



HAL
open science

Le marché illicite des médicaments à Madagascar

Maëva Andrianandrasana

► **To cite this version:**

Maëva Andrianandrasana. Le marché illicite des médicaments à Madagascar. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01671304

HAL Id: dumas-01671304

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671304v1>

Submitted on 22 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE
DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 18 DECEMBRE 2017

PAR

MME MAEVA ANDRIANANDRASANA

Née le 10 JANVIER 1991 à MARSEILLE

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :
LE MARCHE ILLICITE DES MEDICAMENTS A MADAGASCAR

JURY :

Président : Mme Le Professeur Frédérique GRIMALDI

Membres : M. Le Docteur Romaric LACROIX
M. Le Docteur Jérémie KOUYOUMDJIAN

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. Philippe CHARPIOT, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	M. David BERGE-LEFRANC, M. François DEVRED, Mme Caroline DUCROS, Mme Pascale BARBIER
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Jean-Pierre REYNIER
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Jacques BARBE, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI,
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Sandrine NOURIAN
<i>Responsable de la scolarité :</i>	Mme Myriam TORRE

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIO-INGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

CULTURE ET THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Caroline MONTET

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET
CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN
Mme Florence SABATIER-MALATERRE

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE
ET ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

Mme Dominique JOURDHEUIL-
RAHMANI
M. Thierry AUGIER
M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Nathalie BARDIN
Mme Dominique ARNOUX
Mme Aurélie LEROYER
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

Mme Michèle LAGET
M. Michel DE MEO
Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Sylvie COINTE

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

M. Henri PORTUGAL
Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES
ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Philippe GALLICE

CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE
– CHIMIE THERAPEUTIQUE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE,
HOMEOPATHIE

Mme Evelyne OLLIVIER

PROFESSEURS ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (P.A.S.T.)

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE

M. Jean-Pierre CALISSI

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL
Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
Mme Elisabeth SCHREIBER-
DETURMENY

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine DEFOORT
M. Alain NICOLAY
Mme Estelle WOLFF
Mme Elise LOMBARD

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC
M. Pierre REBOUILLON

CHIMIE THERAPEUTIQUE

Mme Catherine DIANA
Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT
Mme Caroline DUCROS
M. Marc MONTANA

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE
HYDROLOGIE

M. Armand GELLIS
M. Christophe CURTI
Mme Julie BROGGI
M. Nicolas PRIMAS
M. Cédric SPITZ
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE

M. Riad ELIAS
Mme Valérie MAHIOU-LEDDET
Mme Sok Siya BUN
Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Anne-Marie PENET-LOREC

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Thierry ATHUYT

DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE

M. Marc LAMBERT

DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE
ET GESTION DE LA PHARMAFAC

M. Philippe BESSON

AHU

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

Mme Manon ROCHE

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE

Mme Camille DESGROUAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Athanassios ILIADIS
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	Mme Suzanne MOUTERDE-MONJANEL
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Hot BUN M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD M. Stéphane HONORÉ Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACODYNAMIE	M. Philippe GARRIGUE
-----------------	----------------------

ATER

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlel BOUHLEL
-----------------	---

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Nathalie AUSIAS, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Gérard CARLES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Christine PENOT-RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Stéphane PICHON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Alain RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mise à jour le 1^{er} décembre 2015

Remerciements

A mon jury,

Mme Le Professeur Frédérique GRIMALDI, ma directrice de thèse et présidente de jury, merci infiniment d'avoir accepté de suivre mon travail. Merci également pour votre sympathie, votre disponibilité et pour la motivation que vous avez su me donner.

M. Le Docteur Jérémie KOUYOUMDJIAN, tu me fais l'honneur d'être membre de mon jury et cela signifie beaucoup pour moi. Merci pour ton amitié et ta bienveillance. Tu es un véritable modèle pour moi.

M. Le Docteur Romaric LACROIX, merci de l'intérêt que tu portes à ma thèse en acceptant de faire partie de mon jury. Pharmacien de métier mais historien dans l'âme, tu m'as toujours impressionnée par ta passion et tes multiples connaissances ; aujourd'hui j'ai le plaisir de pouvoir enfin t'apprendre quelque chose.

A ma famille,

Rij, mon mari et mon meilleur ami, ton amour et ton soutien sont ce qu'il y a de plus précieux pour moi. Merci d'être arrivé dans ma vie et d'avoir volé mon cœur. Pas un seul jour ne passe sans que tu ne me fasses rire et que tu n'égayes mon quotidien. La vie à tes côtés est une aventure merveilleuse. Tu fais de moi une femme comblée.

Maman, Papa, merci de m'avoir élevée avec tout l'amour et la patience dont vous pouviez faire preuve. Je suis tellement reconnaissante de vous avoir. Et merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue durant ces longues années d'études ; je ne serais jamais arrivée là où je suis sans vous. Ce travail et ma réussite vous sont entièrement dédiés.

Dou, merci pour le grand frère bienveillant que tu as toujours été (sauf quand il s'agissait de partager ton goûter). Je me souviens encore de ce jour où tu as passé une heure à me consoler parce que j'avais perdu toute motivation dans mes études. Merci aussi car mon installation à Marseille ne se serait pas aussi bien passée si tu n'avais pas été là. Tu m'as ouvert ton univers et présenté tes amis qui sont aujourd'hui les miens. D'ailleurs, l'un d'eux est devenu ton beau-frère adoré...

Lau, quel bonheur d'avoir une sœur comme toi, notre complicité est sans égale. Merci d'être toujours là pour moi. Je souris en repensant à ces après-midis entières passées au téléphone à réviser (et surtout rigoler) ensemble, même si on était à des kilomètres l'une de l'autre. Mes études auront été bien plus supportables grâce à toi. Je n'oserai pas écrire le mot commençant par « T » qui résume si bien notre relation dans cette thèse mais je n'en pense pas moins... Je t'aime mon baranjely.

A mes amis d'enfance,

Hoby, Marie, Tim, Tom, Ylias, il y a des amitiés qui survivent au temps et à la distance... La nôtre en fait partie. Merci d'avoir embelli mon enfance et mon adolescence, tous ces souvenirs resteront gravés en moi. Nos retrouvailles sont à chaque fois une réelle joie et même après toutes ces années, c'est comme si on ne s'était jamais quittés. J'espère qu'il y en aura des tas d'autres.

A mes amis de Marseille et d'Aix,

Annouf, Aurel, Laeti, Laure-Elya, Mumu, Su, Tim et tous les autres, mon attachement à Marseille est en grande partie dû à votre présence. Merci pour votre amitié et votre bonne humeur. J'ai une pensée particulière pour ceux qui ont été là pendant la période délicate de mon arrivée dans la cité phocéenne. Vous avez été d'un énorme soutien. Et une mention spéciale à mes deux colocos de fortune qui m'ont gentiment supportée... Elles se reconnaîtront.

Danny, merci pour ton accueil exceptionnel lors de mon épisode à Montpellier. A seize ans on avait refait le monde ensemble, et aujourd'hui je suis heureuse de voir comment tu as pu évoluer de ton côté. Tu restes un ami précieux pour moi.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de cette thèse,

Notamment **Mme Baovola RAJAOSAFARA** et **M. Solofionona RAZAKAFONIAINA**, qui m'ont partagé leurs connaissances et accordé de leur temps pour répondre à mes nombreuses questions. Un grand merci à eux pour leur aide et leur disponibilité.

Enfin, à Celui qui est de toute éternité,

Mon Dieu et mon Roi, à qui je dois absolument tout.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Sommaire

Liste des abréviations.....	9
Liste des tableaux.....	11
Liste des figures.....	12
Introduction.....	13
1. Présentation de Madagascar.....	14
1.1. Situations géographique et démographique.....	14
1.1.1. Relief.....	15
1.1.2. Climat.....	16
1.1.3. Faune et flore.....	16
1.1.4. Organisation territoriale et administrative.....	17
1.1.5. Population.....	18
1.1.5.1. Données démographiques.....	18
1.1.5.2. La société malgache.....	19
1.2. Histoire du pays.....	20
1.2.1. Les origines du peuple malgache.....	20
1.2.2. La pénétration européenne.....	20
1.2.3. La royauté malgache : l’histoire des merina.....	22
1.2.4. La période coloniale.....	24
1.2.5. La lutte pour l’indépendance.....	24
1.2.6. La République malgache.....	25
1.2.6.1. La Première République.....	25
1.2.6.2. La Deuxième République.....	26
1.2.6.3. La Troisième République.....	26
1.2.6.4. La crise politique de 2001-2002.....	27
1.2.6.5. L’État de transition.....	27
1.2.6.6. A la recherche d’une stabilité politique.....	29
1.3. Situation politique.....	29
1.4. Situation socio-économique.....	30
1.4.1. La situation en 2008.....	31
1.4.2. Les conséquences de la crise : l’état du pays en 2013.....	31
1.4.3. L’évolution depuis 2014.....	32
1.5. Santé et éducation.....	33

1.5.1. Santé.....	33
1.5.1.1. La situation sanitaire actuelle.....	33
1.5.1.2. Les conséquences de l’insalubrité.....	34
1.5.2. Éducation.....	35
2. Système national de santé et de la protection sociale.....	36
2.1. Historique du système de santé.....	36
2.2. Organisation du système de santé.....	38
2.2.1. Les différents niveaux d’institution.....	38
2.2.2. Les différents secteurs du système de santé.....	39
2.2.3. Organisation des soins.....	39
2.2.3.1. Le secteur public.....	39
2.2.3.2. Le secteur privé.....	43
2.2.4. Les limites de l’offre de soins.....	43
2.3. La sécurité sociale.....	46
2.4. La population pharmaceutique.....	47
2.5. L’administration pharmaceutique.....	48
2.5.1. La Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle.....	48
2.5.2. L’Agence du Médicament de Madagascar.....	48
2.6. Le circuit du médicament.....	49
2.6.1. Le secteur public.....	49
2.6.1.1. La centrale d’achat SALAMA.....	49
2.6.1.2. Financements.....	50
2.6.2. Le secteur privé.....	52
2.6.2.1. Les acteurs du circuit du médicament dans le privé.....	52
2.6.2.2. Politique de prix des médicaments.....	53
2.6.2.3. La répartition géographique de la branche pharmaceutique.....	53
3. Le marché illicite des médicaments.....	54
3.1. Définitions.....	54
3.1.1. Dans le monde.....	55
3.1.2. A Madagascar.....	57
3.2. L’émergence du marché illicite à Madagascar.....	57
3.3. Organisation du marché illicite : le cas du quartier d’Ambohipo.....	58
3.3.1. L’approvisionnement.....	58
3.3.1.1. Les dépôts pharmaceutiques.....	58

3.3.1.2. Les officines.....	58
3.3.1.3. Internet.....	59
3.3.2. La vente.....	59
3.3.2.1. Une affaire familiale.....	59
3.3.2.2. Les points de vente.....	59
3.3.2.3. Les racoleurs.....	59
3.3.2.4. La concurrence entre vendeurs.....	60
3.3.2.5. Un semblant de dispensation.....	60
3.3.2.6. La vente en province.....	61
3.3.2.7. Un commerce lucratif ?.....	61
3.4. La clientèle d'Ambohipo.....	61
3.4.1. Les particuliers.....	61
3.4.2. Des professionnels de santé.....	62
3.5. Les dangers du marché illicite.....	62
3.5.1. Les médicaments frauduleux.....	62
3.5.2. Les « vrais » médicaments.....	63
3.5.3. Le stockage.....	63
3.5.4. Des conséquences économiques.....	64
3.6. Les raisons de la subsistance du marché illicite.....	64
3.6.1. L'accessibilité financière des médicaments : l'étude OMS/HAI.....	64
3.6.1.1. Contexte de l'étude.....	64
3.6.1.2. Résultats.....	65
3.6.1.3. Conclusion de l'étude.....	69
3.6.1.4. Situation actuelle.....	69
3.6.2. La proximité sociale et culturelle.....	70
3.6.3. La flexibilité des vendeurs.....	70
3.6.4. L'accessibilité géographique et la qualité de service.....	71
3.6.5. L'ignorance.....	71
3.6.6. La responsabilité des autorités.....	72
3.7. Les moyens de lutte : un comité spécialisé.....	73
3.7.1. Le Comité National de 2009 à 2015.....	73
3.7.1.1. Sa création.....	73
3.7.1.2. Ses actions.....	74
3.7.2. Le Comité Interministériel depuis 2015.....	75

