires en médecine. Les comportements des soignants ne sont pas des déviations par rapport aux normes officielles, mais ils révèlent l'impossibilité de l'application de ces normes et la nécessité de mettre en place des normes qui tiennent davantage compte des contraintes contextuelles financières. La formation initiale reçue est mise à l'épreuve des conditions réelles d'exercice du métier de soignant (Olivier de Sardan, 2001b : 68).

4.2. *Eviter à tout prix d'être un « malade anonyme »*

La connaissance d'un soignant est un laissez-passer extraordinaire qui évitera au malade de déambuler dans le labyrinthe des soins et d'être un « malade anonyme » (Olivier de Sardan, 2003). Il va de soi que le contact à un niveau de la hiérarchie ou à un autre, dépend fortement de niveau social de la famille de l'individu malade. A Madagascar, les récits de nos interlocuteurs relatant les épisodes de maladie qui virent parfois au tragique sont nombreux. Mestre fait état d'une situation de

maladie vécue par un de ses proches, profondément injuste mais somme toute terriblement banale (2014). Dans cette situation, elle met en évidence l'importance de « *connaitre un infirmier, qui sera un guide dans le dédale de l'institution médicale* » (Mestre, 2014 : 37). Ce phénomène de « banalisation du mal » tel qu'appliqué à la santé, a été très finement décrit et analysé par Bellas-Cabane en ouverture du colloque sur la santé maternelle qui a eu lieu à Antananarivo en mars 2016 (Ouvrage à paraître 2018).

L'inattention, le mépris envers des malades anonymes, la prise en charge délibérément médiocre et malveillante, voire l'absence de prise en charge par le personnel soignant, telle qu'illustrée dans les brefs récits d'expériences ci-dessus, est totalement banale à Antananarivo comme ailleurs. Ce phénomène frappe plus particulièrement le système de santé public. A ce sujet, dans son analyse des services et administrations publiques, Olivier de Sardan nomme ce phénomène la « *privatisation interne* », faisant par-là référence aux actes professionnels qui font normalement partie du cahier des charges d'un soignant, mais qui ne seront réalisés que si l'utilisateur lui offre une rémunération privée (2001b : 70).

Quand mon oncle était hospitalisé, il y avait dans la chambre à côté de lui un homme qui venait de se faire opérer. Et comme la famille n'avait pas payé les soignants, ils devaient faire eux-mêmes les soins post opératoires. La cicatrice s'est mise à suinter. Il a dû être réopéré. Car quoiqu'il arrive, les médecins demandent de l'argent, alors que normalement tu payes auprès de l'hôpital mais pas directement au soignant. (...) La santé devient une marchandise, quand tu arrives à l'hôpital, il faut un élément connu pour que tu saches que ta famille est protégée. Donc par spécialité, tu identifies une personne que tu connais. (...) Cette médecine commerciale s'oppose à la médecine au service, en ce qu'on ne suit pas le malade, on ne fait rien sans argent. Heureusement il y a

encore des services qui sont corrects, comme par exemple celui de réanimation néphrologique, ou encore la pédiatrie à Tsaralalana (Stella, 36 ans, médecin et responsable d'une unité au sein d'un institut de recherche).

Stella met ici en évidence l'idée que l'hôpital devient un lieu d'échange au sein duquel les agents économiques (ici les médecins) agissent dans l'objectif de la poursuite de leurs intérêts propres. Les hôpitaux publics, relevant au départ d'une économie non marchande au sens où ils participent à un service à la collectivité soumis à des modes de financements autres que la vente sur un marché pour couvrir les coûts de production (Marée et Mertens, 2005), s'inscrivent finalement dans une économie marchande, au sens où l'objectif des acteurs est la rentabilité.

Loin d'être une situation propre à la prise en charge de la santé à Antananarivo, ni même de la Grande Ile, des récits analogues ont été décrits pour d'autres aires géographiques (Fassin, 2008 ; Médard, 2001 ; Olivier de Sardan et Jaffré, 2003).

Du côté des soignants donc, on peut constater des élans d'attention envers des malades privilégiés. Du côté de l'utilisateur, on tente autant que possible de faire « jouer » les contacts, les liens à l'intérieur des formations sanitaires, qui permettraient d'échapper à cette situation d'anonymat.

En tant que médecin tu as ton réseau. Si tu as un problème de santé tu connais tel ou tel médecin. Il faut connaître quelqu'un pour te faire soigner. Et ça change beaucoup quand tu es médecin. En France tu dois d'abord passer par un généraliste, qui te dit d'aller chez un spécialiste. Sinon ça te coûte 120€ pour aller te faire inspecter le petit doigt par un dermatologue ! (Julia, 38 ans, 2 enfants, médecin dans un institut de recherche).

Pour lui trouver une place pour l'opération, il a fallu qu'on passe par un cousin qui travaillait en réanimation, et par un autre oncle, ils ont haussé le ton pour qu'on l'intercale dans le planning des opérations. Sans ça on aurait pu attendre longtemps. Aujourd'hui il faut connaître un médecin dans chaque service. Tu dois arriver à l'hôpital en sachant à qui t'adresser (Stella, 36 ans, médecin et responsable d'une unité au sein d'un institut de recherche).

Ces extraits d'entretien montrent toute l'importance de pouvoir compter sur un réseau social proche du monde médical.

En conclusion, ce chapitre indique la défiance généralisée des usagers à l'égard du système de santé publique. Les défaillances structurelles de l'offre officielle et le désengagement de l'Etat dans la prise en charge de la santé, entraînent une grande défiance des populations à l'égard des structures publiques, et conduisent les populations à mettre en place des mécanismes de compensation via la construction de recours « ad hoc ». S'il est généralement admis que l'offre de soins est plus variée et plus accessible en milieu urbain, la recherche de soins peut se révéler être un parcours du combattant pour les ménages les plus précarisés. Dans ce contexte, les recours au marché informel du médicament interviennent comme une pratique mise en place par les populations afin de construire un modèle de gestion des maladies et de la reproduction davantage adapté au contexte de grande pauvreté et de désengagement de l'Etat dans la prise en charge de la santé. La disponibilité des médicaments sur le circuit informel permet d'une part l'externalisation de la prise en charge de la santé hors des cadres publics perçus comme défaillants, tout en offrant la possibilité de soins par « soi-même ».

Conclusion générale : Le marché informel du médicament à Madagascar ou l'institution d'un « contre-pouvoir »

Ce travail nous a permis de montrer, par une démarche inductive, en quoi le marché informel du médicament constitue une revanche populaire. Cette notion de « revanche populaire » est entendue comme une forme de contre-pouvoir mise en place par les vendeurs de médicaments, et dont la pratique est rendue pérenne grâce à la demande populaire en médicaments pharmaceutiques. Le marché informel du médicament incarne un phénomène de contre-pouvoir dont la force est de proposer une alternative au cadre structurel pharmaceutique en place à Madagascar, considéré par nos interlocuteurs comme défaillant et non adéquat aux demandes des usagers.

Ce contre-pouvoir s'organise autour du médicament comme « marchandise » et fait primer sa valeur marchande sur sa valeur thérapeutique. D'une part, étant au centre d'un commerce informel tenu par des vendeurs d'Imadiala (au même titre que le commerce d'alcool local ou de denrées alimentaires), le médicament revêt une valeur marchande fortement lucrative. Cette marchandise offre l'opportunité d'une évasion de la condition paysanne et l'invention d'un nouveau « vivre ensemble », fondé sur des valeurs ancestrales : le *fihavanana* ou le principe d'unité qui constitue la clé de voûte des relations sociales à Madagascar, et le respect du *tanindrazana*, les terres ancestrales. D'autre part, pour les usagers, l'acquisition des « médicaments-marchandises », telle que permise par le biais du marché informel du médicament et réalisée hors du contexte biomédical de la consultation médicale, est en adéquation avec les modes de dépenses habituelles (miniaturisation des quantités achetées,

achat hors d'une relation de conseils, référence à un commerce de proximité).

Nous avons vu dans ce travail que les principales contraintes rencontrées par les acteurs de la distribution pharmaceutique formelle à Madagascar sont l'inaccessibilité géographique d'une grande partie des zones rurales, la dépréciation de l'*ariary* (monnaie malgache) et la lourdeur des procédures d'enregistrement des médicaments. Par conséquent, entre la prescription et l'acquisition des médicaments, il existe un fossé creusé par l'incohérence de certaines modalités de prescription et de distribution des médicaments. Ainsi, certains médicaments continuent d'être prescrits et/ou demandés par les populations, alors qu'ils ont été retirés du marché et ne sont donc plus disponibles via les modes d'acquisition formels. Ces trois contraintes structurelles forment donc un terreau propice à l'implantation d'un secteur informel. Dans ce contexte, le marché informel du médicament s'est développé pour pallier d'une part aux conditions d'existence des groupes sociaux populaires frappés par l'impossibilité d'un accès aux médicaments issus du secteur formel. D'autre part, il pallie aux problèmes structurels du système pharmaceutique formel par moment défaillant, rendant indisponibles certains types de médicaments durant des périodes plus ou moins longues. Grâce à certains mécanismes que nous avons étudiés ici, l'offre informelle assure en tout temps à la fois l'accessibilité financière et la disponibilité des médicaments. Le marché informel du médicament constitue un circuit optimal d'accès aux médicaments. Dans ce sens, il constitue un « bricolage » adapté à une situation économique incertaine *« fortement contrainte par un contexte politique anémique influencé par la dérégulation internationale et la mondialisation libérale »* (Ayimpam, 2013 : 312).

L'organisation d'un contre-pouvoir

Pour l'analyse d'initiatives d'économies populaires, Sarria Icaza et Tiria nous invitent à nous poser la question suivante (2005 : 228) : de quelle manière les secteurs populaires produisent et reproduisent au jour le jour leur existence ? Dans le cas précis du marché informel du médicament, nous avons vu que c'est précisément par l'enchevêtrement de différentes logiques d'actions qui sous-tendent le fonctionnement de ce marché que celui-ci parvient à se reproduire : mobilisation d'un capital social et économique, entretien d'une réciprocité et d'un don mutuel entre les Imadiens d'Ambohipo et ceux restés sur leurs terres d'origine, logique de redistribution et économie de subsistance pour parvenir à subvenir aux besoins de la famille.

Porteuse à la fois de dynamiques marchandes et de solidarités, additionnant à la fois la recherche de profit « pour soi » et l'intérêt commun, cette pratique présente donc des caractéristiques d'une pratique d'économie populaire. Il est impossible de saisir la complexité du phénomène de vente informelle de médicaments à Madagascar, si l'on mobilise uniquement un cadre d'analyse relevant de l'économie. C'est précisément en cela que le marché informel du médicament en tant que pratique économique est un exemple d'économie populaire, caractérisé par des finalités fondamentalement sociales. La prise en compte de ces dimensions, oubliées par les études préoccupées uniquement par la performance économique, témoigne d'une volonté de porter le regard sur des rationalités ne pouvant être réduites à des stratégies purement économiques, qui sans les abolir et tout en s'y imbriquant, contribuent à les complexifier (Olivier de Sardan, 1995 : 41).

Si le fonctionnement du marché informel du médicament est permis par différents types de ressources (capital social et économique, aptitudes commerciales des Imadiens, système de dette mutuelle), c'est la demande populaire qui est à l'origine de la pratique de vente

informelle de médicament dans les années 1970, et la raison de sa pérennisation à l'heure actuelle.