3.7.2.1. Sa création.....	75
3.7.2.2. Ses actions.....	75
3.7.3. Une volonté politique réaffirmée.....	76
3.7.4. Stratégies de lutte : le plan d'action 2017-2021.....	76
3.7.4.1. Volet législation et réglementation.....	77
3.7.4.2. Volet pharmaceutique.....	78
3.7.4.3. Volet social et sensibilisation.....	79
3.7.5. Mise en œuvre du plan d'action.....	79
4. Les différentes perspectives d'amélioration.....	81
4.1. Propositions du PSNLCMIM.....	81
4.1.1. Le système de traçabilité des médicaments authentiques.....	81
4.1.1.1. Un double avantage.....	81
4.1.1.2. Un inconvénient de taille.....	82
4.1.2. Les Remèdes Traditionnels Améliorés.....	83
4.1.2.1. Intégration dans le système de soin.....	83
4.1.2.2. Homéopharma.....	83
4.1.3. La Couverture Santé Universelle (CSU).....	84
4.2. Réflexions personnelles.....	86
4.2.1. Respect du budget alloué à la santé.....	86
4.2.2. Favoriser l'industrie pharmaceutique locale.....	87
4.2.3. Dérogation du MINSANP pour l'exonération de l'AMM.....	88
Conclusion.....	89
Références bibliographiques.....	91
Annexes.....	98

Liste des abréviations

AMI : Assistance Médicale Indigène
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CHD : Centre Hospitalier de District
CHR : Centre Hospitalier de Région
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CILCMIM : Comité Interministériel de Lutte Contre le Marché Illicite des Médicaments à Madagascar
CNAPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNLCMIM : Comité National de Lutte Contre le Marché Illicite des Médicaments à Madagascar
CSB : Centre de Santé de Base
CSU : Couverture Santé Universelle
DPLMT : Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle
DRSP : Direction Régionale de la Santé Publique
FANOME : Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicaments ou « *Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko* »
FE : Fonds d'Équité
FMI : Fonds Monétaire International
HAI : Health Action International (Action Internationale pour la Santé)
HAT : Haute Autorité de Transition
HVM : parti politique « *Hery Vaovao n'i Madagasikara* » (La nouvelle force de Madagascar)
IRACM : Institut de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments
MAPAR : parti politique « *Miaraka Amin'ny Prezida Andry RAJOELINA* » (Avec le président Andry RAJOELINA)
MDRM : Mouvement Démocratique de la Rénovation Malgache
MINSANP : Ministère de la Santé Publique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONP : Ordre National des Pharmaciens
OSTIE : Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter Entreprise
PhaGDis : Pharmacies de Gros de District
PhaGeCom : Pharmacies à Gestion Communautaire

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

pS-Eau : Programme Solidarité Eau

PSNLCMIM : Plan Stratégique National pour la Lutte contre la Contrefaçon et le Marché Illicite des Médicaments

RTA : Remèdes Traditionnels Améliorés

SADC : Southern African Development Community (Communauté de développement d'Afrique australe)

SALAMA : Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Consommables Médicaux de Madagascar

SDSP : Service de District de la Santé Publique

SN-CSU : Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle

TGV : parti politique « *Tanora Gasy Vonona* » (Les Jeunes Malgaches Prêts)

TIM : parti politique « *Tiako i Madagasikara* » (J'aime Madagascar)

Liste des tableaux

Tableau 1 : La répartition (en pourcentage) de la population malgache par province.....	18
Tableau 2 : Comparaison des données démographiques malgaches et françaises en 2015.....	19
Tableau 3 : Répartition de l'activité économique par secteur.....	31
Tableau 4 : Résumé de l'offre de soins des différentes structures de santé à Madagascar.....	42
Tableau 5 : Le nombre total de formations sanitaires à Madagascar en 2015.....	43
Tableau 6 : La répartition des officines et des grossistes à Madagascar en 2014.....	53
Tableau 7 : Chiffres relatifs au commerce de médicaments frauduleux dans le monde en 2016.....	56
Tableau 8 : Comparaison de deux traitements antihypertenseurs dans le secteur privé, sous forme de comprimés, prescrits pour une durée d'un mois.....	65
Tableau 9 : Le prix du Salbutamol dans le secteur privé.....	66
Tableau 10 : Le prix du Salbutamol dans les dépôts pharmaceutiques.....	66
Tableau 11 : Comparaison des coûts de trois antibiothérapies chez l'adulte.....	67
Tableau 12 : Coût d'une antibiothérapie chez l'enfant.....	68
Tableau 13 : Coût du traitement de la douleur chez l'enfant pour 45ml de suspension à administrer	68
Tableau 14 : Liste non exhaustive des mesures prévues pour le volet législation et réglementation du plan d'action de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments.....	77
Tableau 15 : Liste non exhaustive des mesures prévues pour le volet pharmaceutique du plan d'action de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments.....	78
Tableau 16 : Liste des mesures prévues pour le volet pharmaceutique du plan d'action de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments.....	79

Liste des figures

Figure 1 : Localisation de Madagascar sur le globe.....	14
Figure 2 : Carte de Madagascar.....	14
Figure 3 : Les 6 provinces de Madagascar.....	17
Figure 4 : Le découpage des 6 provinces en 22 régions.....	18
Figure 5 : Une « montagne d’ordures » dans le quartier de Bekiraro à Tananarive.....	34
Figure 6 : Le système national de santé à Madagascar.....	39
Figure 7 : L’organisation des soins à Madagascar.....	40
Figure 8 : Hiérarchie du personnel dans les différents établissements de soins.....	43
Figure 9 : Les trois lits du dispensaire de la commune d’Antanambao-Manampontsy, 2012.....	45
Figure 10 : Vaccins conservés dans une glacière solaire.....	45

Introduction

Le trafic de médicaments est un problème de santé publique majeur qui inquiète particulièrement la communauté internationale. Longtemps considéré comme la « plaie des pays pauvres », sa pénétration dans de nombreux pays développés, favorisée notamment par Internet, l'élève aujourd'hui au rang de fléau mondial. Mais si les pays développés arrivent globalement à contenir ce phénomène, ce n'est pas le cas dans de nombreux pays en développement.

Madagascar est une île de l'Océan Indien appartenant au continent africain. Malgré la multitude des richesses qu'offrent ses terres, ce pays est classé parmi les plus pauvres du monde. Ébranlée par de nombreuses crises politiques et rongée par la gangrène de la corruption, la « Grande Ile » souffre de situations économique et sanitaire particulièrement difficiles : un terrain malheureusement favorable à l'expansion d'un marché illicite de médicaments, qui sévit depuis la fin des années 70.

Quels sont les tenants et aboutissants de ce marché à Madagascar ? Comment s'organise-t-il et pourquoi continue-t-il à subsister dans le pays ? Quelles sont les propositions et actions engagées par l'État afin de lutter contre ce fléau ?

Afin de répondre à ces questions, nous verrons dans un premier temps comment l'histoire de Madagascar a pu influencer ses contextes politique, socio-économique et sanitaire actuels. Dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur le système national de santé, en détaillant d'une part les offres de soin et de sécurité sociale proposées à la population malgache, et d'autre part le circuit du médicament. Nous nous intéresserons ensuite au marché illicite du médicament : ses origines, son organisation actuelle, ses conséquences et les moyens de lutte mis en œuvre par l'État. Enfin, nous développerons quelques perspectives d'amélioration qui pourraient être appliquées pour diminuer - voire éradiquer - ce marché.

1. Présentation de Madagascar

1.1. Situations géographique et démographique

La République de Madagascar, ou *Repoblikan'i Madagasikara*, est un État insulaire d'Afrique situé au large des côtes du Sud-Est du continent, dont il est séparé par le canal du Mozambique. Surnommée la « Grande Ile », « l'île-continent » ou encore « l'île Rouge »¹, Madagascar baigne dans l'Océan Indien, tout comme ses îles voisines, dont les plus connues sont les Comores, la Réunion, l'Île Maurice, les Seychelles, et Mayotte.

D'une superficie d'environ 587 000 km², c'est la cinquième plus grande île du monde après l'Australie, le Groenland, la Nouvelle-Guinée et Bornéo. En comparaison, la Corse a une superficie de 8.680 km² et la France métropolitaine d'environ 544 000 km².



Figure 1 : Localisation de Madagascar sur le globe (2)



Figure 2 : Carte de Madagascar (3)

1 Ce surnom a été donné en référence à la latérite, sol rouge riche en oxyde de fer et alumine, devenant impropre à la culture sous l'effet de l'alternance saison sèche/saison humide. La déforestation, l'agriculture sur brûlis ou *tavy*, et l'élevage extensif d'immenses troupeaux de zébus ont contribué à ce que la latérite se forme massivement, et recouvre une grande partie du territoire malgache de cette cuirasse rouge stérile (1).

1.1.1. Relief (4-6)

Madagascar est caractérisée par une grande variété de paysages. Son relief accidenté crée une dissymétrie entre l'Est et Ouest, et un fort contraste entre les hautes terres centrales et les régions côtières (7). Ses 5000 km de côtes sont parsemées de petites îles (*nosy* en malgache) dont les plus touristiques sont Nosy Be au Nord et l'île Sainte Marie à l'Est. De manière générale, on peut distinguer cinq régions géographiques principales :

- Au centre, un plateau montagneux aux reliefs volcaniques, baptisé « **Hautes Terres** » ou « **Hauts Plateaux** », domine l'île. Dans cette région atteignant les 1500 mètres d'altitude, on y retrouve plusieurs zones forestières, des lacs, ainsi que des fleuves et des rivières qui se déversent dans le canal du Mozambique à l'Ouest ou se jettent en cascade dans l'Océan Indien à l'Est. C'est également là qu'est nichée la capitale de l'île, Antananarivo ou Tananarive en français.

- A l'**Est**, le plateau s'abaisse brusquement en deux gradins successifs vers l'Océan Indien. Du Nord au Sud, le littoral est parcouru d'une étroite bande côtière aux lagons protégés par une barrière de corail. Ce versant de l'île bénéficie d'un climat tropical humide et d'une flore dense et diversifiée, où il est parfois difficile de pénétrer.

- Sur la côte **Ouest**, le plateau descend de façon plus progressive, jusqu'à former les deux grands bassins sédimentaires de Majunga au Nord-Ouest, et de Morondava à l'Ouest et au Sud-Ouest. Drainée par les plus grands fleuves de l'île (Sofia, Mahajamba, Betsiboka...), cette région est caractérisée par sa mangrove importante - 98% de la mangrove totale (8) - et ses innombrables baobabs. Malheureusement, la plupart de ses arbres ont disparu et continuent à disparaître du fait de grands feux de brousse dont elle est victime chaque année. Au fil du temps, la forêt primaire a laissé place à de vastes savanes recouvertes d'une végétation moins luxuriante, dont le *bozaka*, graminée utilisée dans l'alimentation du zébu.

- Le **Nord**, plus enclavé, offre un relief complexe et diversifié, entre cuvettes fertiles et formations cristallines et volcaniques. Véritable terre de contrastes, le Nord est la rencontre entre le canal du Mozambique et l'Océan Indien, les forêts tropicales et les savanes, les montagnes et les plages de sable blanc. Cette partie de l'île abrite la région de Sava, la capitale mondiale de la vanille. A l'extrême Nord se dresse la montagne d'Ambre, recouverte d'une forêt abondante, qui surplombe la baie naturelle de Diégo-Suarez. Plus au Sud, le massif du Tsaratanana est le point culminant de l'île (2886 mètres).

- Enfin, la région du **Sud**, qui se distingue par son climat semi-aride, est constituée d'immenses étendues de sable roux. De par sa brève saison des pluies, sa végétation est essentiellement composée de diverses espèces de plantes épineuses adaptées à la sécheresse, telle que le bush.

1.1.2. Climat (4,5)

Traversée par le tropique du Capricorne, Madagascar bénéficie d'un climat tropical. L'île ne connaît que deux saisons principales : la saison chaude, correspondant à la saison des pluies (novembre à avril), et un « hiver » doux de mai à octobre.

Les températures moyennes annuelles varient sur les côtes entre 24 °C (Sud) et 27 °C (Nord), et 16,5 °C sur les Hauts Plateaux, où la saison fraîche est plus marquée.

Au niveau des précipitations, le versant Est est le plus arrosé (entre 2000 et 3500 mm par an). Les Hauts Plateaux et le Nord-Ouest, exposés à la mousson, reçoivent environ 1500 mm par an. En revanche, l'Ouest et le Sud-Ouest connaissent une saison sèche très marquée (moins de 800 mm par an). Enfin, l'extrême Sud, au climat semi-aride, ne bénéficie que de 400 mm par an, mais possède une température moyenne moins élevée qu'ailleurs.

Pendant l'été austral, de janvier à mars, Madagascar subit une période cyclonique plus ou moins marquée selon les années. La côte Est y est particulièrement exposée.

1.1.3. Faune et flore

Madagascar est caractérisée par son incroyable diversité biologique : le pays compte en effet près de 12 000 espèces de plantes et 1000 espèces de vertébrés, dont le degré d'endémicité oscille entre 80 et 90%. L'hétérogénéité des reliefs et des climats favorise le développement d'une flore exceptionnelle de par sa variété, sa beauté et son originalité, et les milieux naturels abritent encore des espèces d'animaux rares, comme certains serpents non venimeux, le lémurien, le *fosa*² ou encore de nombreuses variétés d'iguanes et de batraciens.

Malheureusement, cette richesse a considérablement réduit, la destruction de la forêt primaire ayant entraîné la disparition de plusieurs espèces (4,9).

2 Fosa : mammifère féliniforme endémique de Madagascar.

1.1.4. Organisation territoriale et administrative

D'un point de vue géographique, le pays est découpé en six provinces ou *faritany* qui portent le même nom que leur ville principale :

1- Tananarive ou *Antananarivo*

2- Diégo-Suarez ou *Antsiranana*

3- Fianarantsoa

4- Majunga ou *Mahajanga*

5- Tamatave ou *Toamasina*

6- Tuléar ou *Toliara*

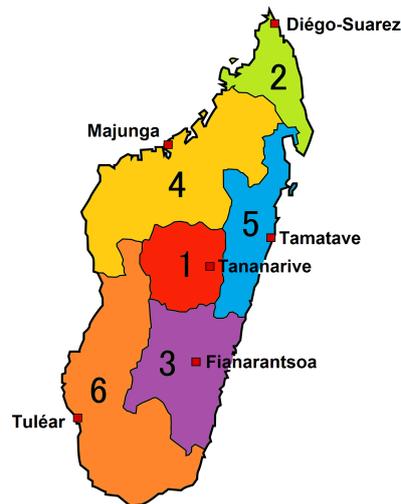


Figure 3 : Les 6 provinces de Madagascar (10)

D'un point de vue administratif, il existe quatre autres niveaux de subdivision :

- les provinces sont découpées en régions ou *faritra* ;
- les régions en départements/districts ou *departemanta* ;
- les départements en communes ou *kaominina* ;
- les communes en villages/quartiers ou *fokontany*.

Il y a en tout 22 régions, 112 départements/districts, 1395 communes et 17 454 villages/quartiers (10). Le pays a été organisé comme tel par le gouvernement en 2004, de façon à ce que chaque région entre en autonomie d'un point de vue administratif et financier (11).

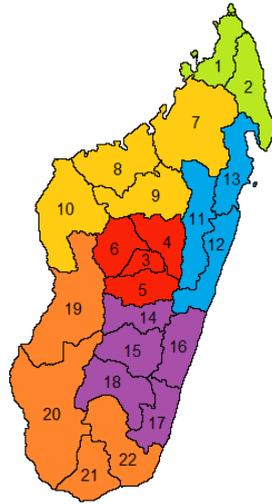


Figure 4 : Le découpage des 6 provinces en 22 régions (12)

1.1.5. Population

1.1.5.1. Données démographiques

Selon la Banque Mondiale, Madagascar hébergerait plus de 24 millions d'habitants en 2016 (13). Sa capitale, Tananarive, est de loin la plus peuplée, avec une population estimée d'environ 1,4 millions d'habitants. Suivent Tamatave (environ 200 000 habitants), Antsirabe (ville du sud de la province de Tananarive, environ 180 000 habitants), Fianarantsoa (environ 160 000 habitants), Majunga (environ 150 000 habitants), Tuléar (environ 110 000 habitants), et Diégo-Suarez (environ 80 000 habitants) (14). La population est répartie assez inégalement entre les six provinces du pays :

Provinces	Population (en %)
Tananarive	29,04
Fianarantsoa	20,79
Tamatave	15,26
Tuléar	15,18
Majunga	12,04
Diégo-Suarez	7,70

Tableau 1 : La répartition (en pourcentage) de la population malgache par province (15)

Le peuple malgache est très jeune : en 2016, 64% a moins de 25 ans, 47% a moins de 15 ans, et moins de 3% a plus de 65 ans (16).

Le pays compte par ailleurs 38,9% de mères adolescentes (femmes âgées de 15 à 19 ans qui sont enceintes ou qui ont des enfants) (13). En 2012, la mortalité maternelle est de 478 décès pour 100 000 naissances vivantes (16). Le taux de mortalité infantile³ est également important.

Indice	Madagascar	France
Taux de natalité	33,4‰	12‰
Taux de mortalité infantile	35,9‰	3,5‰
Taux de fertilité (nombre d'enfant par femme)	4,2	2
Croissance démographique	2,7%	0,4%
Espérance de vie à la naissance	65,5 ans	82,6 ans

Tableau 2 : Comparaison des données démographiques malgaches et françaises en 2015 (13)

1.1.5.2. La société malgache

Le peuple malgache est divisé en 18 ethnies bien distinctes, chacune ayant ses propres traditions et coutumes et sa propre variété linguistique. Mais malgré cela, il existe une certaine unité de langue dans toute l'île. Le français est la deuxième langue officielle du pays.

La religion principale de l'île est le « culte des ancêtres » (50% de la population), croyance selon laquelle les défunts resteraient en relation étroite avec les vivants. Le christianisme est également très présent (45%), dont 25% de catholiques et 20% de protestants. Enfin, l'islam est pratiqué par 5% du peuple malgache (17).

³ Le taux de mortalité infantile est le nombre d'enfants qui décèdent avant d'atteindre l'âge de un an pour 1000 naissances vivantes au cours d'une année donnée.

1.2. Histoire du pays (4,5,18,19)

1.2.1. Les origines du peuple malgache

Les origines du peuplement de Madagascar restent encore mystérieuses. Il serait le résultat du mélange des *Vazimba*⁴, autochtones des hauts-plateaux centraux (région actuelle de l'*Imerina*⁵), et d'immigrants venus d'Indonésie d'abord, vers le VIIIe ou le IXe siècle, puis d'Afrique. Cette double origine asiatique et africaine est retrouvée dans les traits du peuple malgache actuel, qui est très hétérogène : tandis que les habitants des côtes ont le teint foncé et les cheveux crépus, ceux des hauts-plateaux ont la peau plus claire, les cheveux lisses, et parfois les yeux bridés. Des commerçants arabes, ou du moins des groupes islamisés, auraient également débarqué sur l'île, certaines ethnies du nord-est présentant de nos jours quelques traits de culture arabe. Toutes ces différentes vagues d'immigrations expliqueraient les divers héritages culturels, religieux et linguistiques qui ont construit l'identité unique de Madagascar.

Les migrants d'origine malayo-indonésienne auraient développé la culture de la banane, de la canne à sucre et du riz par rizière inondée, et la pirogue à balancier. Les africains auraient quant à eux apporté la culture sur brûlis (*tavy*), le port de la tige (*lamba*), et importé certains animaux domestiques et certaines pratiques d'élevage, en particulier celle du zébu. De leur côté, les arabes auraient introduit la religion musulmane, encore présente aujourd'hui sur l'île, la pratique de la circoncision, ainsi qu'une activité de commerce d'épices, d'aromates et de plantes médicinales. L'influence arabe s'étendrait même jusqu'à la langue malgache, cette dernière présentant de grandes similitudes avec la langue arabe pour les noms des jours, des mois et des saisons.

De là sont nés différents groupes ethniques qui, à la suite de plusieurs migrations intérieures, ont occupé leur territoire géographique actuel dès la fin du XVe siècle.

1.2.2. La pénétration européenne

Le premier européen à débarquer sur l'île fut un navigateur portugais du nom de Diego DIAZ, le 10 août de l'année 1500, le jour de la Saint-Laurent, la baptisant alors « île Saint-Laurent ». Située sur la route des Indes ou « route des épices », itinéraire fréquemment emprunté par les

4 Vazimba : « ceux des forêts ». Selon les mythes malgaches, les vazimba sont de petits hommes à la peau cuivrée et au crâne plat, proches des pygmées.

5 Imerina : « pays qu'on voit de loin sous le jour ».

vaisseaux européens à partir de la fin du XVI^e siècle, Madagascar devient alors un point d'étape incontournable pour les portugais, hollandais, anglais et français venus y prendre des vivres. Tour à tour, chacun tente d'installer ses colonies sur les côtes - l'intérieur de la Grande Ile demeurant largement inconnue des européens jusqu'au début du XIX^e siècle-, mais toutes ces tentatives d'implantations sont infructueuses.

Ce sont en définitive les établissements français qui se révèlent les plus durables au XVII^e siècle. En mars 1642, Jacques PRONIS, commis de la Compagnie des Indes Orientales⁶ et Gouverneur de Madagascar jusqu'en 1648, accompagné d'une équipe de plusieurs colons, débarque sur l'île avec pour objectif de fonder un comptoir commercial en tant que point de ravitaillement et de « rafraîchissement » sur la route des Indes. C'est ainsi qu'il établit en 1643, sur la presqu'île de Tholongar (*Tolagnaro* en malgache), le comptoir français de Fort-Dauphin, nommé ainsi en l'honneur du futur roi soleil, Louis XIV. Ce comptoir donnera son nom à l'actuelle presqu'île, puisqu'elle est aujourd'hui appelée Fort-Dauphin dans la langue française. L'occupation de Fort-Dauphin, qui durera trente ans (1642-1672), autorisera le roi Louis XIV à annexer théoriquement Madagascar à la France sous le nom d'« île Dauphine », en 1665.

Pourtant bien accueillis au départ par la population locale de Tholongar, les colons français seront progressivement rejetés en raison de leurs comportements esclavagistes, jusqu'au massacre de plusieurs d'entre eux le 25 décembre 1672. En 1674, ils quittent Fort-Dauphin pour se concentrer sur la Réunion et l'île Maurice, colonies françaises appelées respectivement à cette époque « île Bourbon » et « île de France ».

Désertée par les colonisateurs, Madagascar devient alors un repaire pour les pirates, mais également pour les commerçants. Prisée pour son riz, ses bœufs et ses esclaves, la Grande Ile restera longtemps convoitée par les français puisqu'ils tentent de s'y rétablir deux fois entre 1768 et 1786, mais en vain. Cependant, le traitant⁷ Sylvain ROUX, à la fin du siècle, fonde d'autres comptoirs à Foulpointe et à Tamatave. Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle et au cours du XIX^e siècle, Fort-Dauphin demeurera un port commercial important, très fréquenté par les flottes navigant dans l'Océan Indien.

6 Compagnie des Indes Orientales : Association chargée de créer une colonie à Madagascar et d'établir des comptoirs en Inde. Elle fut fondée en 1664 par Louis XIV, à l'instigation de COLBERT (20).

7 Traitant : nom donné à l'époque pour les commerçants.

1.2.3. La royauté malgache : l'histoire des merina

A l'intérieur des terres, Madagascar voit naître de multiples royaumes. Les différents groupes ethniques qui se sont formés constituent de véritables sociétés politiques, souvent rivales entre elles. Certains connaissent une organisation monarchique, d'autres non. Au centre des hauts-plateaux, les merina⁸ ont établi leurs villages fortifiés sous la direction du roi RALAMBO (1575-1610).

1610 : Fondation de la ville d'Analamanga par ANDRIANJAKA, le successeur de RALAMBO. Cette ville deviendra par la suite la capitale, Tananarive.

Début du XVIIIe siècle : Les divisions entre les différents clans issus de leur ancêtre RALAMBO et les partages successoraux amènent l'Imerina à se scinder en quatre royaumes qui resteront en conflit pendant plusieurs années.

1787 : Arrivée au pouvoir d'ANDRIANAPOINIMERINA⁹, dirigeant d'un des royaumes qui rétablit l'unité politique en s'emparant des trois autres. Il transfère sa capitale d'Ambohimanga à Tananarive et ouvre, par son règne, l'ère moderne de la Grande Ile. Il conduit une politique de développement économique et agricole qui fera ses preuves, et renforce son pouvoir en créant des alliances avec les autres royaumes. Méfiant des étrangers, il tolère néanmoins le commerce européen afin de se procurer des armes à feu en échange d'esclaves. Il est aujourd'hui considéré dans l'histoire comme le premier roi de Madagascar.

1810 : ANDRIANAPOINIMERINA décède et son fils RADAMA Ier (1810-1828), grand admirateur de Napoléon Ier, lui succède. Plusieurs diplomates étrangers lui reconnaissent alors le titre de « roi de Madagascar ».