Le marché informel à Madagascar : une réponse adéquate à la demande populaire

A Madagascar, le Système informel de santé et plus précisément la distribution informelle de médicament offre depuis les années 1970 un accès à la santé pour tous types de groupes sociaux. Pour cadrer ce résultat décrit dans le corps du texte, nous mobiliserons ici la notion d'« accès » décomposée en cinq dimensions et proposée par Thomas et Penchansky¹⁸⁶ : la disponibilité (availability), la commodité (accomodation), l'acceptabilité (acceptability), l'accessibilité (accessibility), et la capacité financière (affordability) (Penchansky et Thomas, 1981). Si l'élaboration de ce cadre conceptuel date de 1981, il apparait aujourd'hui encore pertinent et adapté à la lecture de la réalité de nos interlocuteurs en termes d'accès au système de soin. Voyons comment, à partir des définitions de chacune des dimensions, nous pourrions caractériser le marché informel du médicament à Antananarivo et par là, faire ressortir les particularités malgaches de l'offre informelle.

Parlons d'abord de la disponibilité de médicaments pharmaceutiques à Madagascar. Le cœur même du marché informel du médicament se situe à Antananarivo dans le quartier d'Ambohipo. A partir de cette plaque tournante, dont on détaille le fonctionnement et l'organisation dans ce travail, sont approvisionnés tous les points de vente informels de la capitale et du pays : vente en ambulatorio, en épiceries, en étals sur le marché. Ces points de vente disposent d'un grand nombre de

¹⁸⁶ La mobilisation des dimensions de Thomas et Penchansky dans cette présente conclusion permet de restructurer et de conclure ces résultats à l'aune d'un cadre particulièrement heuristique pour la réponse à notre question de recherche globale.

médicaments disponibles à moindres coûts. Ce phénomène tend à entraîner une surdisponibilité pharmaceutique et une surconsommation des produits pharmaceutiques, au moins pour les médicaments de base. Les antibiotiques sont fréquemment utilisés, parfois pour des affections bénignes et suivant souvent un schéma concordant avec les connaissances populaires des maladies, sans respect de la posologie ou de la durée du traitement telles que recommandées par les personnels biomédicaux. Ce constat nous permet d'inscrire Madagascar dans la grande marche de pharmaceuticalisation, constatée pour la première fois par Van der Geest au Cameroun en 1988. Ce constat illustre une dynamique paradoxale qui est au cœur du processus de diffusion du médicament au Sud qui oscille entre des déficits dans l'approvisionnement en médicaments essentiels et une profusion en masse de médicaments pharmaceutiques.

Les dimensions de commodité et d'acceptabilité vont de pair car elles renvoient toutes les deux à la capacité du système analysé à se mettre au niveau de l'utilisateur. Selon Thomas et Penchansky, la « commodité » met en relation la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. Elle renvoie à la possibilité d'un contact facile entre le patient et le système de santé (Chapelet, 2006). Transposée au marché informel du médicament, la relation du vendeur à l'utilisateur est, comme nous l'avons vu, empreinte d'un grand pragmatisme : peu de discussions, peu de conseils attendus et dispensés, peu de place pour l'échange et la transmission d'informations. C'est dans un vrai rapport marchand que s'intègre cette relation : le point de vente est le point où se rencontrent l'offre en médicaments et la demande précise en médicaments, préalablement formulée par l'utilisateur. L'absence de personnalisation de cette relation vendeur-utilisateur permet l'achat de médicaments pour certaines pathologies en toute discrétion et sans avoir à se soumettre à la désapprobation sociale, comme nous l'avons mentionné s'agissant des traitements de maladies sexuellement

transmissibles ou encore des médicaments abortifs par exemple. A Madagascar les pharmacies sont fortement assimilées à un acteur du système de soins, plus qu'à une infrastructure commerciale de proximité à laquelle tout le monde aurait accès, comme c'est le cas en Inde notamment (Chapelet, 2006). Le fait d'entrer dans une pharmacie, de s'adresser à un pharmacien ou à un agent de comptoir en blouse blanche entraîne pour certaines personnes un sentiment de honte, liée à leur condition sociale, à leur analphabétisme. Dans ce contexte, le recours à une épicerie ou à un point de vente informel à Ambohipo est préféré. Ces lieux constituent des points de vente de proximité, au sens où ils sont tous deux liés à un ancrage sur un espace local commun.

La troisième dimension, à savoir l'« acceptabilité », fait essentiellement référence à la capacité du prestataire de service et du patient à surmonter les barrières sociales ou culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux (Richard, 2001). A ce sujet, le marché informel du médicament offre la possibilité à l'utilisateur d'acquérir les médicaments recherchés au détail, lui permettant de surmonter les obstacles économiques lui empêchant l'accès aux circuits formels. L'acceptabilité se joue également au niveau du type de produit proposé par ce marché informel, à savoir un dispositif thérapeutique appartenant au domaine biomédical. Nous l'avons vu, les savoirs populaires en santé se structurent notamment autour de l'emprunt d'une « grille d'analyse » biomédicale de la santé concernant les causalités des maladies, les appellations des produits pharmaceutiques.

La notion d'« accessibilité » est définie par Penchansky et Thomas comme étant la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet, l'accessibilité est une mesure de proximité. Nous avons vu que cette dimension, qui se fonde ici sur des arguments de proximité spatiale, si elle est couplée avec une faible mobilité au sein de la capitale pour les groupes sociaux populaires,

peut jouer dans le recours aux épiceries pour l'achat de médicaments. S'il est généralement admis que l'offre de soins est plus variée et plus accessible en milieu urbain, la recherche de soins peut se révéler être un parcours du combattant pour les ménages les plus précarisés, même en milieu urbain. Dans ce contexte, le recours au marché informel du médicament intervient comme une pratique mise en place par les populations afin de construire un modèle de gestion des maladies davantage adapté au contexte de grande pauvreté et de désengagement de l'Etat dans la prise en charge de la santé.

Interrogeons enfin la dimension de « capacité financière », définie comme la relation entre le prix des médicaments et la capacité des consommateurs à payer (Chapelet, 2006). L'accessibilité économique aux services de santé constitue à Madagascar un problème majeur, malgré les tentatives mises en place pour lever ces difficultés (instauration des fonds d'équité, des mutuelles de santé, etc.). Le recours aux services de santé biomédicaux peut être prohibitif lorsque les charges sont supportées par l'utilisateur, comme c'est le cas pour une majorité de la population malgache. Le système de distribution informel de médicaments offre de toute évidence la possibilité pour les acteurs populaires de prendre en charge leur santé et pour les individus de classe moyenne, de subvenir au lourd fardeau que représentent notamment les traitements liés aux maladies chroniques.

L'application de ce cadre analytique au marché informel du médicament nous permet de constater que ce marché combine simultanément l'ensemble des dimensions qui constituent la notion d'« accès » aux médicaments. Dans le contexte malgache, le marché informel permet donc de contourner les difficultés individuelles (économiques, géographiques, sociales) d'accès à la santé.

Mise en perspective de ma recherche

Chaque médaille a son revers. La pratique de vente informelle de médicaments permet l'émancipation d'un groupe social. Le marché informel du médicament facilite l'accès aux médicaments pour les populations géographiquement isolées, pour les groupes populaires ou même pour les sujets de catégorie moyenne et aisée à la recherche de médicaments qui ne sont plus disponibles dans les secteurs formels ou qui présentent une charge financière trop lourde. Mais elle pose une double question : qu'en est-il de l'impact sur la santé publique ? Et enfin, qu'est-ce que cette pratique d'économie populaire suggère des horizons politiques et économiques dans lesquels elle se développe (Sarria Icaza et Tiria, 2005 : 228) ?

Quels impacts sur la santé publique ?

La première question peut se subdiviser en deux : d'abord il y a la question de l'impact de la pratique de l'automédication sur la santé publique. Cette question se pose à Madagascar comme ailleurs. Et finalement, comme nous le montrent nos résultats¹⁸⁷, les impacts de l'exercice de cette pratique sur la santé publique peuvent se poser tant pour les médicaments issus des secteurs formels qu'informels, puisque des pratiques d'automédication s'exercent dans les deux cas. La seconde question interroge à proprement parler la qualité des médicaments issus du secteur informel : modes de conservation et de stockage, vente de médicaments dont la date de péremption peut être dépassée, vente de produits médicaux de qualité inférieure, de médicaments contrefaits, etc.

A ce jour, nous n'avons aucune idée de l'impact de ces pratiques d'usages de médicaments, indépendamment de leur lieu d'acquisition

¹⁸⁷ En concordance avec la littérature internationale concernant l'automédication au Nord, par le biais de médicaments issus des officines pharmaceutiques (Fainzang, 2012 ; Collin et al., 2016).

sur la santé des populations malgaches. Dans leur article, Gay et al. suggèrent l'idée que les taux de résistance aux antibiotiques à prise par voie orale largement disponibles à Madagascar pourraient indiquer une sur-utilisation des médicaments (Gay et al., 2017). D'autre part, à notre connaissance, comme je l'ai mentionné dans le corps du texte, il n'existe qu'un document interrogeant la qualité des médicaments à Madagascar : une étude de l'OMS datant de 1995 et réalisée conjointement dans trois pays dont Madagascar (Cameroun et Tchad)¹⁸⁸. Pour cette étude, 150 échantillons de 16 principes actifs ont été recueillis à Madagascar, majoritairement dans le secteur privé (pharmacies et dépôts de médicaments)¹⁸⁹. Sur les 150 échantillons analysés, 107 ont été analysés par l'Agence du Médicament à Paris. Selon les auteurs, les résultats indiquent que 87 échantillons sont conformes, 20 sont non conformes. La non-conformité a été définie par ces auteurs comme étant : le sous-dosage, la substitution et le défaut de fabrication. Cette étude date d'il y a presque 20 ans, mais elle constitue un document particulièrement interpellant. Les résultats vont à l'encontre des messages diffusés à Madagascar par les acteurs institutionnels qui présentent la non-conformité (ils vont jusqu'à utiliser le terme de « contrefaçon ») des médicaments comme étant l'apanage des médicaments vendus sur les circuits informels. L'impact du recours au marché informel sur la santé des populations et plus globalement, de l'automédication est aujourd'hui très peu documenté à Madagascar.

Le recours au marché informel du médicament par les usagers est un recours par défaut, comme nous l'avons vu dans ce travail. Les

¹⁸⁸ OMS, 1995, « La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain : étude analytique dans trois pays : Cameroun, Tchad, Madagascar ».