1817 : Signature d'un traité avec la Grande-Bretagne faisant bénéficier RADAMA Ier d'une assistance financière, technique et militaire (livraison d'armes et constitution d'une armée formée par des instructeurs militaires anglais), en échange de son renoncement à la traite des esclaves. Cette supériorité technique lui permettra d'étendre son pouvoir sur les deux tiers de l'île. Sous RADAMA Ier débarqueront également les premiers missionnaires protestants de la London Missionary Society, dont l'impact sera considérable. L'Imerina commence alors à s'organiser sur le

⁸ Merina : nom donné aux habitants de l'Imerina, c'est-à-dire les hauts-plateaux.

⁹ ANDRIANAPOINIMERINA : signifie « le seigneur au cœur de l'Imerina ».

mode d'un État européen, pourvu d'une armée moderne et d'un système scolaire.

1828 : Mort de RADAMA Ier ; son épouse, la reine RANAVALONA Ière, lui succède au pouvoir. Xénophobe farouche et ennemie féroce du christianisme, elle ferme les écoles, persécute les chrétiens et chasse les Européens. Sa cruauté lui vaudra les noms de « Caligula Malgache » ou « la Sanguinaire ». Les français et les anglais effectuent des bombardements en guise de représailles, mais elles n'aboutissent qu'à la fermeture quasi-complète du pays aux étrangers. L'une des seules personnalités qu'elle tolère est Jean LABORDE, un français initiateur de l'industrie malgache qui produit quasiment tout ce que la reine souhaite (étoffes, fours, fonderies, canons...).

1861 : RANAVOLANA Ière décède et son fils, RADAMA II, rouvre toutes grandes les portes aux Européens. Il signe même un traité avec le français Jean-François LAMBERT, lui concédant pratiquement toute l'activité économique du pays.

1863 : Coup d'État mené par le Premier Ministre RAHARO, représentant des *hovas* (tribu des merina) qui avaient pris le pouvoir sous RANAVALONA Ière. RADAMA II est assassiné et sa femme, RASOHERINA, lui succède ; elle répudie la charte LAMBERT et remplace RAHARO en épousant son frère RAINILAIARIVONY. Ce dernier se maintiendra au pouvoir en épousant les reines qui lui succéderont, RANAVALONA II, puis RANAVALONA III.

1868 : Début du règne de RANAVALONA II. En 1869, le roi et la reine se convertissent au protestantisme, suivis par une grande partie du peuple merina. Les codes civil et pénal sont créés et la coutume malgache est modifiée dans un sens chrétien et moderniste.

1883 : RANAVALONA III, la dernière reine malgache, monte sur le trône. Elle se voit imposer par la France la signature d'un traité en 1885, stipulant l'installation d'un résident français à Tananarive. En 1890, l'Angleterre reconnaît le protectorat français par la « Convention de Zanzibar ».

1895 : Une expédition française débarque à Majunga au mois de janvier et atteint - non sans mal - Tananarive le 30 septembre 1895. Aux premiers coups de canon, RANAVALONA III fait hisser le drapeau blanc. Le général DUCHESNE fait signer à la reine un traité de protectorat.

1.2.4. La période coloniale

En 1896, une insurrection se déclenche en Imerina, mais elle est rapidement réprimée par le Général GALLIENI¹⁰. L'île est alors annexée (loi du 6 août 1896) et l'esclavage aboli : Madagascar est officiellement déclarée « colonie française ». Les malgaches deviennent des « sujets français », mais n'ont aucun droit politique. Le général GALLIENI exile la reine le 28 février 1897 à l'île de la Réunion puis à Alger.

S'ensuit une longue période de « pacification », dans le but de soumettre l'Imerina et les peuples restés indépendants. De grands remaniements du pays sont entrepris, tant sur le plan administratif que géographique : création d'une assistance médicale gratuite et d'un enseignement laïc, mise en place d'un régime foncier, établissement d'un réseau de routes et d'un service d'aviation intérieure, construction de chemins de fer, aménagement des ports. Les industries agricoles, les mines et les cultures de riz, café, girofle, vanille et sucre permettent un accroissement des exportations. C'est à cette époque également que plusieurs écoles sont fondées, notamment l'école de médecine.

Pendant ce temps, devant les difficultés pour obtenir la citoyenneté française garantissant l'égalité des droits pour les malgaches, un mouvement nationaliste voit le jour dans les milieux protestants et estudiantins.

Mais ce sont les habitants de la côte Est qui souffrent le plus des conséquences de la colonisation française. Bénéficiant d'un climat tropical, ils subissent des travaux forcés dans les nombreuses plantations coloniales de clou de girofle et de vanille, principale richesse de l'île.

1.2.5. La lutte pour l'indépendance

1946 : Création du Mouvement Démocratique de la Rénovation Malgache (MDRM), parti nationaliste à dominante merina dont l'objectif est la participation active des malgaches à la vie politique du pays. Un des fondateurs du parti, Joseph RASETA, préparera secrètement un soulèvement en vue d'acquiescer l'indépendance, ralliant les habitants de la côte Est à sa cause.

29 mars 1947 : L'insurrection éclate, menée par plusieurs centaines d'hommes qui s'attaqueront tant aux européens qu'aux malgaches travaillant avec eux. violemment réprimée, elle fait plusieurs dizaines de milliers de victimes. Après vingt mois de lutte, les forces coloniales reprennent le

¹⁰ Générale GALLIENI : Gouverneur de Madagascar de 1896 à 1905.

pouvoir en novembre 1948. Le MDRM est dissous, et ses dirigeants condamnés à la déportation ou l'exil.

1954 : Rétablissement des élections libres et formation, en 1956, d'un gouvernement malgache sous la présidence de Philibert TSIRANANA, surnommé « le père de l'indépendance ». Le 14 octobre 1958, la République malgache (*Repoblika Malagasy*) voit le jour.

26 juin 1960 : Madagascar obtient sa pleine indépendance par déclaration du Général DE GAULLE, et siège désormais à l'ONU aux côtés de tous les États souverains. En 1965, TSIRANANA est réélu président de la République et son parti, le parti social-démocrate (PSD), remporte 104 des 107 sièges de l'Assemblée. Il poursuivra par la suite une politique de large coopération avec la France.

1.2.6. La République malgache

1.2.6.1. La Première République

1967 : L'opposition se manifeste, critiquant les inégalités dans le développement des diverses régions, la coopération avec la France et le rapprochement avec l'Afrique du Sud (signature d'un accord économique).

1971-1972 : Les étudiants de la capitale déclarent une grève générale ; ils dénoncent le néocolonialisme trop présent, réclament un enseignement purement malgache et la révision de la coopération avec la France. Bien que réélu le 30 janvier 1972, TSIRANANA dissout le gouvernement le 18 mai et accorde les pleins pouvoirs au général Gabriel RAMANANTSOA, chef d'état-major de l'armée, qui constitue un nouveau gouvernement composé de militaires et de civils. En 1973, Madagascar se crée sa propre monnaie et sort de la zone franc.

Février 1975 : RAMANANTSOA se retire, se considérant incapable de gouverner face à de nombreux conflits entre les différentes tendances politiques. Il est remplacé par le colonel Richard RATSIMANDRAVA, qui est assassiné six jours plus tard. Le Directoire militaire proclame alors la loi martiale et prend le pouvoir, avec à sa tête l'ex-ministre des Affaires étrangères de RAMANANTSOA, Didier RATSIRAKA.

1.2.6.2. La Deuxième République

21 Décembre 1975 : A la suite d'un référendum, la « charte de la révolution socialiste malgache » ou *Boky Mena* (« Livre Rouge ») et une nouvelle Constitution sont adoptées ; RATSIRAKA devient président de la deuxième république malgache, la République Démocratique de Madagascar. La Grande Ile tourne totalement le dos à la France et tisse des liens politiques avec les pays du bloc communiste : URSS, Chine, Corée du Nord. A l'intérieur du pays, une intense politique de « malgachisation » se met en place : l'État nationalise les principales sociétés françaises, rétablit le malgache en tant que langue officielle et bannit le français (la « langue du colonisateur ») dans l'enseignement public. La corruption s'installe et l'économie ainsi que les systèmes éducatifs et sanitaires, mis en place durant la colonisation, s'effondrent. Malgré cela, RATSIRAKA sera réélu en 1989 pour un troisième septennat.

1991 : L'opposition forme le « Mouvement des Forces Vives » et se radicalise contre RATSIRAKA, au point de désigner un président de la République, le général RAKOTOHARISON, et un Premier Ministre, Albert ZAFY. Le 10 août, lors d'une manifestation pacifique de l'opposition, la Garde présidentielle tire sur la foule, provoquant une trentaine de morts et de nombreux blessés. Tananarive devient alors le siège d'une révolte générale. Un gouvernement provisoire est mis en place durant dix-huit mois, avec Albert ZAFY à sa tête, dans le but de transiter vers une IIIème République.

1.2.6.3. La Troisième République

18 Septembre 1992 : Une nouvelle Constitution est adoptée et des élections présidentielles sont organisées. En janvier 1993, ZAFY est proclamé président avec une large majorité. Mais l'instabilité politique demeure, et le président et son gouvernement entrent en confrontation ouverte avec le premier ministre et l'Assemblée Nationale. Accusé d'avoir violé la Constitution, ZAFY est légalement démis de ses fonctions en septembre 1996.

Décembre 1996 : Albert ZAFY ayant perdu en popularité, suite à des scandales financiers, à son manque d'autorité et son incapacité à lutter contre la corruption, Didier RATSIRAKA remporte de justesse les suffrages aux élections présidentielles. Il abandonne sa politique socialiste et tente alors une démocratisation du régime. Les relations avec la France se normalisent.

1998 : Une réforme constitutionnelle est adoptée en vue d’instaurer la décentralisation (création de régions autonomes) et de renforcer le pouvoir exécutif, au détriment du Parlement.

1.2.6.4. La crise politique de 2001-2002

Décembre 2001 : Les élections présidentielles, opposant Didier RATSIRAKA à Marc RAVALOMANANA, homme d'affaires influent et maire de Tananarive depuis deux ans, se déroulent dans un fort contexte de fraude. Les résultats des scrutins sont contestés par le parti de RAVALOMANANA, le TIM (*Tiako i Madagasikara* : « J’aime Madagascar »), qui soutient que son leader a été élu avec plus de 50% des suffrages au premier tour. Ce dernier s'autoproclame alors président de la République le 22 février 2002. Mais sa victoire n’est pas reconnue légalement par la communauté internationale et RATSIRAKA décide de se maintenir au pouvoir dans l'espoir d’une poursuite du processus électoral. Le pays se retrouve alors avec deux présidents et plonge dans une crise politique et économique considérable qui durera plusieurs mois.

2002 : Alors que l’Union Africaine tente une médiation, la Haute Cour constitutionnelle réalise un nouveau décompte et proclame RAVALOMANANA vainqueur dès le premier tour. Son investiture le 6 mai est finalement reconnue par des pays européens et les États-Unis. RATSIRAKA quitte le pays le 5 juillet et se réfugie en France.

2006 : Face à l’absence d’un leader d’opposition crédible, RAVALOMANANA renouvelle son mandat avec 54,8% des voix, malgré un mauvais bilan économique et des critiques grandissantes sur son autoritarisme et son attitude jugée présomptueuse, qui lui vaudront le surnom de « Mégalomanana ». Abandonné par ses anciens alliés et par l’Église catholique, RAVALOMANANA, qui a renforcé les pouvoirs du président au détriment du Parlement, gère seul le pays.

1.2.6.5. L’État de transition

Janvier 2009 : Outre le climat de corruption, de privilèges et de censure que connaît Madagascar, le projet de RAVALOMANANA de vendre plus d’un million d’hectares de terres agricoles à l’entreprise sud-coréenne Daewoo suscite le vif mécontentement du peuple. Mais c’est l’achat d’un luxueux jet présidentiel à plusieurs millions d’euros qui fait déborder le vase. Andry RAJOELINA, jeune maire de Tananarive depuis 2007 et en conflit avec le président pour s’être vu fermer sa

chaîne télévisée suite à la diffusion d'une interview de RATSIRAKA, rebondit sur la situation : il se présente comme porte-parole de l'opposition et appelle le peuple à la grève générale. Les jours qui suivent, plusieurs manifestations violentes se transforment en émeutes et débouchent sur des pillages et l'incendie de plusieurs sociétés, la plupart appartenant à RAVALOMANANA. En trois jours, environ soixante-dix personnes trouveront la mort lors des manifestations soulevées par RAJOELINA.