¹⁸⁹ 5 échantillons ont été recueillis sur le marché « parallèle » comme le qualifient les auteurs, 85 dans le secteur privé et 17 dans le public. Le secteur public est depuis 1996 approvisionné par la Centrale d'achat SALAMA. Pour éviter une généralisation faussée, il est important de rappeler que dans l'objectif du renforcement des systèmes s'assurance qualité, la SALAMA est appuyée par Quamed, une association à but non lucratif qui a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'accès à des médicaments de qualité.

phrases normatives valorisant le recours aux médicaments issus des secteurs formels, la conscience aigüe qu'ont les usagers des nombreuses failles que présente l'offre informelle (conditions de stockage non garanties, absence de certitude concernant les dates de péremption, posologie « bricolée »), ainsi que les stratégies de limitation des risques mises en place par les usagers qui y ont recours (limitation de l'automédication pour les jeunes enfants, arrêt du traitement en cas d'amélioration de l'état général du sujet), suggèrent l'ambiguïté de ce recours qui constitue une alternative *ad hoc* face à l'impossibilité de faire autrement. Les risques liés à un usage « non rationnel »¹⁹⁰ des médicaments sont fréquemment mis en avant par les autorités sanitaires malgaches (achat dans la rue, automédication), faisant référence à une rationalité biomédicale. Dans les premières semaines de l'épidémie de peste qui a secoué Madagascar entre fin août et début novembre 2017, les risques liés à cette « décentralisation » de la santé aux mains des individus et hors d'un cadre contrôlé et régulé, ont été à nouveau soulignés par les acteurs institutionnels (Ministère de la Santé Publique, Ordre des Pharmaciens et des Médecins, etc.) : risques de résistances aux antibiotiques, effets secondaires encourus suite à la prise inadéquate de médicaments, etc. Nous l'avons vu, le recours au marché informel du médicament est officiellement réprimé par l'Etat. Mais celui-ci est dans l'incapacité de proposer des solutions alternatives et d'assurer le contrôle, la qualité et l'accessibilité des médicaments pour tous. Par ailleurs, l'utilisation de l'argument d'existence de médicaments contrefaits parmi les médicaments vendus par les secteurs informels comme fer de lance pour lutter globalement contre le marché informel du médicament, occulte les vrais questionnements : qu'en est-il de la qualité des médicaments importés à Madagascar et distribués par les différents

¹⁹⁰ Pour l'OMS « *l'usage rationnel des médicaments suppose que les patients reçoivent des médicaments adaptés à leur état clinique, dans des doses qui conviennent à leurs besoins individuels, pendant une période adéquate et au coût le plus bas pour eux-mêmes et leur collectivité* » http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/fr/.

circuits qui constituent le système pharmaceutique malgache ? Et également, comment permettre l'accessibilité aux médicaments au plus grand nombre, dans un pays où 92% de la population vit avec moins de 2 dollar par jour, et pour la majorité sans prise en charge de la santé par l'Etat ? Dans ce contexte, tout porte donc à croire que ce phénomène de vente informelle de médicaments continuera dans un futur proche à renforcer sa dynamique...

Dans quels horizons politiques et économiques se développe le marché informel du médicament à Madagascar ?

Outre la situation de vulnérabilité économique d'une partie des populations enquêtées, ce travail montre la fragilisation d'une société en proie à des crises politiques récurrentes, entraînant disparités sociales, pauvreté, exposition à un environnement à risque en matière de santé.

A Madagascar comme ailleurs dans les pays du Sud, les pratiques d'économie populaire sont nombreuses, le marché informel du médicament abordé dans ce travail n'est finalement qu'un des nombreux visages qu'elles peuvent endosser. La multiplicité et le dynamisme qui caractérisent ce marché informel reflètent d'une part l'absence d'une régulation de contrôle pharmaceutique étatique effective. Il est intéressant de noter d'ailleurs que cette absence de régulation pharmaceutique et l'hétérogénéité des réglementations pharmaceutiques au niveau de l'Océan Indien permettent la circulation de médicaments au-delà des frontières malgaches, faisant du médicament une marchandise hautement recherchée et autour de laquelle se montent des commerces d'« exportation » informelle¹⁹¹.

¹⁹¹ Cette thématique de la circulation transfrontalière de médicaments au départ de Madagascar vers Maurice et l'île de La Réunion fait l'objet d'un projet de recherche traitant plus globalement des liens entre « Mobilités et Santé » dans l'Océan Indien, que nous venons de déposer (avec la collaboration de Maryvette Balcou-Debussche de l'Université de La Réunion et Dolorès Pourette de l'Institut de Recherche pour le Développement) pour un financement Interreg. Nous y étudierons l'Artane® par

D'autre part, cette étude révèle la violence d'une société dans laquelle la survie individuelle et collective dépend foncièrement de la capacité individuelle et collective de mobiliser « l'argent et l'entregent » (Vuarin, 1994). La diversité des connexions interpersonnelles accumulées stratégiquement par l'individu est une des conditions de la survie. Le *fihavanana* intervient comme principe fondateur de ces relations sociales. Si le *fihavanana*, qui présente la clé de voûte des relations sociales à Madagascar constitue le moteur des pratiques de solidarité, ce même principe crée la dépendance, la « dette mutuelle » de laquelle il est impossible de se départir. Il est à la base d'une lourde pression sociale. C'est dans ce contexte que des « Big Men » choisissent de manière ostentatoire de se « mettre à leur compte » (Laurent, 2000, 2013) et développent une voie d'accumulation pour « soi », dont les retombées sont loin de bénéficier au groupe social auquel ils appartiennent. Ainsi, si l'économie populaire a cela de positif qu'elle souligne les enjeux relationnels qui peuvent sous-tendre des pratiques populaires, elle peut également aboutir à son exact contraire : la recherche d'une survie individuelle et la valorisation d'une fin uniquement lucrative.

exemple, un médicament retiré du marché malgache depuis 2013 pour des raisons de détournement d'usage à des fins psychotropes, et de « trafic » vers La Réunion notamment. Il ne dispose depuis cette date plus d'une AMM à Madagascar mais y est pourtant en circulation. Dans ce cas précis, ce n'est pas à proprement parler l'hétérogénéité des réglementations pharmaceutiques qui permet cette circulation, mais l'absence de suivi et de contrôle.

Bibliographie

ABRAHAM J., 2011, « Evolving sociological analyses of “pharmaceuticalisation”: a response to Williams, Martin and Gabe », *Sociologie et sociétés*, 33, 5, p. 726-728.

AGIER M., ALBERT B., AUGE M., 1997, *Anthropologues en dangers. L'engagement sur le terrain*, PLACE J.-M. (dir.), Broché - Les cahiers de gradhiva, 9-28 p.

AGIER M., 1983, *Commerce et sociabilité. Les négociants soudanais du quartier zongo de Lomé (Togo)*, Editions de l'Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer - Collection Mémoires n°99, 311 p.

AKINDES F., 2015, « Préface. Une approche bioéthique plus ouverte en contexte africain? », dans MAMADOU B., DESCLAUX A. (dirs.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, L'Harmattan-Sénégal, p. 11-13.

AKRICH M., 1995, « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et cultures*, 25-26, p. 129-157.

ANAGO E., HEMADOU A., BAXERRES C., 2015, « S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre-t-il les habitudes de consommation des familles? », *Actes des rencontres Nord/Sud de l'Automédication et de ses Déterminants, Cotonou (Bénin), 2015/03/04-06*, p. 195-203.

ANDRIAMANINDRISOA E., 2004, *Le fokontany de Tsarahonenana dans la commune rurale de Masindray : la société rurale et les pratiques populaires*, Louvain-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain, 263 p.

ANDRIAMPARANY T.A., 2017, *Accès aux médicaments essentiels de qualité au niveau des soins de santé primaires : analyse du système pharmaceutique de Madagascar.*, Thèse de doctorat, Anvers, Institute of tropical medicine, 65 p.

ANDRIANASOLO A., RABOANARY E., MATTERN C., KESTEMAN T.,
POURETTE D., ROGIER C., 2016, « Dimensions de la vulnérabilité au
paludisme dans deux zones de Madagascar. Apports d'une approche mixte », *Vulnérabilités et territoires. 27ème journées scientifiques de la Société
d'Ecologie Humaine*.

ANGBO-EFFI K.O., KOUASSI D.P., HENRI G., YAO A., SECKI R., KADJO A.,
2011, « Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en
milieu urbain », *Santé Publique*, 23, p. 455-464.

APPADURAI A., 1986, « The social life of things. Commodities in cultural
perspective », dans *The social life of things Commodities in cultural
perspective*, Londres-New York, Cambridge University Press, p. 3-63.

AUGE M., 1986, « L'Anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 22, 1-2,
p. 81-90.

AUGE M., HERZLICH C., 1983, *Le sens du mal : Anthropologie, histoire,
sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, 278 p.

AYIMPAM S., 2014, *Economie de la débrouille à Kinshasa. Informalité,
commerce et réseaux sociaux*, Paris, Editions Karthala, 332 p.

BACCHETTA M., BUSTAMANTE J., ERNST E., 2009, « Mondialisation et
emploi informel dans les pays en développement. »

BALCOU-DEBUSSCHE M., 2016, *De l'éducation thérapeutique du patient à la
littératie en santé. Problématisation socio-anthropologique d'objets
didactiques contextualisés*, Editions des archives contemporaines, 244 p.

BAUWENS T., LEMAÎTRE A., 2014, « Popular Economy in Santiago de
Chile : State of Affairs and Challenges », 64, p. 65-78.

BAXERRES C., 2014, *Du médicament informel au médicament libéralisé.
Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Edition
des archives contemporaines, 313 p.

BAXERRES C., 2011, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique Africaine*, 123, p. 117-136.

BAXERRES C., 2014, « La marchandisation du médicament au Bénin. Illustration locale d'un phénomène local », *Journal des anthropologues*, 138-139, p. 113-136.

BAXERRES C., 2015, « Contrefaçon pharmaceutique: la construction sociale d'un problème de santé publique », dans DESCLAUX A., EGROT M. (dirs.), *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, Editions l'Harmattan (Anthropologies et Médecines), p. 129-146.

BAXERRES C., CASSIER M., CHABROL F., HAXAIRE C., 2017, « Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique : retour sur l'étude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques », *Anthropologie & santé*, 14.

BAXERRES C., HESRAN J.-Y. LE, 2004, « Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal entre contrainte économique et perception des maladies », *Sciences sociales et santé*, 22, 4, p. 5-23.

BAXERRES C., HESRAN J.-Y. LE, 2006, « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaires (Note de recherche) », *Anthropologie et sociétés*, 30, 3, p. 219-230.

BAXERRES C., HESRAN J.-Y. LE, 2011, « Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou, Benin », *Social Science and Medicine*, 73, p. 1249-1256.

BAXERRES C., HESRAN J.-Y. LE, 2012, « Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales », *Revue Internationale sur le médicament*, 4, 1, p. 14-38.

BAXERRES C., KPATCHAVI A., DANIEL A., BUREAU-POINT E., HESRAN J.-Y. LE, 2016, « Quand les modes de distributions pharmaceutique influencent les usages des médicaments. une recherche comparative menée au Bénin, au

Ghana et au Cambodge », *L'automédication en question. Un brigolage socialement et territorialement situé*, 11-12-13 mai (Nantes), p. 22-30.

BENOIST J., 1996a, « Prendre soins », dans BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical.*, Paris, Editions Karthala (Médecines du monde), p. 491-506.

BENOIST J., 1996b, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical.*, Paris, Karthala, 520 p.

BENOIST J., DESCLAUX A., 1996, *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Editions Karthala (Médecines du monde), 381 p.

BEVORT A., BUCOLO E., 2005, « Capital social », dans LAVILLE J.-L., CATTANI A.D. (dirs.), *Dictionnaire de l'Autre économie*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 79-85.