Février 2009 : Andry RAJOELINA, surnommé Andry « TGV » en référence au nom de son parti, *Tanora Gasy Vonona* (« Les Jeunes Malgaches Prêts »), est destitué de son poste de maire après avoir demandé la démission du président. Le 7 février, alors que ses partisans marchaient vers le palais d'État, une trentaine d'entre eux périssent sous les balles de la garde présidentielle. Andry TGV prend alors la tête d'une « Haute Autorité de Transition » (HAT) à 34 ans, avec le soutien de l'armée.

Mars 2009 : Le 17 mars, RAVALOMANANA démissionne et transfère ses fonctions ainsi que celles du Premier ministre à un Directoire militaire, qui remet les pleins pouvoirs à RAJOELINA. Dès le lendemain, ce dernier se voit légaliser son accession au poste de président de la république par la Haute Cour constitutionnelle. Il dissout alors l'Assemblée nationale et le Sénat, et promet la rédaction d'une nouvelle Constitution et l'organisation d'élections présidentielles et législatives d'ici 2011. Mais la communauté internationale qualifie ce changement de régime de coup d'État ; l'Union africaine et la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC¹¹) suspendent Madagascar de leurs instances. RAVALOMANANA, de son côté, se réfugie au Swaziland.

Août-Décembre 2009 : Face à la pression de la communauté internationale, des négociations sont menées et débouchent sur un accord prévoyant un partage du pouvoir entre les quatre principales mouvances politiques : RAJOELINA comme président de la transition, les mouvances de RAVALOMANANA et de ZAFY en co-présidence, et celle de RATSIRAKA au poste de Premier ministre, avec pour but d'organiser une élection présidentielle d'ici fin 2010. Mais RAJOELINA, craignant de s'aliéner l'armée, ne respecte pas l'accord et établit un militaire en poste de Premier ministre, geste qui sera sanctionné par l'Union Africaine. Le blocage politique semble alors sans issue.

11 SADC : sigle de l'anglais « *Southern African Development Community* »

Novembre 2010 : Une nouvelle Constitution est adoptée ; la IVème République de Madagascar voit le jour, parallèlement à la mise en place d'un Conseil supérieur et d'un Congrès de la transition.

Septembre 2011 : Sous l'égide de la SADC, une « feuille de route pour la sortie de crise » est signée par l'ensemble des forces politiques (à l'exception du parti de RATSIRAKA). Elle stipule, entre autres, la levée de l'exil politique de tous les citoyens malgaches et prévoit la mise en place d'élections libres et transparentes. Un nouveau Premier ministre proposé par ZAFY, Omer BERIZIKY, est établi sous la bannière de « l'union nationale », malgré le fait que cette nomination est contestée aussi bien par RATSIRAKA que RAVALOMANANA. Si l'Union Africaine est favorable à la levée des sanctions, le climat de confiance entre les différents acteurs politique est loin d'être rétabli.

1.2.6.6. A la recherche d'une stabilité politique

2013 : Sans cesse reportées depuis 2009, les élections ont finalement lieu en octobre 2013. A la demande de la communauté internationale, RAJOELINA et RAVALOMANANA se sont engagés à ne pas se présenter. Mais ils s'affrontent tout de même par candidats interposés : Hery RAJAONARIMAMPIANINA est soutenu par RAJOELINA tandis que Jean Louis ROBINSON a l'appui de RAVALOMANANA. En décembre, RAJAONARIMAMPIANINA est élu président au second tour avec 53,5 % des voix.

2014-2015 : Faute de représentants à l'Assemblée Nationale, RAJAONARIMAMPIANINA est entravé dans ses volontés de réforme. En mai 2015, alors qu'il n'est élu que depuis dix-huit mois, la majorité des députés issus des deux partis rivaux TGV et TIM s'allient pour voter sa destitution, suite à son refus de leur accorder des avantages (notamment l'acquisition de voitures de fonction 4x4). Cette mesure est néanmoins invalidée par la Haute Cour constitutionnelle.

1.3. Situation politique (17)

Suite au coup d'État de 2009 ayant plongé le pays dans une crise sans précédent qui aura duré près de cinq ans, le gouvernement en place peine à trouver la stabilité politique. Malgré ses nombreux efforts dans la mise en place des institutions de la IVème République (constitution de l'Assemblée Nationale en février 2014, renouvellement des membres de la Haute Cour Constitutionnelle en mars 2014, remaniement du gouvernement, élections communales et sénatoriales en 2015) (21), les

tensions sont palpables et la situation reste fragile.

Après la volonté de destitution du président par de nombreux députés, une motion de censure du gouvernement est rejetée à quelques voix près. Aux dernières élections municipales, la majorité des communes ont voté pour le parti du président, le HVM (*Hery Vaovao n'i Madagasikara* : « La nouvelle force de Madagascar »), tandis que l'épouse de Marc RAVALOMANANA, Lalao RAVALOMANANA, a obtenu la capitale. Quant au parti de RAJOELINA, qui prend à présent le nom de MAPAR (*Miaraka Amin'ny Prezida Andry RAJOELINA* : « Avec le président Andry RAJOELINA »), il a remporté les grandes villes du Nord de l'île. En avril 2016, un troisième Premier Ministre est nommé depuis le début du mandat du président.

Les prochaines élections présidentielles à Madagascar se tiendront normalement fin 2018, élections pour lesquelles RAVALOMANANA et RAJOELINA se sont déclarés candidats.

1.4. Situation socio-économique

Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), en 2016, l'Indice de Développement humain¹² (IDH) de Madagascar demeure très faible : 158^e place sur 188 pays. Avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant de 391\$ (330€), Madagascar fait partie des pays les moins avancés (PMA) (17).

L'économie de Madagascar repose essentiellement sur l'agriculture. Les principaux produits agricoles sont le riz, le manioc, le haricot et la banane, le riz étant la base alimentaire du peuple malgache. Mais malgré ses nombreuses ressources, le pays n'arrive toujours pas à l'autosuffisance. Les autres cultures comme le café, la vanille, la canne à sucre, le clou de girofle ou encore le cacao, sont principalement destinées à l'exportation (5,22).

Le secteur primaire (comprenant également l'exploitation forestière et la pêche, très active sur les côtes) emploie quasiment 75% de la population active, bien qu'il ne contribue qu'à 25% du PIB. Cependant, l'érosion et la déforestation, causées par la culture sur brûlis, l'exploitation parfois illégale de bois précieux et l'utilisation excessive de bois de chauffage, sont source de sérieuses préoccupations (13,22).

12 IDH : Indicateur statistique du PNUD permettant d'évaluer le niveau de vie de la population d'un pays. Il se fonde sur trois critères : l'espérance de vie, l'accès à l'éducation et le niveau de vie.

Le secteur industriel contribue à 19% du PIB et emploie 9% de la population active. En première ligne sont retrouvées les industries alimentaires : traitement de la viande, fruits de mer, bière et sucre. Les autres produits sont le cuir, le savon, la verrerie ou encore le textile (13,22).

Le secteur tertiaire, quant à lui, contribue à presque 60% du PIB et mais n'emploie que 16% de la population active (13,22).

Répartition de l'activité économique par secteur	Agriculture	Industrie	Services
Emploi par secteur (en % de l'emploi total)	74,5	9,1	16,4
Valeur ajoutée (en % du PIB)	24,4	19,1	56,5

Tableau 3 : Répartition de l'activité économique par secteur (13)

Depuis 2003, la monnaie est l'« Ariary » (Ar), monnaie de l'époque de la royauté merina qui a été remplacée par le franc français en 1896, puis qui est devenu le franc malgache de 1960 à 2003.

1.4.1. La situation en 2008

En 2008, Madagascar s'était pratiquement remise de la crise de 2001-2002. Le taux d'investissement était de 36% (essentiellement dans le secteur minier et les travaux publics), un des plus forts d'Afrique, ce qui contribua à une augmentation de 7,1% du PIB par rapport à l'année précédente. De même, le taux de croissance du secteur primaire s'était amélioré en passant de 2,2% (2007) à 3,1%, et l'inflation avait légèrement reculé. Il était attendu que la tendance se prolongerait pour 2009, et tout présageait une croissance soutenue pour les années suivantes (23). Mais la nouvelle crise politique a mis un violent coup d'arrêt à l'élan économique du pays.

1.4.2. Les conséquences de la crise : l'état du pays en 2013 (24)

Déjà comptée parmi les pays les plus pauvres du monde avant le début de la crise, la situation de Madagascar n'a fait qu'empirer.

- La première grosse conséquence des événements de 2009 a été la **suspension des financements de bon nombre de bailleurs de fonds et des investisseurs privés** jusqu'à la fin de l'État de

transition : selon la Banque Mondiale, ils auraient chuté de 30%. Fortement dépendante de ces aides, Madagascar a plongé dans un véritable gel économique, la croissance ayant été nulle de 2009 à 2013, alors qu'elle était en moyenne de 5% par an.

- Avec une économie au point mort, le **revenu par habitant a considérablement diminué** : alors que la population a augmenté de plus de 3 millions de personnes entre 2008 et 2013, le revenu national, lui, a complètement stagné. Le Revenu National Brut (RNB) par habitant qui était d'environ 368\$ (311€) en 2002 a augmenté à 451\$ (382€) en 2008, et est retombé à 393\$ (333€) en 2013.

- De même, la **pauvreté a fortement augmenté** : de 2008 à 2013, les estimations témoignent d'un accroissement de plus de 10% de la population vivant sous le seuil de pauvreté. En 2013, environ 92% de la population vit avec moins de 2\$ PPA¹³ par jour (soit 1,7€), contre 68% en 2005. En se référant au seuil national, ce sont 71,5% des malgaches qui sont considérés comme pauvres.

- Le **tourisme s'est effondré** : la crise politique a considérablement entaché l'image de la Grande Ile, dans le contexte déjà difficile de la crise financière mondiale. Le pays a souffert de nombreuses annulations de réservations et d'une baisse de 31% des arrivées sur son territoire en 2009. On estime que le secteur a perdu 50% de son chiffre d'affaires, ce qui a entraîné la fermeture de plusieurs hôtels et un licenciement massif d'employés (25).

- Le gouvernement a été dans l'**incapacité de gérer les catastrophes naturelles** : Madagascar étant un terrain particulièrement vulnérable (notamment aux cyclones, comme ceux que le pays a connus en 2008 et 2012), l'impact de ces chocs n'a pu être atténué.

- La crise a également **empêché de faire face aux nouveaux risques** qui sont apparus, notamment l'invasion acridienne d'une ampleur considérable qui a démarré en avril 2012, dans un contexte où l'insécurité alimentaire et le taux de malnutrition étaient déjà élevés (26).

- **L'infrastructure s'est détériorée** : Face aux cyclones et à la forte réduction du budget alloué pour la maintenance, les routes et les infrastructures d'eau et d'électricité ont subi de fortes dégradations.

- Les **indicateurs sociaux se sont dégradés** : les estimations témoignent d'une augmentation d'au moins 600 000 enfants non scolarisés. La malnutrition aiguë des enfants, quant à elle, a connu une hausse de 50% dans certaines zones. Aussi, de nombreux centres de soins de santé ont été fermés.

1.4.3. L'évolution depuis 2014

Au lendemain de la transition politique, l'économie se relève progressivement : 3,3% en 2014, 3,1% en 2015 et 4,1% en 2016. Si la croissance est réelle, elle reste fragile et insuffisante pour assurer un

13 PPA : Parité de Pouvoir d'Achat.

véritable développement du pays et de sa population. Néanmoins, les perspectives à moyen termes sont plutôt encourageantes.

Durant l'année 2016, la communauté internationale semble accorder de nouveau sa confiance à la Grande Ile :

- En juillet, Madagascar a bénéficié d'un crédit de 304,7 M\$ (soit environ 260 M€) du Fonds Monétaire International (FMI) et d'une aide de l'Union Européenne à hauteur de 518 M€ dans le cadre du 11ème Fonds Européen de Développement¹⁴ (FED) ;

- Les 1^{er} et 2 décembre, la « Conférence des bailleurs et des investisseurs pour Madagascar » qui s'est tenue à Paris a connu un franc succès : 6,4 M\$ d'engagements financiers ont été annoncés.

Ces nombreux financements devraient favoriser la relance économique du pays (17).

1.5. Santé et éducation

1.5.1. Santé

La situation sanitaire actuelle à Madagascar est particulièrement préoccupante. Outre les faibles moyens de l'État, le manque de civilité, d'hygiène et d'éducation sanitaire sont les principales causes des nombreux fléaux qui touchent le pays.

1.5.1.1. La situation sanitaire actuelle

Plusieurs domaines représentent un défi que Madagascar peine encore à relever :

- En 2015, seulement 51,5% du peuple malgache a accès à une source d'**eau potable** améliorée, dont 81,6% de la population urbaine et 35,3% de la population rurale (13).