BIBARD M.L., 1991, « Histoire d'une innovation : le cas d'un médicament », *Revue économique*, 42, 2, p. 273-300.

BLANCHY S., 2007, « Le tambavy des bébés à Madagascar : du soin au rituel d'ancestralité », dans BONNET D., POURCHEZ L. (dirs.), *Du soin au rite dans l'enfance*, Toulouse, ERES, p. 144-166.

BLANCHY S., RAKOTOARISOA J.-A., BEAUJARD P., RADIMILAHY C., 2006, *Les dieux au service du peuple : itinéraires religieux, médiations, synchrétisme à Madagascar.*, BLANCHY S., RAKOTOARISOA J.-A., BEAUJARD P., RADIMILAHY C. (dirs.), Paris, Editions Karthala.

BLANC-PAMARD C., 1998, « “La moitié du quart”. Une ethnographie de la crise à Tanananrivo et dans les campagnes de l'Imerina (Madagascar) », *Natures, sciences et sociétés*, 6, 4, p. 20-32.

BLANC-PAMARD C., RAMIARANTSOA H., 2003, « Carnet de terrain Madagascar : sortie de crise ? », *L'Espace géographique*, 2, 32, p. 174-191.

BLOOM G., STANDING H., LUCAS H., BHUIYA A., OLADEPO O., PETERS D.H., 2011, « Making health markets work better for poor people: the case of informal providers », *Health policy and planning*, 26, p. 45-52.

BLUNDO G., OLIVIER DE SARDAN J., 2001, « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique Africaine*, 3, 83, p. 8-37.

BONNEMAIN B., 2008, « Colonisation et pharmacie (1830-1962) : une présence diversifiée de 130 ans des pharmaciens français », *Revue d'histoire de la pharmacie*, 359, p. 311-334.

BONNET D., 1988, *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, Editions de l'ORSTROM.

BONNET D., 1995, « Identité et appartenance : interrogations moose à propos du cas singulier de l'épileptique », *Cahiers Des Sciences Humaines*, 31, 2, p. 501-522.

BONNET D., POURCHEZ L., 2007, « Postface. Pour une anthropologie de la petite enfance appliquée à la santé . La médicalisation de la petite enfance », dans BONNET D., POURCHEZ L. (dirs.), *Du soin au rite dans l'enfance*, Toulouse, ERES, p. 301-306.

BONNET D., 1986, *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, Ouagadougou, ORSTOM, 64 p.

BONNOT T., 2004, « Itinéraire biographique d'une bouteille de cidre », *L'Homme*, 170, p. 139-164.

BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V., 2005, *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Centre d'é, 208 p.

BOURDIEU P., 1980, « Capital social, notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, p. 2-3.

BURGUET D., à paraître, « Des soins à l'occidental : médecins et malades indigènes face à l'assistance médicale », dans POURETTE D., MATTERN C.,

BELLAS-CABANE C., RAVOLOLOMANGA B. (dirs.), *Femmes, mères, enfants: Anthropologie et santé à partir de Madagascar*, Editions l'Harmattan (Anthropologies et Médecines).

BURGUET D., 2014a, « Médecins Blancs et Sorciers en Pays Colonisé: Politiques de santé, modes d'influence et oppositions », *Health, Culture and Society*, 7, 1, p. 38.

BURGUET D., 2014b, « Au fil du récit d'un devin-guérisseur. Alliances avec les esprits ancestraux et de la nature », *Etudes océan Indien [En ligne]*, 51-52, p. 75-97.

BURT R.S., 2000, « The network structure of social capital », dans SUTTON R., STAW B.M. (dirs.), *Research in Organization*, Greenwich, p. 345-423.

CAILLE A., 2005, « Don », dans LAVILLE J., CATTANI A.D. (dirs.), *Dictionnaire de l'Autre économie*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 141-147.

CANGIANI M., 2009, « Karl Polanyi : une voix du siècle passé », *Revue du Mauss*, 2, 34, p. 336-348.

CARATINI S., 2004, *Les non-dits de l'anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 127 p.

CHAPELET P., 2006, « L'accès aux médicaments à Delhi », *Espace-Populations-Sociétés [En ligne]*, consulté le 25 novembre 2016, 2-3.

CHILLIOT L., 2003, « Médicaments et prévention en milieu populaire songhay-zarma (Niger) », dans BONNET D., JAFFRE Y. (dirs.), *Les maladies de passage. Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Editions Karthala, p. 427-464.

CLING J.P., LAGREE S., RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., 2012, « L' 'économie informelle dans les pays en développement », *AFD*.

CODEREY C., 2014, « Kyanmabase, « Bonne santé à vous ! ». Logiques et pratiques d'automédication en Arakan (Birmanie) », *Anthropologie & Santé* mis en ligne le 23 juin 2016, consulté le 5 février 2017, 9.

COHEN D., MCCUBBIN M., COLLIN J., 2001, « Medications as social phenomena », *SAGE Publications*, 5, 4, p. 441-469.

COLLIN J., 1999, « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments », *Actualité et dossier en santé publique*, 27, p. 55-58.

COLLIN J., DAMESTOY N., LALANDE R., 1999, « La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées », *Sciences sociales et santé*, 17, 2, p. 31-52.

COLLIN J., DAVID P.-M., 2016, « Aux frontières du médicament », dans COLLIN J., DAVID P.-M. (dirs.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société? Le médicament comme objet social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 1-23.

COLLIN J., OTERO M., MONNAIS L., 2006, « Introduction : le médicament entre science, norme et culture », dans COLLIN J., OTERO M., MONNAIS L. (dirs.), *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine : Regards croisés sur un sujet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 1-10.

CORAGGIO J.L., 1995, *Desarrollo Humano, Economía Popular y Educación*, Buenos Aires, Editorial AIQUE-IDEAS.

DAHDAH M. AL, QUET M., 2013, « Faussaires ou bienfaiteurs ? Le problème public des « faux » médicaments dans les médias », *Revue Texto [en ligne]*, 18, 4, p. 14.

DARSOT A., 2017, « Pharmacie et marché informel du médicament : un dualisme de l'offre médicamenteuse à Ambohipo », mémoire obtenu en vue du Master 2 en Population et développement, Université Catholique de Madagascar.

DEBARGE O., 2011, « La distribution au détail du médicament au sein de l'Union Européenne : un croisement entre santé et commerce. La délimitation des règles appliquées à l'exploitation des officines », *Revue internationale de droit économique*, 2, p. 193-238.

DEGAVRE F., LEMAITRE A., 2008, « Approches substantives de l' économie : des outils pour l' étude des organisations d' économie sociale », *Revue Interventions économiques [En ligne]*, 38, p. 0-19.

DEGAVRE F., NYSENS M., 2008, « L'innovation sociale dans les services d'aide à domicile. Les apports d'une lecture polanyienne et féministe », *La Découverte*, 2, p. 79-98.

DESCLAUX A., 2001, « L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? », dans SOUTEYRAN Y., MORIN M. (dirs.), *L'observance aux traitements du VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, p. 57-66.

DESCLAUX A., EGROT M., 2015, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, Editions l'Harmattan (Anthropologies et Médecines), 273 p. p.

DESCLAUX A., LEVY J.-J., 2003, « « Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? » », *Anthropologie et sociétés*, 27, 2, p. 5-21.

DESCLAUX A., 2015, « L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal », *Actes des rencontres Nord/Sud de l'Automédication et de ses Déterminants, Cotonou (Bénin), 2015/03/04-06*, p. 11-23.

DESPRES C., DOURGNON P., FANTIN R., JUSOT F., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d'économie de la santé*, 169, p. 1-8.

DIALLO Y., 2003, « Pauvreté et maladie », dans JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J. (dirs.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre*

soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Editions Karthala, p. 157-216.

DIDIER P., 2015a, *Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar: entre décisions internationales et applications locales*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux.

DIDIER P., 2015b, « Phytoremèdes et équité dans l'accès aux traitements à Madagascar », dans MAMADOU B., DESCLAUX A. (dirs.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal, p. 265-282.

DJRALAH M., AGOSSOU A., KPATINVOH A., BAXERRES C., 2015, « Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin », *Actes des rencontres Nord/Sud de l'Automédication et de ses Déterminants*, Cotonou (Bénin), 2015/03/04-06.

DOMINIQUE J.V., 2016, « Une sociologie de l'élite militaire : la cas des militaires malgaches formés en ex-URSS dans les années 80 », *4ème rencontre des études africaines en France*, 5-6-7 juillet.

DUBOURDIEU L.J., 2002, « De la guérison des corps à la guérison de la nation », *Politique Africaine*, 2, 86, p. 70-85.

DUNCAN P., VENN A., BRITTON J., DAVEY G., 2006, « Use and misuse of aspirin in rural Ethiopia », *East African Medical Journal*, 83, 1, p. 31-36.

DUPUY F., 2008, *Anthropologie économique*, Armand Collin, 2016 p.

EDGEWORTH R., COLLINS A.E., 2006, « Self-care as a response to diarrhoea in rural Bangladesh: Empowered choice or enforced adoption? », *Social Science and Medicine*, 63, p. 2686-2697.

EGROT M., 2015, « Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest », *Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants*.

ELA J.-M., 1998, *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire: les défis du monde du « monde d'en bas »*, Paris, Editions l'Harmattan, 422 p.

EVANS PRITCHARD E., 1937, *Witchcraft Oracles, and Magic among the Azande*, Oxford University Press.

FAINZANG S., 1985, « La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », *Sciences sociales et santé*, 3, 3-4, p. 105-128.

FAINZANG S., 2003, « Les médicaments dans l'espace privé », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, p. 139-154.

FAINZANG S., 2004, « Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques . Les problématiques d'itinéraire de recherche », *Anthropolitica, Revue d'anthropologie et de sciences politiques du Brésil*, 15, p. 20-38.

FAINZANG S., 2007a, « Les réticences vis-à-vis des médicaments », *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, 3, p. 193-209.

FAINZANG S., 2007b, « Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 193-209.

FAINZANG S., 2010, « L'automédication. Une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, 34, 1, p. 115.

FAINZANG S., 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France, 181 p.

FARMER P., LÉANDRE F., MUKHERJEE J.S., CLAUDE M.S., NEVIL P., SMITH-FAWZI M.C., KOENIG S.P., CASTRO A., BECERRA M.C., SACHS J., ATTARAN A., KIM J.Y., 2001, « Community-based approaches to {HIV} treatment in resource-poor settings », *The Lancet*, 358, 9279, p. 404-409.

FASSIN D., 1985, « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, 25, 98, p. 161-177.

FASSIN D., 1986, « La vente illicite de médicaments au Sénégal », *Politique Africaine*, 23, p. 123-143.

FASSIN D., 2005, « L'innocence perdue de l'anthropologie : remarques sur les terrains sensibles », dans BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V. (dirs.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Editions de l'EHESS-Centre d'études africaines (« Dossiers africains »), p. 97-103.

FASSIN D., 2008, « The elementary forms of care. An empirical approach to ethics in a South African Hospital », *Social Science and Medicine*, 67, 2, p. 262-270.

FAVREAU L., 2014, « Economie informelle, économie populaire et économie sociale et solidaire : une mise en perspective Nord-Sud », *Haïti Perspectives*, 3, 3, p. 31-35.

FAVRET-SAADA J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Gallimard, Paris, 332 p.