- En 2015, 12% de la population a accès à des **installations d'assainissement** améliorées, dont 8% en milieu rural et 18% en milieu urbain. Selon une étude menée en 2012 par le Water and Sanitation Program (WSP), 12 millions de malgaches utiliseraient des latrines insalubres ou partagées avec d'autres ménages, et 6,6 millions n'auraient pas de latrines du tout et feraient leurs besoins en plein air (28).

- A Tananarive, la **gestion des déchets** est un problème de santé publique majeur. En plus de l'incivilité qui pousse la majeure partie de la population à jeter ses détritiques par terre en pleines rues,

¹⁴ Les Fonds Européens de Développement (FED) sont le principal instrument d'aide communautaire pour la coopération au développement dans les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) et dans les pays et territoires d'outre mer (PTOM) (27).

le Service Autonome de Maintenance de la ville d'Antananarivo (SAMVA) manque de ressources pour assurer correctement la collecte des ordures ménagères et répondre aux nombreux besoins d'assainissements de la ville.



Figure 5 : une « montagne d'ordures » dans le quartier de Bekiraro à Tananarive (29)

- Même si 75% de la population malgache considère la **pollution atmosphérique** urbaine comme un problème majeur et que l'opinion publique tend à soutenir que Tananarive est l'une des villes les plus polluées d'Afrique - voire du monde -, il y a trop peu d'études sur la pollution de l'air en milieu urbain pour réellement l'affirmer. Néanmoins, en ville ou à la campagne, force est de constater que les feux de brousse à proximité des habitations, l'incinération des déchets en plein air, le transport routier – notamment la flotte de véhicules vétuste et les nombreux embouteillages -, et l'utilisation du bois et du charbon de bois dans la majeure partie des ménages impactent considérablement la qualité de l'air et le bien-être de la population (9,30).

1.5.1.2. Les conséquences de l'insalubrité

L'échec de l'État dans la gestion de ces domaines entraîne des conséquences désastreuses sur la santé des malgaches :

- Le mauvais système d'assainissement et d'hygiène et la non-potabilité de l'eau sont directement responsables des **maladies diarrhéiques** (dont le choléra), deuxième cause de mortalité - après l'accident vasculaire cérébral - et première cause de mortalité infantile. Ainsi, selon le Programme Solidarité Eau (pS-Eau), 14 000 enfants de moins de 5 ans - soit un enfant sur cinq - mourraient chaque année faute d'un bon accès à l'eau et à l'assainissement. Or, l'accès à des infrastructures

d'eau potable et d'assainissement permettrait une diminution de 32% de ces risques, et la pratique du lavage des mains avec du savon une diminution de 44% (31).

- Les « montagnes d'ordures » favorisent la propagation de maladies telles que la **peste**, qui sévit chaque année à Madagascar lors de la saison des pluies, entre septembre et avril. Depuis Août 2017, une épidémie d'une ampleur inhabituelle est en cours. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), au 30 septembre 2017, 73 cas de peste pulmonaire et 58 cas de peste bubonique ont été signalés à travers le pays, dont respectivement 17 et 7 décès. Tananarive et Tamatave font partie des villes les plus touchées (32).

- Enfin, la pollution de l'air, et notamment de l'air à l'intérieur des maisons contribue largement au développement de **maladies respiratoires**. La Banque Mondiale estime qu'environ 40% des infections respiratoires seraient imputables à la pollution de l'air à l'intérieur des maisons : chaque année, 10 000 décès résultent d'infections des voies respiratoires inférieures chez les enfants de moins de cinq ans, et 1400 décès des suites de bronchites chroniques chez les femmes de plus de trente ans s'expliquent par l'utilisation de bois et de charbon de bois (9).

1.5.2. Éducation

En ce qui concerne l'éducation, la dernière étude de la Banque Mondiale sur le travail infantile en 2007 estime que 26% des enfants de 7 à 14 ans seraient économiquement actifs, et que 41% d'entre eux travailleraient uniquement, sans opportunité d'entrer à l'école primaire. Et pour ceux qui ont la chance d'être inscrits, seulement 42,5% d'entre eux poursuivraient leur études jusqu'à la fin du cycle primaire en 2014.

En général, le taux d'alphabétisation des adultes (âgés de 15 ans ou plus) est de 71,7%, dont 68,2% des femmes et 75% des hommes en 2012 (13).

Il est également important de souligner que les maladies causées par l'insalubrité pèsent lourdement sur l'éducation et la performance économique. Pour exemple, le pS-Eau a estimé que les maladies diarrhéiques causeraient chaque année la perte de 3,5 millions de journée d'écoles et de 5 millions de journées de travail (33).

2. Système national de santé et de la protection sociale

2.1. Historique du système de santé (5)

Le système de santé malgache présente plusieurs similitudes avec le système français, du fait qu'il a été constitué pendant la période de colonisation, entre 1895 et 1960. A cette époque, les colons français ont établi un réseau d'établissements publics de soins (des grands hôpitaux aux simples dispensaires) dans l'ensemble de l'île et ont élaboré une hiérarchie du personnel médical.

La quasi-totalité des Docteurs en Médecine étaient des médecins militaires français, mais il y avait tout de même quelques médecins malgaches formés en France. Les Docteurs étaient à la tête d'une équipe d'auxiliaires que l'on nommait Médecins de l' « Assistance Médicale Indigène » (AMI). Le recrutement de ces futurs auxiliaires se faisait dès la classe de 4ème ; ils étaient formés localement, à l'école de l'hôpital civil « Befalatanana » à Tananarive, afin de tenir à terme des postes plus ou moins importants à partir des sous-préfectures. Les sages-femmes étaient également formées à Befalatanana, et les infirmiers, quant à eux, étudiaient dans les capitales des provinces.

Concernant le coût des soins prodigués, les établissements publics étaient gratuits, tandis que ceux qui consultaient les médecins libéraux devaient payer la totalité de la prestation.

La période suivant l'indépendance, les docteurs français gardent leur poste en vertu des accords de coopération. Parallèlement, les docteurs malgaches deviennent de plus en plus nombreux. La première Faculté de Médecine est fondée à Tananarive, mais elle n'assure que les deux premières années d'étude, le reste du cursus devant être poursuivi en France.

A cette époque, un système de remboursement des soins voit le jour avec la création de la « Caisse Nationale de Prévoyance Sociale » (CNAPS), système basé sur la cotisation des salariés et des fonctionnaires, et profitant à l'ensemble de la population malgache.

A partir de 1971-1972, le système de santé connaît une période de crise. Les grèves soulevées par l'opposition, dans le but de protester contre le régime néocolonialiste de TSIRANANA et qui amèneront à la rupture avec la France sous RATSIRAKA, sont en parties provoquées par le secteur médical malgache. En effet, les docteurs en médecine malgaches dénoncent les avantages dont jouissent leurs confrères français mais auxquels ils n'ont pas droit, ayant pourtant suivi le même cursus universitaire. De même, les médecins de l'AMI, mécontents d'être moins bien payés qu'un médecin titulaire alors que leur charge de travail est plus importante (ils assurent exclusivement les urgences), réclament le statut de Docteur afin d'avoir la possibilité d'occuper des postes de

direction et de toucher un salaire plus élevé. Leur requête leur sera néanmoins refusée, le gouvernement jugeant qu'ils n'ont pas les mêmes connaissances scientifiques de base qu'un docteur en médecine.

En 1975, l'« Ecole Doctorale en Médecine » qui est créée à Tananarive assure la totalité du cursus : les étudiants peuvent désormais se former sur place et n'ont plus besoin d'aller en France.

La rupture avec la France entraîne de lourdes conséquences sur la CNAPS. En effet, la majorité de la population malgache est agriculteur, alors que seuls les salariés et les fonctionnaires cotisent. Sans les fonds provenant de la zone franc, le système de remboursement des soins fonctionne difficilement et la caisse devient déficitaire.

En 1998, une fois ses relations avec la France normalisées et la réforme constitutionnelle adoptée, Madagascar obtient du FMI des aides financières pour rembourser ses dettes, en échange d'un droit de regard sur les finances du pays. La CNAPS subit de gros remaniements au niveau de son fonctionnement : désormais les soins hospitaliers ne sont plus gratuits et le patient doit s'acquitter d'un forfait hospitalier en entrant à l'hôpital public.

Aujourd'hui, la CNAPS ne s'adresse plus qu'aux travailleurs salariés du secteur privé, leur proposant des prestations familiales, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et de pensions de retraite. Pour ce qui est des médicaments, que ce soit en officine ou en établissement de santé, ils doivent être intégralement payés, sans base de remboursement quelconque.

Concernant les études pharmaceutiques, il faudra attendre l'année 2005 pour voir la création de la première Faculté de Pharmacie. Sous l'impulsion du Ministère de Santé Publique malgache et de la Coopération Française, un Département d'enseignement de la pharmacie au sein de la Faculté de Médecine à Tananarive a vu le jour. Le projet a impliqué notamment l'UFR de Pharmacie de l'UJF Grenoble, qui bénéficie encore à ce jour de relations privilégiées avec la Faculté de Pharmacie de Madagascar. Le Département forme une vingtaine d'étudiants par an avec deux filières : Pharmacie officinale et Pharmacie hospitalière. En 2011, est célébrée la sortie de la première promotion de pharmaciens malgaches, et l'année suivante, 11 emplois de pharmaciens sont ouverts par le Ministère de la Santé Publique dans des hôpitaux malgaches (34).

2.2. Organisation du système de santé

2.2.1. Les différents niveaux d'institution (35,36)

L'organisation du système de santé se fait sur quatre niveaux d'institution :

- **Au niveau central**, le Ministère de la Santé Publique (MINSANP) est en charge de la coordination générale du secteur santé, des orientations politiques et stratégiques, de la définition des normes et standards. Le ministre de la Santé Publique est M. Mamy Lalatiana ANDRIAMANARIVO.
- **Au niveau intermédiaire ou régional**, la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP), représentant du ministère au niveau régional et sous le rattachement direct du Secrétariat Général, a pour mission de « planifier, conduire, suivre et évaluer » la mise en œuvre des programmes d'intérêt national au niveau de la région.
- **Au niveau périphérique ou district**, le Service de District de la Santé Publique (SDSP) a pour mission de coordonner et d'appuyer les formations sanitaires de base et de première référence dans l'offre des services de santé. Ce niveau constitue la pierre angulaire du système de santé et doit disposer d'une autonomie de décision et financière.
- **Au niveau communautaire**, un réseau d'« agents communautaires » participe à la promotion de la santé et au fonctionnement et la gestion des structures sanitaires de base.

2.2.2. Les différents secteurs du système de santé

Le système national de santé à Madagascar se répartit en trois secteurs : le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif (37).