FERONI I., LOVELL A.M., 2007, « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible : le cas du Subutex ® , traitement de substitution aux opiacés », *Revue française des affaires sociales*, 3-4.

FOIRRY J.-P., 2001, « L'Initiative de Bamako : quels bénéfices pour les populations africaines ? », dans RAINHORN J.-D., BURNIER M.-J. (dirs.), *La santé au risque du marché Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*, Paris, Cahiers de l'IUED, p. 53-69.

FOSTER G.M., 1970, « Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems », *American Anthropologist*.

FOURNET-GUERIN C., 2010, « Madagascar, île immobile ? Paradoxes, contrainte et essor des mobilités dans un pays du Sud », *Espace populations sociétés* [En ligne consulté le 20 octobre 2016], 2-3, p. 237-249.

FOURNIER P., HADDAD S., 1995, « Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre », *Social Science & Medicine*, 40, 6, p. 743-753.

FRANCKEL A., 2007, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal: le cas des enfants fébriles à Niakhar*, Thèse de doctorat, Université Paris X - Nanterre, 465 p.

FRANCKEL A., LALOU R., 2008, « Health-seeking behaviour for childhood malaria : Household dynamics in rural Senegal », *Journal of Biosocial Science*, 41, 1, p. 1-19.

FREEMAN L.E., 2001, *Knowledge , Education and Social Differentiation amongst the Betsileo*, Thèse de doctorat, London School of Economics and Political Science, 280 p.

FREMIGACCI J., 2014, « Madagascar ou l'éternel retour de la crise », *Afrique contemporaine*, 251, 3, p. 125-142.

FRESIA M., 2005, « Entre mises en scène et non-dits: comment interpréter la souffrance des autres », dans BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V. (dirs.), *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*, Centre d'études africaines, EHESS, p. 31-54.

GANNON F., 2015, « Le fihavanana comme capital social », dans KNEITZ P. (dir.), *Fihavanana - La vision d'une société paisible à Madagascar*.

GARDIN L., 2005, « Réciprocité », dans LAVILLE J., CATTANI A.D. (dirs.), *Dictionnaire de l'Autre économie*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 419-425.

GARNIER C., LEVY J.-J., 2007, *La chaîne des médicaments*, LEVY J.-J., GARNIER C. (dirs.), Québec, Presses de l'Université du Québec (Santé et Société), 522 p.

GARNIER C.-M., TREMBLAY P., 2012, « Programme de recherche concertée sur la Chaîne des médicaments. »

GAUDIANO M.C., MAGGIO A. DI, COCCHIERI E., ANTONIELLA E., BERTOCCHI P., ALIMONTI S., VALVO L., 2007, « Medicines informal market in Congo, Burundi and Angola: counterfeit and sub-standard antimalarials », *Malaria Journal*, 6, 22.

GAY N., BELMONTE O., COLLARD J.-M., HALIFA M., IQBAL ISSACK M., MINDJAE S., PALMYRE P., IBRAHIM A.A., RASAMOELINA H., FLACHET L., FILLEUL L., CARDINALE E., 2017, « Review of Antibiotic Resistance in the indian Ocean Commission : A Human and Animal Health issue », *Frontiers in Public Health*, 5, July.

GENEST S., 1977, « Introduction à l'ethnomédecine : essai de synthèse », *Anthropologie et Sociétés*, 2, n°3, p. 5-28.

GLICK P., RAZAKAMANANTSOA M., 2002, « The Distribution of Social Services in Madagascar , 1993-99. »

GOODMAN C., BRIEGER W., UNWIN A., MILLS A., MEEK S., GREER G., 2007, « Medicine Sellers and Malaria Treatment in Sub-Saharan Africa: What Do They Do and How Can Their Practice Be Improved? », *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 77, 6, p. 203-218.

GRANADO S., 2007, « *C'est le palu qui me fatigue* » *Une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au Paludisme à Abidjan, Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat, Universität Basel, 279 p.

GRENIER J.-Y., 1989, « Arjun Appadurai (éd.), *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective* », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 44, 5, p. 1149-1151.

HAMEL V., 2006, *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle*, Thèse de doctorat, Université Claude Bernard - Lyon 1, 91 p.

HARDON A., HODGKIN C., FRESLE D., 2004, « How to investigate the use of medicines by consumers », Amsterdam.

HARDON A.P., 1987, « The use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: Doctors' prescription and self medication », *Social Science and Medecine*, 25, 3, p. 277-292.

HILLENKAMP I., 2009, « L'approche latino-américaine de l'économie populaire, les inégalités et la pauvreté », *Revue de la régulation [En ligne]*, 6.

HILLENKAMP I., 2013, *L'économie solidaire en Bolivie : Entre marché et démocratie*, Genève, Editions Karthala, 360 p.

HONDA A., HANSON K., 2013, « Do equity funds protect the poor ? Case studies from north-western Madagascar », *Health policy and planning*, 28, p. 75-89.

HOURS B., 1995, « L'anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins », *Journal des anthropologues*, 60, 1, p. 63-69.

JAFFRE Y., 1999, « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », *Bulletin de l'Apad*, 17.

JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1999, *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dirs.), Paris, Presses Universitaires de France, 374 p.

JANZEN J., 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Editions Karthala, 287 p.

JOHNSON T.M., SARGENT C.F., 1996, *Medical anthropology: contemporary theory and method*, Praeger, 479 p.

KLEINMAN A., 1981, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, 427 p.

KLIMEK C.Y., PETERS G., 1995, *Une politique du médicament pour l'Afrique. Contraintes et choix*, Paris, Editions Karthala, 198 p.

KLOOS H., GETAHUN B., TEFERI A., GEBRE K., BELAY T.& S., 1988, « Buying drugs in Addis Ababa: A quantitative analysis », dans GEEST S. VAN DER, REYNOLDS WHYTE S. (dirs.), *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, p. 81-106.

LAPLANTINE F., 1986, *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Payot, 411 p.

LAURENT P.-J., 2000, « Le « Big Man » local ou la « gestion coup d'État » de l'espace public », *Politique Africaine*, 80, p. 169-181.

LAURENT P.-J., 2003, *Les pentecôtistes du Burkina-Faso : mariage, pouvoir et guérison.*, IRD Editions et Karthala (« Hommes et Sociétés »), 442 p.

LAURENT P.-J., 2006, « L'implication de l'anthropologue dans le champ scientifique : l'exemple de la Commission Nationale de la Décentralisation du Burkina Faso », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 37, 1, p. 105-120.

LAURENT P.-J., 2007, « L'offre de guérison des Assemblées de Dieu du Burkina Faso. Un bricolage en train de se faire entre la société mythique et la modernité globalisée », *ethnographiques.org [en ligne] consulté le 24 mars 2015*, 14.

LAURENT P.-J., 2013, « La modernité insécurisée ou la mondialisation perçue d'un village mossi du Burkina Faso », dans BRED A C., DERIDDER M., LAURENT P.-J. (dirs.), *La modernité insécurisée. Anthropologie des*

conséquences de la mondialisation, Louvain-la-Neuve, Academia - L'Harmattan (« Investigations d'anthropologie prospective »), p. 19-50.

LAUTIER B., 2004, *L'économie informelle dans le tiers monde*, La Découverte, 128 p.

LAUTIER B., MIRAS C. DE, MORICE A., 1991, *L'Etat et l'informel*, Paris, Editions l'Harmattan, 211 p.

LAVILLE J., 2003, « Avec Mauss et Polanyi, vers une théorie de l'économie plurielle », *Revue du Mauss*, 1, 21, p. 237-249.

LAVILLE J., NYSENS M., DEFOURNY J., 2009, « Organisations d'économie sociale et solidaire Lecture de réalités Nord et Sud Remerciements »,.

LEGRIP-RANDRIAMBELO O., REGNIER D., 2014, « The Place of Healers-Diviners (Ombiasa) in Betsileo Medical Pluralism », *Health, Culture and Society*, 7, 1, p. 28.

LEMAITRE A., ANSOMS A., CHARLIER S., LEGRAND V., YEPEZ I., 2016, « Réalités et défis Sud liés au secteur informel : une pluralité d'approches à partir d'une épistémologie d'économie populaire », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 1, Tome LV, p. 89-104.

LEMONNIER P., 2012, « Des objets pour penser l'indicible : La nécessaire convergence des théories de la culture matérielle. », dans SCHLANGER N., TAYLOR A.-C. (dirs.), *La préhistoire des autres. Perspectives archéologiques et anthropologiques*, La découverte, p. 277-289.

LE POLAIN M., NYSENS M., 2016, « Les logiques socio-économiques sous-jacentes aux stratégies de protection des acteurs populaires au Sud-Kivu », dans NYENYEZI BISOKA A., GEENEN S., ANSOMS A., OMASOMBO TSHONDA J. (dirs.), *Conjonctures congolaises 2016. Glissement politique, recul économique*, Editions l'Harmattan, p. 315-344.

LEWIS A., 1954, *Economic Development with Unlimited Supplies of Labour*, Manchester School of Economic and Social Studies.

MAHAME S., BAXERRES C., 2015, « Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana », *Actes des rencontres Nord/Sud de l'Automédication et de ses Déterminants, Cotonou (Bénin)*, 2015/03/04-06, p. 24-34.

MAJERUS B., 2011, « La baignoire, le lit et la porte. La vie sociale des objets de la psychiatrie », *Genèses*, 82, 1, p. 95-119.

MALDONADO C., GAUFRYAU B., 2001, *L'économie informelle en Afrique francophone : structures, dynamiques et politiques*, Genève, Bureau International du travail, 504 p.

MAMADOU B., DESCLAUX A., 2015, *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, Dakar, L'Harmattan-Sénégal, 342 p.

MAREE M., MERTENS S., 2005, « Economie non marchande », dans LAVILLE J., CATTANI A.D. (dirs.), *Dictionnaire de l'Autre économie*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 191-198.

MARIE A., 1995, « « Y'a pas l'argent » : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise », *Tiers-Monde*, 36, 142, p. 303-324.

MASSE R., 1995, *Culture et santé publique*, MORIN G. (dir.), Saint-Laurent Montréal (Québec).

MASSE R., 2009, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et sociétés*, 21, 1, p. 53-72.

MATTERN C., 2013, « Quand la maladie devient sociale. L'accès au traitement pour les patients tuberculeux au Burundi », dans BREDAS C., DERIDDER M., LAURENT P. (dirs.), *La modernité insécurisée. Anthropologie des conséquences de la mondialisation*, Louvain-la-Neuve, Academia - L'Harmattan (« Investigations d'anthropologie prospective »), p. 297-316.

MATTERN C., 2015, « Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar », *Actes des rencontres Nord/Sud*

de l'Automédication et de ses Déterminants, Cotonou (Bénin), 2015/03/04-06, p. 8.

MATTERN C., POURETTE D., RABOANARY E., KESTEMAN T., PIOLA P., RANDRIANARIVELOJOSIA M., ROGIER C., 2016, « Tazomoka is not a problem. local perspectives on malaria, fever case management and bed net use in Madagascar », *PLoS ONE*, 11, 3, p. 1-14.

MAUCOURANT J., 2014, « Karl Polanyi, les marchés et le Marché », *Karl Polanyi et le marché*.

MAUCOURANT J., PLOCINICZAK S., 2011, « Penser l'institution et le marché avec Karl Polanyi Contre la crise (de la pensée) économique », *Revue de la régulation. Capitalisme, Institutions, pouvoirs [En ligne]*, 10.

MAUSS M., 2001, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques (1925)*, Paris, Presses Universitaires de France.

MEDARD J.F., 2001, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Bulletin de l'APAD [En ligne]*, 21.

MEDARD J.-F., 1922, « J.-F. Médard, «Le big man en Afrique. Du politicien entrepreneur», L'Année sociologique, n° 42, 1992, pp. 167-192. », *L'Année sociologique*, 42, p. 167-192.

MEESSEN B., ZHENZHONG Z., DAMME W. VAN, DEVADASAN N., CRIEL B., BLOOM G., 2003, « Iatrogenic poverty », *Tropical Medecine and International Health*, 8, 7, p. 581-584.

MELARD F., 2011, « La “carrière” de la betterave sucrière, ou comment se fabrique un marché », dans HOUDART S., THIERY O. (dirs.), *Humains, non-humains. Comment re-peupler les sciences sociales?*, Paris, La découverte, p. 144-154.

MESTRE C., 2000, « Etude de la mise en place du recouvrement des coûts à Toamasina (Madagascar), l'hôpital comme “arène” », *Face à face [En ligne]*, 2.

MESTRE C., 2014, *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*, Paris, L'Harmattan, 162 p.

MURDOCK G.P., 1980, *Theories of Illness: A World Survey*, Pittsburgh, The University of Pittsburgh Press.

NAUDET J.-D., 1997, « Les petites entreprises à Madagascar. Le “Missing Middle” retrouvé », *Statéco*, 86, p. 21-37.

NGA N., OWONA MANGA L., ETAME LOE G., NNOMO ASSIGA K., OLINGA M., H A.A., MENYENG MVOMO A., MPONDO MPONDO E., 2016, « Évaluation Qualitative des Comprimés d ' Albendazol , de Mebendazole et de Praziquantel Commercialisés dans les Circuits Formel et Informel de la Ville de Yaoundé », *Health science and diseases*, 17, septembre, p. 2-7.

NICHTER M., 1996, « Pharmaceuticals, the Commodification of Health, and the Health Care-Medicine Use Transition », dans NICHTER M., NICHTER M. (dirs.), *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*, Amsterdam, Gordon & Breach, p. 265-326.

NIKIEMA A., BONNET E., GISELE S.N., KOUANDA S., 2015, « Des médicaments pour tous mais pas partout. Approche géographique de l'offre pharmaceutique à Ouagadougou (Burkina Faso) », dans MAMADOU B., DESCLAUX A. (dirs.), *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, Dakar, L'Harmattan, p. 58-73.

NSARHAZA K., 1997, « Au-delà de la régulation étatique. La gouvernance du marché informel de la santé : Cas des médicament au Zaïre. »

NYSENS M., 1998, « Economia Popular en el Sur, tercer sector en el Norte : Senales de una economia de solidaridad emergente (Documento N° 17) », Buenos Aires.

OKUMURA J., WAKAI S., UMENAI T., 2002, « Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam », *Social Science and Medicine*, 54, 12, p. 1875-1886.

OLDS P., 2006, « Accès aux Médicaments à Madagascar : l'Etat , la Pharmacie , et l'utilisateur », *Independent Study Project (ISP) Collection, Paper* 259, p. 45.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., JAFFRE Y., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*, Paris, Editions Karthala, 449 p.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., à paraître, « Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques: le cas de la santé maternelle », dans POURETTE D., MATTERN C., BELLAS-CABANE C., RAVOLOLOMANGA B. (dirs.), *Femmes, mères, enfants: Anthropologie et santé à partir de Madagascar*, Paris, L'Harmattan (« Anthropologies et Médecines »), p. 177.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Editions Karthala.

OLIVIER DE SARDAN J., 2001a, « Populisme méthodologique et populisme idéologique en anthropologie », dans FABIANI J.-L. (dir.), *Le goût de l'enquête. Pour Jean-Claude Passeron*, Paris, Editions l'Harmattan (« Logiques sociales »), p. 195-246.

OLIVIER DE SARDAN J., 2001b, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », dans RAFFINOT M., ROUBAUD F. (dirs.), *Les fonctionnaires du Sud entre deux eaux : sacrifiés ou protégés? (Autrepart)*, Editions de l'Aube, IRD, p. 61-73.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2002, « Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue du Tiers Monde*, 168, p. 18.

OLIVIER DE SARDAN J., 2003, « Pourquoi le malade anonyme est-il si "mal traité"? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », dans JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dirs.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Editions Karthala, p. 265-294.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., RIDDE V., 2014, *Une politique publique de santé et ses contradictions: la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Editions Karthala, 480 p.

OLVERA L.D., PLAT D., POCHET P., 2011, « Se déplacer pour se soigner. Pratiques et obstacles à Conakry et Douala », *Cahier de géographie du Québec*, 55, 156, p. 555-573.

OMS, 1995, « La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain : Etude analytique dans trois pays: Cameroun, Madagascar, Tchad »,.

OTTINO P., 1998, *Le champs de l'ancestralité à Madagascar. Parenté, alliance et patrimoine*, Paris, Editions Karthala, 685 p.

PALE A., LADNER J., 2006, « Le médicament de la rue au Burkina-Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahiers santé*, 16, 2, p. 113-117.

PARIZOT I., RAKOTOMANANA F., RAZAFINDRAKOTO M., WACHSBERGER J., RAZAFINDRAKOTO M., 2005, « Santé, inégalités et ruptures sociales à Antananarivo. Premiers résultats de l'enquête SIRS 2003 », *Documents de travail DIAL*, Paris.

PEEMANS J., 2010, « Quels Suds dans quelle crise ? Le contexte d'une économie politique globale de l'inégalité », *Cahiers Marxistes*, 240.

PENCHANSKY R., THOMAS J.W., 1981, « The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. », *Medical care*, 19, 2, p. 127-140.

PETERSON K., 2014, *Speculative markets : Drug Circuits and Derivative Life in Nigeria*, Duke University Press, 256 p.

PHARM N.L.B., SC M., PHARM D., PHARM B., SC M., PHARM D., 2008, « Les médicaments en vente libre comme substances d'abus : revue d'un phénomène méconnu », *Drogues, santé et société*, 71, p. 129-151.

POLANYI K., 1983, *La Grande Transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*, Paris, Gallimard.

POLANYI K., 2008, *Essais*, Paris, Seuil, 584 p.

POLANYI K., ARENSBERG C., 1975, *Les systèmes économiques dans la théorie et dans l'histoire*, Paris, Librairie Larousse.

POUILLOT R., BILONG C., BOISIER P., CISS M., MOUMOUNI A., AMANI I., NABETH P., 2008, « Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués », *Le Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 101, 1, p. 113-118.

POUND P., BRITTEN N., MORGAN M., YARDLEY L., POPE C., DAKER-WHITE G., CAMPBELL R., 2005, « Resisting medicines : a synthesis of qualitative studies of medicine taking », *Social Science and Medicine*, 61, p. 133-155.

POURCHEZ L., 2001, « La réinterprétation réunionnaise des apports de la biomédecine dans le domaine de la naissance et de la petite enfance », dans BENOIST J. (dir.), *Santé, société et cultures à la Réunion. Anthropologie médicale, psychiatrie.*, p. 75-90.

POURETTE D., à paraître., « Les “matrones” à Madagascar : reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels (à paraître) », dans POURETTE D., MATTERN C., BELLAS-CABANE C., BODO R. (dirs.), *Femmes, mères, enfants: Anthropologie et santé à partir de Madagascar*, Paris, Editions l'Harmattan (« Anthropologies et Médecines »).

POURETTE D., MATTERN C., RATOVOSON R., PATRICIA R., 2017, « Women's pathways leading to abortion complications and associated health care seeking in Madagascar: a qualitative approach », *28th International Population Conference*, Cape Town.

POURETTE D., RAHARIMANGA V., 2014, « Représentations et répercussions sociales d'un essai clinique à Madagascar », *Sciences sociales et santé*, 32, 2.

QUASHIE H., POURETTE D., RAKOTOMALALA O., ANDRIAMARO F., 2014, « Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar », *Health, Culture and Society*, 7, 1.

QUET M., PORDIÉ L., BOCHATON A., CHANTAVANICH S., KIATYING-ANGSULEE N., LAMY M., VUNGSIRIPHISAL P., 2015, « Regulation Multiple. Pharmaceutical Trajectories and Modes of Control in the ASEAN », *Science, Technology and Society*, p. 1-16.

RAISON-JOURDE F., 1991, *Bible et pouvoir à Madagascar au XIX^e siècle. Invention d'une identité chrétienne et construction de l'Etat*, Paris, Editions Karthala, 840 p.

RAISON-JOURDE F., ROY G., 2010, *Paysans, intellectuels et populisme à Madagascar. De Monja Jaona à Ratsimandrava (1960-1975)*, Paris, Editions Karthala, 490 p.

RAKOTOMALALA R., 2006, « La sorcellerie en Imerina », dans BLANCHY S., RAKOTOARISOA J.-A., BEAUJARD P., RADIMILAHY C. (dirs.), *Les dieux au service du peuple : itinéraires religieux, médiation, sychrétisme à Madagascar*, Editions Karthala, p. 229-259.

RAKOTOMANANA E., 2017, *Hygiène, alimentation et environnement : cas de deux familles d'enfants en retard de croissance dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux.

RAKOTOMANANA F.H., 2011, *Secteur informel urbain, marché du travail et pauvreté. Essais d'analyse sur le cas de Madagascar*, Thèse de doctorat, Université Montesquieu - Bordeaux IV, 403 p.

RAKOTOMANANA F.H., 2012, « Efficacité technique des unités de production informelles: une approche par régression quantile. Etude de cas sur le secteur informel à Antananarivo (Madagascar) », *L'économie informelle dans les pays en développement*.

RAKOTOMANANA F., RAVELOSOA R., FRANÇOIS R., 2000, « L'enquête 1-2-3 sur le secteur informel et la satisfaction des besoins des ménages dans l'agglomération d'Antananarivo. »

RAKOTONARIVO A., 2008, « Migrations et pratiques socioculturelles dans les hautes terres centrales de Madagascar. »

RAKOTONARIVO A., 2011, « Vivre là-bas, exister ici: absence et présence des migrants des Hautes Terres de Madagascar », *Espace-Populations-Sociétés*, 2, 2, p. 249-263.

RAKOTONDRALANDY J.V., 2004, *Contrôle qualité des médicaments antibiotiques (Amoxicilline, Ampicilline, Chloramphénicol, Cotrimoxazole, Pénicilline, Tétracycline) sur les marchés pharmaceutiques malgaches*, Thèse de doctorat, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etude Approfondie chimie appliquée, Université d'Antananarivo.

RAKOTOSON T., 2007, *Etude et contrôle de qualité des médicaments essentiels dans la province de Fianarantsoa*, Thèse de doctorat, Thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, Université d'Antananarivo, 52 p.

RANDREMANANA R., MIGLIANI R., RAKOTOMANGA S., JEANNE I., 2001, « Système d'Information Géographique et Santé : application à la ville d'Antananarivo », *Archives Institut Pasteur de Madagascar*, 67, 1 et 2, p. 74-78.