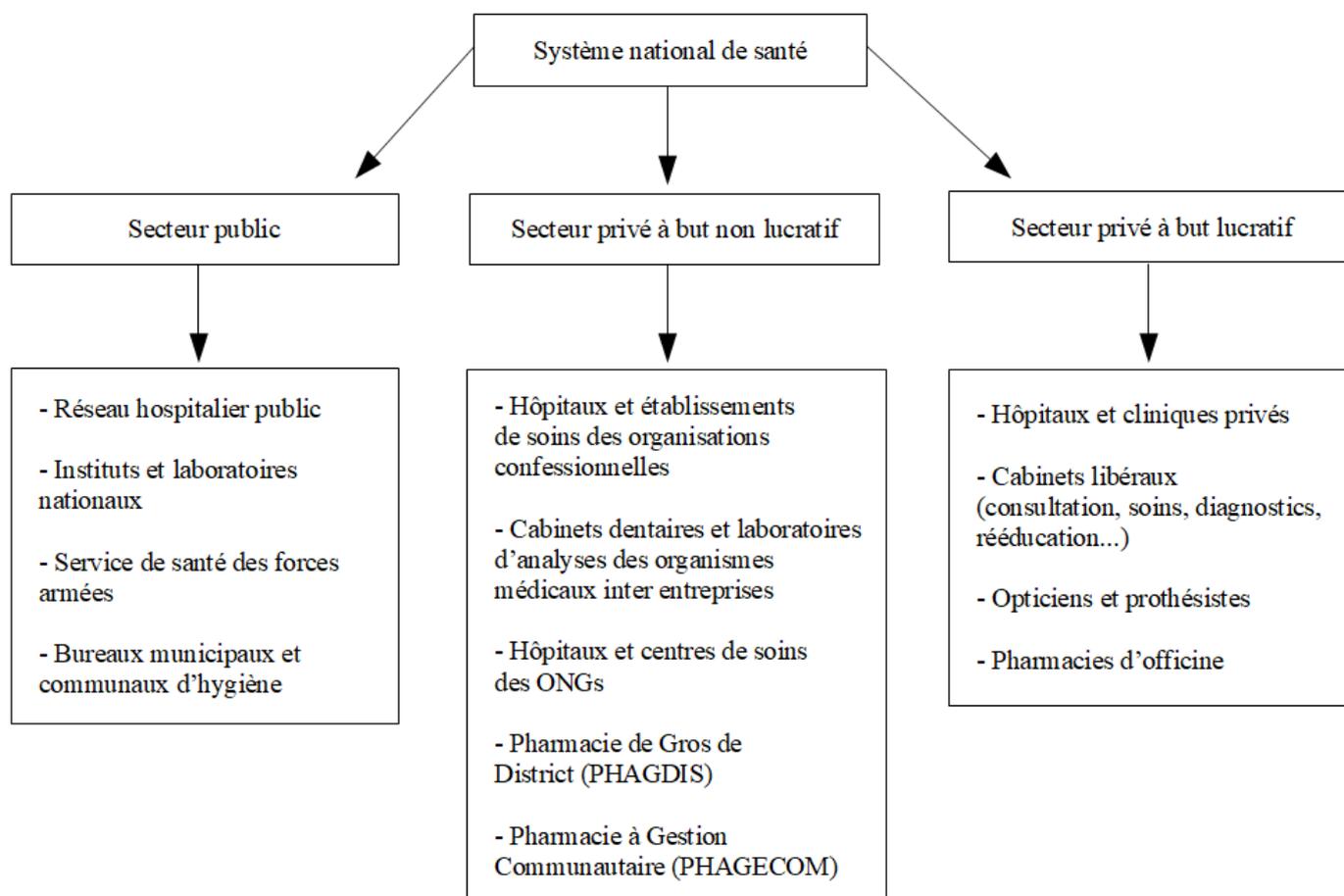


Figure 6 : Le système national de santé à Madagascar (38)

2.2.3. Organisation des soins (35,36,38,39)

2.2.3.1. Le secteur public

Les centres hospitaliers dépendent, au sein du Ministère de la Santé Publique, de la Direction Générale de la Santé (DGS), et plus précisément de la Direction du Système Hospitalier (DSH). L'organisation des soins est basée sur un modèle pyramidal.

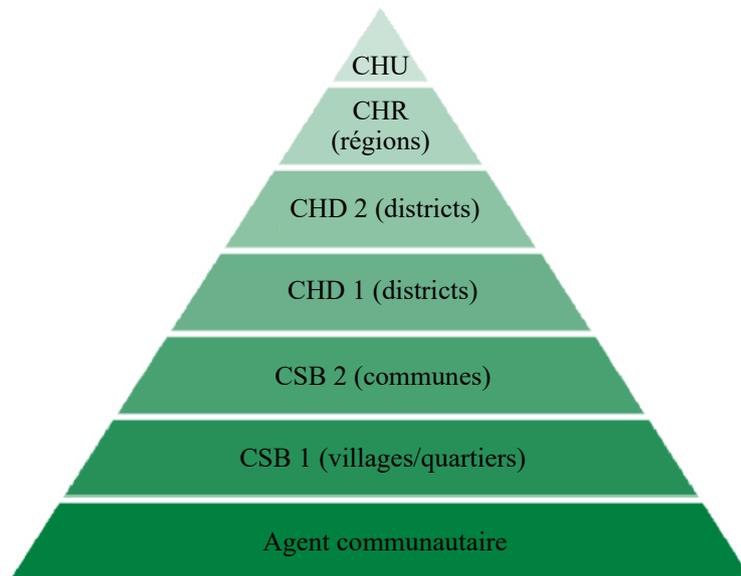


Figure 7 : L'organisation des soins à Madagascar (39)

Les prestations de santé proposées dépendent de la ville dans laquelle se situent les différents établissements de soins. En effet, plus la ville sera peuplée, plus l'envergure des prestations sera importante.

- Les **agents communautaires**

A la base de la pyramide, ce réseau d'agents a été créé dans le but d'atteindre les populations résidant à plus d'une heure de marche d'une formation sanitaire. Ainsi, on peut les trouver jusque dans les villages les plus reculés. Ils jouent un grand rôle dans la prévention, notamment dans celles du paludisme et du VIH/SIDA, en véhiculant les messages de santé et en distribuant certains produits sanitaires. Ils peuvent également, si besoin, orienter les patients vers les établissements adéquats.

- Les **Centres de Santé de Base** de niveau 1 ou 2 (CSB 1 ou 2)

Les CSB sont les premiers points de contact de l'accès aux soins. Ils assurent le « Paquet Minimum d'Activité » (PMA).

- Les CSB 1 sont présents dans les zones plus ou moins enclavées (villages/quartiers et communes peu peuplés). Ces centres ne disposent que de quelques lits et sont généralement dirigés par un infirmier¹⁵, qui peut être secondé par une équipe d'aides-soignants et/ou sages-femmes. Les CSB 1 ne fournissent que les services de vaccination et les soins de santé de base. Ils disposent également

¹⁵ Pour la hiérarchie du personnel, voir Figure 8 : Hiérarchie du personnel dans les différents établissements de soin.

d'une pharmacie, tenue par un « dispensateur¹⁶ ».

- Les CSB 2 se trouvent dans les communes plus peuplées. Ils sont semblables aux CSB 1, à la différence qu'ils sont dirigés par un médecin et qu'ils offrent, outre les soins de base, les soins obstétricaux essentiels ainsi qu'une plus grande capacité d'accueil. Les CSB 1 sont considérés comme « les satellites » des CSB 2.

- Les **Centres Hospitaliers de District** de niveau 1 ou 2 (CHD 1 ou 2)

Les CHD sont des hôpitaux de premier recours ou de premier niveau de référence, et sont gérés par un médecin-chef.

- Les CHD 1 sont établis dans les chefs-lieux de district de moindre importance démographique. Ils prennent en charge les cas médicaux référés¹⁷, assurant le « Paquet Complémentaire d'Activité » (PCA), mais ne sont pas équipés pour la chirurgie. En outre, on trouve régulièrement un dentiste qui dépend du CHD 1.

- Les CHD 2 sont eux équipés d'un bloc opératoire. Ils prennent donc en charge, en plus des cas médicaux référés, les interventions chirurgicales urgentes et les soins obstétricaux complets. Le personnel est composé de chirurgiens, de spécialistes en réanimation, d'un assistant-chirurgien, d'un infirmier, d'un anesthésiste et d'agents paramédicaux. Il peut également y avoir d'autres spécialistes tels que des ophtalmologues ou des radiologues.

- Les **Centres Hospitaliers de Région** (CHR)

Les CHR sont de grands hôpitaux présents dans les chefs-lieux de région. Ce sont des centres de deuxième recours ou de deuxième référence. A l'instar des CHD 2, les CHR prennent en charge les chirurgies d'urgences et les soins obstétricaux complets. Ils ont, en plus, une meilleure capacité d'accueil, une meilleure gamme d'équipements et plus de spécialistes.

- Les **Centres Hospitaliers Universitaires** (CHU)

Les CHU sont également des hôpitaux de deuxième recours ou de deuxième référence. Les soins dispensés y sont complets et les services spécialisés. Ils sont généralement destinés aux consultations externes de référence, aux examens complémentaires en vue de confirmer un diagnostic, et à la détermination de la conduite à tenir pour les actes médicaux et chirurgicaux

16 Dispensateurs : « ceux qui dispensent les médicaments ». Ce sont l'équivalent des préparateurs en pharmacie.

17 On parle de cas médicaux référés lorsqu'une structure sanitaire, ne pouvant faire face à des pathologies lourdes ou des complications, oriente le patient vers un centre hospitalier de référence.

spécialisés de cas graves ou compliqués. Les CHU sont aussi des lieux de formation universitaire initiale et post-universitaire.

Structure	Niveau	Fonction	Soins dispensés	Personnel
CHU	Central	Deuxième	Complets	Toutes spécialités
CHR	Régional	référence	Chirurgie d'urgence, soins obstétricaux complets, autres soins spécialisés	Chirurgiens, plusieurs spécialistes (dont spécialiste en réanimation), assistant chirurgien, infirmière anesthésiste, personnel paramédical
CHD 2	District	Première référence		
CHD 1		Soins obstétricaux essentiels	Médecin-chef, dentiste, personnel paramédical	
CSB 2		Premier contact	Médecin, personnel paramédical	
CSB 1	Vaccination, soins de base		Infirmier, sage-femme, aides-soignants	

Tableau 4 : Résumé de l'offre de soins des différentes structures de santé à Madagascar (35,36)

En 2015, on dénombre 2563 CSB publics (dont 956 CSB 1 et 1632 CSB 2), 87 CHD (dont 31 avec chirurgie), 16 CHR et 22 CHU. Les forces armées contribuent également à la fourniture de services de soins, à travers deux centres hospitaliers et les dispensaires militaires (36).

Pour ce qui est du personnel de santé, les différents SDSP sont dirigés par des médecins-inspecteurs et leurs personnels administratifs. Ils sont responsables de la gestion médicale du district : leur rôle est de mener des actions de prévention et de sensibilisation dans le territoire dont ils ont la charge. Les médecins-inspecteurs d'une même région sont dirigés par le directeur régional de la santé.

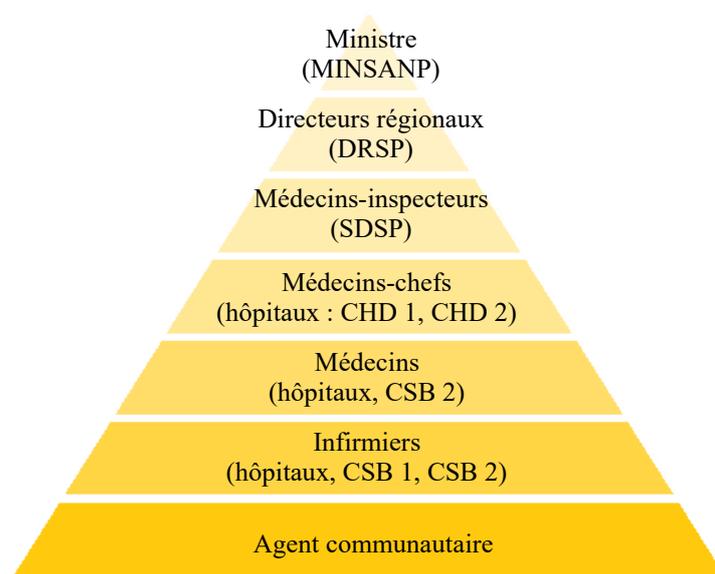


Figure 8 : Hiérarchie du personnel dans les différents établissements de soins (39)

2.2.3.2. Le secteur privé

L'organisation des soins dans le secteur privé - à but lucratif ou non - est identique à celle du secteur public, à la différence qu'il n'y a pas de CHR ni de CHU. En 2015, les formations sanitaires du secteur privé sont de 630 au total : 121 CSB 1, 444 CSB 2, 4 CHD 1 et 61 CHD 2. Elles se chargent elles-mêmes de l'acquisition en équipements et matériels médicaux nécessaires. Mais par faute de moyens financiers, leurs plateaux techniques sont limités (36).

Secteur	CSB 1	CSB 2	CHD 1	CHD 2	CHR	CHU
Public	956	1632	56	31	16	22
Privé	121	444	4	61	0	0

Tableau 5 : Le nombre total de formations sanitaires à Madagascar en 2015 (36)

2.2.4. Les limites de l'offre de soins

Malgré un système qui semble bien ficelé, la réalité en est tout autre. En effet, faute de moyens financiers - et toujours dans un contexte de forte corruption -, bons nombres de formations sanitaires ne sont pas aux normes préconisées par l'OMS ou par le MINSANP en termes de ressources humaines, d'infrastructure ou encore d'accessibilité géographique.

- **Ressources humaines**

Une des limites majeures de l'offre de soins est liée aux problèmes de ressources humaines, notamment pour les CSB. En effet, les professionnels de santé se dirigent principalement vers les grandes villes, fuyant les zones rurales et enclavées, qui en plus d'être éloignées, offrent un manque de confort et même de sécurité pour certaines.