RASOAMAMPIONONA C., 2014, « Le « piétinement de fougères » dans le Sud betsileo », *Etudes océan Indien [En ligne consulté le 15 mai 2017]*, 51-52.

RAVINETTO R., VANDENBERGH D., MACÉ C., POUGET C., RENCHON B., RIGAL J., SCHIAVETTI B., CAUDRON J., 2016, « Fighting poor-quality medicines in low- and middle-income countries : the importance of advocacy and pedagogy », *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, p. 16-19.

RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., 1995, « Ce qu'attendent les Tananariviens de la réforme de l'État et de l'économie », *Politique Africaine (Besoin d'Etat)*, 61, p. 54-72.

RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., 2001, « Vingt ans de réforme de la fonction publique à Madagascar », *Autrepart*, 20, p. 43-61.

RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., WACHSBERGER J.-M., 2013, « Institutions , gouvernance et croissance de long terme à Madagascar : l'énigme et le paradoxe (Document de travail DIAL). »

RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., WACHSBERGER J.-M., 2014, « Élités, pouvoir et régulation à Madagascar. Une lecture de l'histoire à l'aune de l'économie politique », *Afrique contemporaine*, 3, 251, p. 25-50.

RAZANAMANDIMBY L., 2013, « Restitution et invention 'une mémoire en Imerina (Madagascar) : la commensalité , révélatrice de l'organisation sociale? », *Rencontre nationale des jeunes chercheurs en études africaines*, p. 1-20.

RETEL LAURENTIN A., 1987, *Etiologie et perception de la maladie - Dans les sociétés modernes et traditionnelles*, L'Harmattan.

REYNOLDS WHYTE S., VANDERGEEST S., HARDON A., 2002, *Social lives of medecine*, Cambridge, Cambridge University Press, 198 p.

RICHARD J., 2001, *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessé (Bénin)*, Thèse de doctorat, Université de Neufchâtel, 1134 p.

RIVERS W.H.R., 1927, *Medicine, Magic and religion*, Routledge, 144 p.

RODE A., 2010, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès - France - Grenoble II.

ROUBAUD F., 1994, *L'économie informelle au Mexique. De la sphère domestique à la dynamique macro-économique*, Paris, Editions Karthala - Orstom, 455 p.

ROUBAUD F., 2002, « Madagascar après la tourmente : regards sur dix ans de transitions politique et économique », *Afrique contemporaine*, 202-203.

SANABRIA E., 2009, « Le médicament, un objet évanescent. Essai sur la fabrication et la consommation de substances pharmaceutiques », *Techniques et cultures*, 52-53, p. 168-189.

SANDID L., FOURIER U.J., GRENOBLE F.D.E.P.D.E., PUBLIQUEMENT S., FACULTE A.L.A., GRENOBLE D.E.P.D.E., LE D., COMPOSE J., 2010, *Disponibilité et accessibilité aux médicaments dans les pays en développement - Situation à Madagascar en 2009*, Thèse de doctorat, Grenoble, UNIVERSITE JOSEPH FOURIER, 143 p.

SANDRON F., 2008, « Le fihavanana à Madagascar : lien social et économique des communautés rurales », *Revue du Tiers Monde*, 3, 195, p. 507-522.

SARRADON-ECK A., BLANC M., FAURE M., 2007, « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55, p. 179-185.

SARRADON-ECK A., BLANC M., FAURE M., 2010, « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, p. 179-185.

SARRIA ICAZA A.M., TIRIBA L., 2005, « Economie populaire », dans LAVILLE J., CATTANI A.D. (dirs.), *Dictionnaire de l'Autre économie*, Paris, Desclée de Brouwer, p. 217-223.

SCHWARTZ R.H., 2005, « Adolescent abuse of dextromethorphan », *Clinical Pediatrics*, 44, 7.

SIMON E., EGROT M., 2012, « “Médicaments néotraditionnels” : une catégorie pertinente ? », *Sciences sociales et santé*, 30, 2, p. 67-91.

SINGLETON M., 2008, « De l’anthropologie appliquée à l’anthropologue impliqué », *Recherches sociologiques et anthropologiques [En ligne consulté le 5 avril 2017]*, 39, 2.

SOULEY A., 2003, « Un environnement inhospitalier », dans JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dirs.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest*, Paris, Editions Karthala, p. 462.

SOURA B.A., BAYA B., ROSSIER C., 2011, « Utilisation des médicaments de la rue à Ouagadougou effet de niveau de vie ou effet de niveau d’éducation ? », *Revue de Géographie de Lomé*, p. 1-18.

SUDHINARASET M., INGRAM M., LOFTHOUSE H.K., MONTAGU D., 2013, « What Is the Role of Informal Healthcare Providers in Developing Countries? A Systematic Review », *Plos One*, 8, 2.

SUSSMAN L.K., 1988, « The use of herbal and biomedical pharmaceuticals on Mauritius », dans *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Amsterdam, Kluwer Academic Publishers, p. 199-215.

TARRIUS A., 1999, « Les fluidités de l’ethnicité : réseau de l’économie souterraine transfrontalière de produits d’usages licites ou illicites », *Déviance et société*, 23, 3, p. 259-274.

TETER C.J., MCCABE S.E., LAGRANGE K., CRANFORD J. A, BOYD C.J., 2006, « Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. », *Pharmacotherapy*, 26, 10, p. 1501-1510.

THOËR C., AUMOND S., 2011, « « Construction des savoirs et du risque relatifs aux médicaments détournés » », *Anthropologie et Sociétés*, 35(1-2), 1-2, p. 111-128.

THOËR-FABRE C., GARNIER C., TREMBLAY P., 2007, « Le médicament dans les sciences sociales. Une analyse documentaire d'un champ en construction », dans *La chaîne des médicaments*, p. 19-58.

TREMBLAY M.-A., 1982, « L'anthropologie de la santé en tant que représentation », *Recherches sociographiques*, 23, p. 253-273.

TURCOTTE L., 2006, *De l'économie informelle à la morphologie sociale de l'économie. L'étude de cas des Mafy ady à Tananarive (Madagascar)*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 521 p.

ULGADE A., HOMEDES N., 1988, « Medicines and rural health services: an experiment in the Dominican Republic », dans VANDERGEEST S., REYNOLDS WHYTE S. (dirs.), *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, p. 57-79.

VAN DER GEEST S., 1982, « The Illegal Distribution of Western Medicines in Developing Countries: Pharmacists, Drug Pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration », *Medical anthropology*, p. 197-219.

VAN DER GEEST S., 1987a, « Pharmaceuticals in the third world : the local perspective », *Social Science and Medecine*, 25, 3, p. 273-276.

VANDERGEEST S., 1987b, « Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon », *Social Science and Medecine*, 25, 3, p. 293-305.

VAN DER GEEST S., 1988, « The articulation of formal and informal medicine distribution in South Cameroon », dans *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, p. 393.

VAN DER GEEST S., 2006, « Anthropology and the Pharmaceutical Nexus », *Anthropological Quaterly*, 79, 2, p. 303-314.

VAN DER GEEST S., 2012, « Intérêt de la perspective multi-niveaux en anthropologie du médicament », *Ethnopharmacologia*, 48.

VAN DER GEEST S., 2017, « Les médicaments sur un marché camerounais », *Anthropologie & Santé*, 14, Varia, p. 0-17.

VAN DER GEEST S., HARDON A., WHYTE S.R., 1990, « Planning for essential drugs: Are we missing the cultural dimension? », *Health policy and planning*, 5, 2, p. 182-186.

VAN DER GEEST S., HARDON A., WHYTE S.R., 1996, « The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach », *Annual Review of Anthropology*, 25, p. 153-178.

VAN DER GEEST S., SPECKMANN J.D., STREEFLANDER P., 1990, « Primary health care in a multi-level perspective: towards a research agenda », *Social Science & Medicine*, 30, 9, p. 1025-1034.

VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Amsterdam, Het Spinhuis Publishers, 394 p.

VAN DER GEEST S., WHYTE S.R., 1989, « The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 3, 4, p. 345-367.

VEGA A., 2012, « Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », 30, p. 71-102.

VUARIN R., 1994, « L'argent et l'entregent », *Cahiers des Sciences Humaines*, 30, p. 255-273.

WACHSBERGER J.-M., 2006, « Les quartiers pauvres à Antananarivo : enfermement ou support ? », *Document de travail DIAL*, Paris.

WALTER A., 1982, « Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives », *Cahiers de l'OERSTOM (Série Sciences Humaines)*, 18, 4, p. 405-414.

WARNIER J.-P., 1993, *L'esprit d'entreprise au Cameroun*, Editions Karthala.

WAUTELET J.-M., 2008, « L'état entre économie populaire et reproduction inégalitaire », *Mondes en développement*, 143, p. 11-26.

WHITEHEAD M., DAHLGREN G., EVANS T., 2001, « Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? », *The Lancet*.

WHYSS K., KILIMA P., LORENZ N., 2001, « Cost of tuberculosis for households and health care providers in Dar es Salaam, Tanzania », *Tropical Medicine and International Health*, 6, 1, p. 60-68.

WILLIAMS S.J., GABE J., DAVIS P., 2008, « The sociology of pharmaceuticals : progress and prospects », *Sociology of Health & Illness*, 30, 6, p. 813-824.

WILLIAMS S.J., MARTIN P., GABE J., 2011, « The pharmaceuticalisation of society ? A framework for analysis », *Sociology of Health & Illness*, 33, 5, p. 710-725.

WOGAING J., 2010, « De la quête à la consommation du médicament au Cameroun », *Revue Internationale sur le médicament*, 3, p. 1-51.

ZEMPLINI A., 1985, *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, Paris, Société d'ethnographie.

Annexes

Annexe I : Liste des sigles

Annexe II : Lexique des termes malgaches utilisés dans la thèse

Annexe III : Les Canevas d'entretiens

ANNEXE I : Liste des sigles

ACAME : Association Africaine des Centrales d'Achat des Médicaments essentiels

AGMED : Agence du Médicament à Madagascar

CHRD : Centres Hospitaliers de Référence de District

CHRR : Centres Hospitaliers de Référence Régionale

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CSB : Centre de Santé de Base

CPN : Consultation prénatale

DCI : Dénomination Commune Internationale

DPLMT : Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle

FANOME : Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels

FMR (liste) : forte et moyenne rotation

IPM : Institut Pasteur de Madagascar

MEG : médicaments essentiels génériques

PF : Planning familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PhaGdis : Pharmacies de gros du district

PhaGeCom : Pharmacies à gestion communautaire

RTA : Remèdes Traditionnels Améliorés

SIS : Secteur Informel de la Santé

SSD : Service de Santé de District

ANNEXE II : Lexique des termes malgaches utilisés dans la thèse

Adidy : devoirs, obligations sociales

Fanafody : médicament

Fanjakana : le pouvoir, l'administration et les agents liés à l'Etat

Fihavanana : le fait d'être parents. Par extension, relation de compréhension et solidarité sur le mode des liens de parenté

Fokonolona : le peuple

Fokontany : plus petite entité géographique

Tanindrazana : Lieu d'origine des ancêtres, là où est leur tombeau.

Vahaza : étranger

ANNEXE III : Canevas d'entretiens

I. CANEVAS D'ENTRETIEN AVEC LES MERES ET LES PERES

IDENTIFICATION

- Age, niveau de scolarité, statut civil, âge du mari et niveau social, profession des parents, origine, confession religieuse, propriétaire ou locataire, un ou plusieurs véhicules
- Décrire la composition familiale : nommer les différents membres de la famille, leur âge

EPISODES DE MALADIE : CHEMINEMENT THERAPEUTIQUE

- Décrire les derniers (4) épisodes de maladie de la famille (petits et grands problèmes de santé)
 - ➔ Qui a été malade ?
 - ➔ Quelle était l'origine de la maladie selon elle ?
 - ➔ Quelle est l'explication que lui a donnée le médecin ?
 - ➔ Qu'est-ce qui a été fait en premier lieu ? (consultation ? automédication ?)
 - ➔ Pourquoi ?
 - ➔ Et ensuite ?
 - ➔ Combien cela a-t-il coûté (détailler les frais liés à chaque étape)?
 - ➔ Comment l'épisode de maladie s'est-il terminé ?

DESCRIPTION PAR TYPE DE RECOURS

- Si recours aux soins différents (massages, automédication, achat en pharmacie, achat à Ambohipo, achat de plantes), pourquoi ?

- Dans quel cas avez-vous recours à l'un, dans quel cas avez-vous recours à l'autre ? Est-ce que cela diffère en fonction de l'âge de la personne ? De son état de santé ? De la maladie qu'il a ?
- Si vous vous procurez les médicaments dans les **pharmacies**, dans quelle pharmacie avez-vous l'habitude d'aller ? Pourquoi ? Donnent-ils des conseils ? Les pharmaciens, agents de comptoirs sont-ils compétents pour la vente ? Quelles sont les « bonnes/mauvaises pharmacies » à Tana ? Pourquoi ?
- Si vous vous les procurez **ailleurs**, où ? Ambohipo ? 67 ha ? Epicerie du coin chez vous ? Pharmacie CSB ? Décrire pourquoi, comment cela se passe ? Donnent-ils des conseils ?
- Systématiquement **consultation** ou seulement dans certains cas ? Combien coûte la consultation ?

PERCEPTION DES MEDICAMENTS DISPONIBLES AILLEURS QU'EN PHARMACIE

- Où peut-on trouver des médicaments ailleurs qu'en pharmacie ?
- Pourquoi on en trouve ailleurs ? différences avec les médicaments disponibles en pharmacie ?
- Que pensez-vous de ces médicaments en termes d'efficacité ?
- A votre connaissance, les médicaments que l'on y trouve soignent quel type de maladie ?
- Et les médicaments chinois ? Indiens ? Français ? Lesquels sont les « bons/mauvais médicaments » pour vous et pourquoi ?

CONNAISSANCES DES POINTS DES POINTS DE VENTE INFORMELS

- D'où viennent ces médicaments ?
- Que pensez-vous des campagnes de lutte contre le marché ?
- Avez-vous entendu parler du comité de lutte ? Est-il efficace à votre connaissance ?
- Est-ce que ces médicaments peuvent avoir des conséquences sur la santé ?
- Les vendeurs sont-ils compétents pour vendre ?

PHARMACIE A DOMICILE

- Avez-vous une pharmacie à domicile ?
- De quoi est-elle composée ? (lieux et raisons d'achats, etc.)
- Que faites-vous des médicaments périmés ?

II. CANEVAS D'ENTRETIEN AVEC LES VENDEURS (« GROSSISTES » ET « PETITS VENDEURS »)

IDENTIFICATION

- Âge
- Situation familiale : marié, enfants
- Provenance
- Autre travail avant ?
- Revendeur : travail à temps plein ?

METIER DE REVENDEUR

- Pourquoi êtes-vous devenu vendeur de médicament ?
- Est-ce un métier facile ou difficile selon vous ? Pourquoi ?
- Comment décririez-vous son rôle de vendeur ? (*vente uniquement ou dispense des conseils aussi ?*) Est-ce que les consommateurs vous demandent des conseils par rapport à quel médicament prendre, la posologie, etc. ? Si oui, où avez-vous appris ces informations ?
- Donnez-vous des conseils à vos clients ?
- Stratégies pour attirer les clients ?

MALADIES EN GENERAL

- Maladies qui posent problème à Tana
- En ce moment, quels sont les médicaments les plus vendus ?

ORGANISATION DU TRAVAIL

- Travaillent en famille/avec intermédiaires, si oui lesquels, pourquoi ?
- Combien de client achètent par jour ?
- Raisons pour lesquelles les consommateurs viennent chez eux
- Concurrence avec les autres revendeurs ?
- Est-ce que vous alignez les prix avec les autres vendeurs dans votre famille ?

- Comment décidez-vous du prix de vente de vos médicaments ?
- Systématisation des ventes (*carnet par consommateur, etc*)
- Vendez-vous uniquement s'il y a ordonnance ?
- Achat des médicaments toujours en échange d'argent ou parfois nature ?

MEDICAMENTS

- Quels médicaments vendez-vous ?
- Sous quelle forme sont-ils vendus ? (*boite d'origine ? par plaquette ? par gélule ?*)
- Connaissez-vous le pays d'origine des médicaments ?
- Y a-t-il une saison « propice » à la vente du médicament ?
- Quand les consommateurs viennent chez vous pour achat, que demandent-ils ? (*Nom du médicament ? Description des symptômes et c'est ensuite à lui de voir ?*)
- Selon vous, y a-t-il des « bons » et des « mauvais » médicaments ? De quoi cela dépend-il ?
- Où vous êtes-vous procuré vos médicaments ?

CONSOMMATEUR

- D'où viennent les personnes qui achètent les médicaments chez vous ? Les connaissez-vous ?
- Est-ce plutôt des hommes, des femmes/des jeunes, des vieux ?
- Appartenance sociale ?
- Achètent-ils plutôt des médicaments pour eux/leurs enfants/des personnes âgées ?
- Pour combien d'argent achètent-ils de médicaments (en moyenne) ?
- A quel moment de l'itinéraire thérapeutique viennent les consommateurs selon vous (*suite à un RDV chez docteur ? suite à la prise de médicament en pharmacie mais qui ont échoué ?*)

- S'il n'y a pas de consultation préalable auprès d'un professionnel de santé, comment le consommateur parvient à identifier quels sont ses besoins en termes de médicament (*nom, posologie, maladie dont il souffre, etc.*)
- Comment évalueriez-vous leur connaissance des médicaments (*nom/posologie/adéquation symptômes, médicament, etc.*) ? (*totalelement inexistante, mauvaise, moyenne, bonne, très bonne*).

III. CANEVAS D'ENTRETIEN AVEC LES INTERMEDIAIRES

IDENTIFICATION

- Âge
- Situation familiale : marié, enfants
- Provenance
- Autre travail avant ?
- Revendeur : travail à temps plein ?

METIER DE REVENDEUR

- Pourquoi êtes-vous devenu intermédiaire?
- Est-ce un métier facile ou difficile selon vous ? Pourquoi ?
- Comment décririez-vous? (vente uniquement ou dispense des conseils aussi ?) Est-ce que les consommateurs vous demandent des conseils par rapport à quel médicament prendre, la posologie, etc. ? Si oui, où avez-vous appris ces informations ?
- Stratégies pour attirer les clients ?

ORGANISATION DU TRAVAIL

- Pour qui travaillent-ils ?
- En collaboration avec les autres intermédiaires ?
- Travaillent avec vendeurs en particulier, si oui lesquels, pourquoi ?
- Combien de client achètent par jour ?
- Raisons pour lesquelles les consommateurs viennent chez eux ?
- Concurrence avec les autres intermédiaires ?
- Comment décidez-vous du prix des médicaments ?
Connaissez-vous les prix chez les vendeurs ?
- Systématisation des ventes (carnet par consommateur, etc)
- Vendez-vous uniquement s'il y a ordonnance ?

- Achat des médicaments toujours en échange d'argent ou parfois nature ?

CONSOMMATEUR

- D'où viennent les personnes qui achètent les médicaments chez vous ? Les connaissez-vous ?
- Est-ce plutôt des hommes, des femmes/des jeunes, des vieux ?
- Appartenance sociale ?
- Achètent-ils plutôt des médicaments pour eux/leurs enfants/des personnes âgées ?
- Pour combien d'argent achètent-ils de médicaments (en moyenne) ?
- A quel moment de l'itinéraire thérapeutique viennent les consommateurs selon vous (*suite à un RDV chez docteur ? suite à la prise de médicament en pharmacie mais qui ont échoué ?*)
- S'il n'y a pas de consultation préalable auprès d'un professionnel de santé, comment le consommateur parvient à identifier quels sont ses besoins en termes de médicament (*nom, posologie, maladie dont il souffre, etc.*)
- Comment évalueriez-vous leur connaissance des médicaments (*nom/posologie/adéquation symptômes, médicament, etc.*) ? (*totalelement inexistante, mauvaise, moyenne, bonne, très bonne*).

IV. CANEVAS D'ENTRETIEN AVEC LES DISTRIBUTEURS PRIVES (PHARMACIENS RESPONSABLES, GROSSISTES REPARTITEURS) ET PUBLIC (SALAMA)

PRESENTATION

- Pouvez-vous me raconter l'histoire de votre entreprise ?
- Connaissez-vous l'histoire de l'apparition des grossistes à Madagascar (année d'implantation, qui était là en premier ?)

LE METIER D'IMPORTATEUR ET DISTRIBUTEUR DE MEDICAMENTS

- En quoi consiste le travail d'un grossiste ? Comment se déroule une commande précisément ? Quel circuit opère le médicament avant d'arriver en pharmacie ?
- Que vendez-vous ?
- Pour l'importation, quelles sont les modalités administratives auxquelles vous êtes soumis ?
- Comment se déroule votre métier au jour le jour ?
- Comment les pharmaciens choisissent avec quel grossiste travailler ?
- Au niveau des prix des médicaments, pourriez-vous m'expliquer quelles marges le font augmenter, entre le prix d'usine et le prix de vente ?
- En tant que grossiste pouvez-vous vendre au détail ?
- Est-ce que certains GR sont en contrat d'exclusivité avec des labo ? et quel sont les avantages pour ces labo d'être en exclusivité ?
- Quelles sont les difficultés auxquelles vous vous confrontez en tant que distributeur de médicaments ?

LE MARCHE PHARMACEUTIQUE MALGACHE

- Au niveau international, le marché pharmaceutique malgache est-il intéressant pour les laboratoires pharmaceutiques ?

- Quels sont les grossistes principaux sur l'île selon vous ? Et comment se distribue le marché ? Pourquoi tant de grossistes répartiteurs ?
- Pourquoi certains laboratoires arrêtent de payer les AMM pour des produits déjà commercialisés à Mada ?
- Selon vous quelles sont les particularités du marché malgache du médicament ?
- Préférez-vous travailler avec des pharmaciens ou des dépositaires de médicaments ?

LE MARCHE INFORMEL

- Que savez-vous du marché informel du médicament ?
- Selon vous, quels sont les moteurs de ce marché informel ?
- Que connaissez-vous du phénomène de contrefaçon pharmaceutique à Madagascar ?
- Quel avantage d'acheter ses médicaments sur le marché illicite ?
- D'où viennent ces médicaments ?
- Émergence du marché illicite ?