En 2015, selon le Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019, 46,6% des CSB 2 ne disposent pas de médecin, et plus de la moitié des CSB (51,9%) sont gérés par un seul agent de santé, dont 150 par un aide-soignant proche de la retraite. Ces agents, souvent surchargés, ne sont de surcroît pas remplacés lors de leurs déplacements - pour raisons de services ou non -, laissant donc les CSB fermés en leur absence. D'autant plus que le taux d'absentéisme est assez élevé : 23% des agents de santé au niveau des CSB publics enquêtés sont absents au poste, dont 8% pour cause de formation, 4,9% en réunion ou revue et 52,8% en congés.

Outre ce défaut de personnel, il n'est pas rare que les agents de santé offrent un mauvais accueil à leurs patients, par manque de motivation ou bien souvent même de compétence. Cette mauvaise qualité de service diminue la confiance de la population envers les différents établissements de soins, qui rechignent parfois à les consulter (36).

- **Infrastructures et équipements**

Le MINSANP a déterminé des plans types pour la construction des formations sanitaires (notamment les CSB), ainsi que des « commodités essentielles » que les CSB et hôpitaux de référence sont tenus d'offrir à la population.

- Commodités essentielles des CSB : latrines, salle(s) de consultation garantissant la confidentialité et l'intimité, source d'eau propre, source d'électricité.
- Commodités essentielles des hôpitaux : commodités essentielles des CSB + ambulance, téléphone, ordinateurs et connexion Internet.

En 2015, seulement 30% des CSB sont construits selon les plans du MINSANP. Aussi, selon une enquête menée en 2014 par le MINSANP dans 15 régions, aucun CHR ni CHD et seuls 25% des CSB et 33% des CHU ont tous les éléments essentiels. Les plus mal lotis sont les CSB : plus de la moitié (56%) n'ont pas de source d'électricité et 19% n'ont pas de source d'eau (36).

Les bâtiments sont souvent vétustes, et la capacité d'accueil n'est pas toujours celle attendue. En exemple, le dispensaire de la commune d'Antanambao-Manampontsy, fusionnant un CSB 2 et un CHD 1, ne disposait pourtant que de trois lits en 2012, au lieu de la soixantaine attendue.



Figure 9 : Les trois lits du dispensaire de la commune d'Antanambao-Manampontsy, 2012 (39)

En matière d'équipements, beaucoup de plateaux techniques ne sont pas aux normes, mettant parfois la santé de la population en danger. Pour exemple, comme l'indique l'Express de Madagascar dans un article publié le 16/06/2017, les CSB de plusieurs communes ont pu conserver les doses de vaccins dans des glacières solaires au lieu des réfrigérateurs préconisés par le MINSANP. Ces vaccins sont pourtant destinés principalement aux nourrissons et aux femmes enceintes (40).



Figure 10 : Vaccins conservés dans une glacière solaire (40)

Outre la vétusté des infrastructures et équipements, la non-disponibilité de bon nombre de médicaments affecte la qualité de l'offre de soins.

- **Accessibilité géographique**

L'accessibilité géographique est insuffisante. Les CSB sont mal répartis sur le pays, au détriment des zones enclavées et éloignées, qui représentent environ 20% du territoire peuplé de Madagascar. Pourtant, la population de ces zones ne dispose pas des moyens de transports adéquats pour rejoindre les formations sanitaires les plus proches.

En 2015, 60% de la population habiterait à moins de 5 km d'un CSB, et seulement 53,52% des formations sanitaires publiques seraient accessibles toute l'année en partant du chef-lieu de district. Et dans 20 districts sanitaires, moins de 25% des établissements de soins sont accessibles 12 mois sur 12 par voiture.

Pour ce qui est des hôpitaux de référence, leur répartition géographique n'est également pas uniforme. En effet, 59 districts sanitaires ne disposent pas de CHD avec chirurgie (36).

2.3. La sécurité sociale (41–43)

Il existe quelques programmes de sécurité sociale à Madagascar, mais ils ne couvrent que les travailleurs du secteur formel, qui ne représentent qu'une infime partie de la population. En effet, les travailleurs du secteur informel, pourtant premier pourvoyeur d'emplois à Madagascar (93% des actifs exercent leur emploi principal dans le secteur informel en 2012), et surtout les pauvres sont exclus de ce système.

- La **CNAPS** (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale) est destinée aux travailleurs du secteur privé. Elle comporte trois branches : les prestations familiales, les maladies professionnelles et accidents de travail, et les risques vieillesse, invalidité et prestation des survivants en cas de décès. En revanche, elle ne prévoit pas de protection des risques maladies et chômage. En 2013, la CNAPS compte environ 528 000 affiliés, soit environ 5% des actifs. Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts par le régime malgache de sécurité sociale.

- L'**Assurance maladie des agents de l'Etat** : les fonctionnaires et les agents non encadrés de l'Etat bénéficient d'un régime spécifique de soins médicaux, d'hospitalisation et d'évacuation sanitaire. Les affiliés doivent avancer les frais, et l'assurance les rembourse par la suite.

- La **Caisse de Prévoyance de retraite des fonctionnaires** est en charge des risques vieillesse, de l'invalidité et du décès des fonctionnaires et des militaires.

Par ailleurs, plusieurs entreprises privées peuvent choisir de faire bénéficier leurs employés de services médicaux du travail, telle que l'Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter Entreprise (OSTIE). L'OSTIE permet aux salariés et à leurs ayants droit d'être pris en charge gratuitement pour le risque maladie : ils n'ont en effet aucun frais à avancer. Cependant, seuls les médicaments de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) sont disponibles dans ces structures ; si l'OSTIE n'est pas en mesure de délivrer le médicament adéquat, le patient devra se fournir dans une officine et payer l'intégralité des frais.

Mais seule une poignée de privilégiés sont bénéficiaires des services médicaux du travail. En effet, selon l'Enquête Nationale Emploi et Secteur informel de 2012, seulement 1% des actifs bénéficient d'une couverture en soins maladies. Pourtant, selon le code du travail, les entreprises privées formelles ont le devoir d'assurer une sécurité sociale à leurs employés.

Le reste de la population, pour ceux qui ont les moyens de se l'offrir, peuvent faire appel à des assurances privées.

2.4. La population pharmaceutique

Comme en France, un Ordre National des Pharmaciens (ONP) existe à Madagascar. L'ONP est une institution indépendante qui regroupe tous les pharmaciens exerçant leur art sur le territoire malgache. Son existence est autorisée par le Code de la Santé. Il a pour mission de :

- Réguler la profession ;
- Promouvoir la Santé Publique ;
- Représenter la Pharmacie auprès des autorités publiques, des différentes commissions du Ministère de la Santé et des Ordres professionnels ;
- Assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession (44).

En 2015, l'ONP compte 275 membres, dont 226 pharmaciens d'officine et 12 pharmaciens hospitaliers, le reste étant pharmaciens grossistes, inspecteurs, biologistes ou travaillant dans l'Administration Pharmaceutique. La population pharmaceutique par rapport à la population totale est pauvre : il y a moins de 14 pharmaciens par millions d'habitants (45).

Concernant les autres professionnels de santé, la Grande Ile abrite 4275 médecins, 2500 infirmiers et 983 chirurgiens dentistes (45).

2.5. L'administration pharmaceutique

Au niveau central, l'administration pharmaceutique est assurée par la Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT) et par la Direction de l'Agence du Médicament de Madagascar (DAMM), qui possède un statut autonome.

2.5.1. La Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle

La DPLMT dépend du MINSANP et dispose d'un Service de Gestion des Intrants de Santé. On entend par « intrant de santé », les médicaments (princeps ou génériques), les produits de laboratoire, les produits de génie génétique et les pesticides (38).

La DPLMT est chargée de l'administration de la démographie pharmaceutique, du suivi de l'approvisionnement en intrants de santé¹⁸ et de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Elle assure également le contrôle des drogues licites et les produits précurseurs (36).

2.5.2. L'Agence du Médicament de Madagascar

L'Agence du Médicament de Madagascar, créée en 1998, a pour mission d' « *assurer la qualité des médicaments à Madagascar dans les secteurs public et privé, dans le respect des normes nationales et internationales* » (46).

Ses activités gravitent autour de quatre grands axes :

- L'**enregistrement** des médicaments et produits de santé dans le but de leur octroyer une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à Madagascar ;
- Le **contrôle qualité** des médicaments par l'intermédiaire du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments (LNCQM);
- L'**inspection** des activités pharmaceutiques dans les secteurs public, privé et associatif, et la gestion de la démographie des établissements pharmaceutiques ;
- Le suivi de la **pharmacovigilance** dans les secteurs public et privé.

¹⁸ L'approvisionnement en intrants comprend leur sélection, leur quantification/prévision, la passation de marché/acquisition, le contrôle qualité, le stockage et la gestion de stock, la distribution et l'usage rationnel des intrants de santé.

2.6. Le circuit du médicament

Les médicaments pharmaceutiques distribués à Madagascar sont exclusivement importés de l'étranger, la dernière industrie pharmaceutique malgache (FARMAD) ayant fermé ses portes en fin 2011 sous pression de concurrence des firmes étrangères. Les premiers fournisseurs de Madagascar sont l'Asie (Inde, Chine) et l'Europe (47,48).

2.6.1. Le secteur public

Le pilier du circuit du médicament dans le secteur public est la « SALAMA »¹⁹, Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Consommables Médicaux de Madagascar.

2.6.1.1. La centrale d'achat SALAMA

- **Définitions**

SALAMA est une association à but non lucratif créée en 1996 par le gouvernement malgache, dont la mission est d'« *assurer l'approvisionnement permanent en médicaments essentiels génériques, consommables médicaux et matériel médical de qualité à prix abordables au niveau des formations sanitaires publiques et organismes privés à but non lucratif œuvrant dans le domaine de la santé à Madagascar* » (49).

Un médicament essentiel est « *un médicament qui répond aux besoins fondamentaux de la majorité de la population, permettant la prise en charge efficiente des pathologies les plus courantes d'un pays* » (49). Selon l'OMS, ces médicaments doivent être sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité. Ils doivent « *être disponibles en permanence et en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté* » (50). La liste nationale des médicaments essentiels (LNME) de Madagascar est établie par le MINSANP.

La SALAMA fait partie de l'Association Africaine des Centrales d'Achat de Médicaments Essentiels (ACAME).

19 SALAMA : Signifie « santé » en malgache.

- **Fonctionnement de la SALAMA**

Les médicaments essentiels génériques et consommables médicaux sont achetés par voie d'appel d'offre international afin d'offrir à la population les prix les plus bas. La SALAMA s'approvisionne annuellement, et essentiellement auprès de l'Asie (80 à 90% des achats, directs ou indirects²⁰). L'acheminement se fait soit par bateau (80%), soit par avion (20%) pour les produits de la chaîne du froid et les commandes urgentes.

Les médicaments sont ensuite distribués selon un « Planning d'Expédition Cyclique », un programme de distribution par axe et diffusé à tous les clients avant chaque début d'année (49). Ils sont livrés quatre fois par an pour les zones accessibles et deux fois par an pour les zones enclavées, aux unités de pharmacie des hôpitaux (CHU, CHR et CHD) et aux « Pharmacies de Gros de District » (PhaGDis), établissements gérés par les Services de Districts de Santé Publique (SDSP). Les SDSP sont par la suite responsables de la répartition des médicaments dans les pharmacies des CSB, appelées « Pharmacies à Gestion Communautaire » (PhaGeCom). La SALAMA ne fournissant que le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, les officines ne sont pas concernées.

La centrale travaille en collaboration avec l'Agence du Médicament, qui effectue chaque année des contrôles qualité sur un échantillonnage d'une vingtaine de médicaments environ. Les molécules restantes sont pris en charge par le Centre Humanitaire des Métiers de la Pharmacie (CHMP) une ONG dont le siège est basé en Auvergne, et qui bénéficie d'un laboratoire de contrôle qualité pré-qualifié par l'OMS.

Concernant son financement, la SALAMA dispose d'une autonomie financière totale et ne bénéficie d'aucune subvention du MINSANP. Ses revenus sont principalement issus de la vente des médicaments ou de ses prestations en termes de stockage et de distribution (51).

2.6.1.2. Financements

- **FANOME, le système de recouvrement des coûts**

Au niveau des CSB, la chaîne de distribution des médicaments fonctionne dans le cadre d'un système de recouvrement des coûts, créé en 2003. C'est le FANOME : « Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicaments » ou « *Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko*²¹ » en

²⁰ Achats indirects : Les fournisseurs européens achètent également leurs médicaments en Asie.

²¹ *Fandraisan' Anjara NO Mba Entiko* : traduire littéralement « J'apporte ma contribution ».

malgache. Le système étant basé sur la participation financière des usagers (PFU), le patient achète son médicament à un prix majoré de 35% par rapport au prix de vente de la SALAMA. Les recettes ainsi récoltées sont destinées au renouvellement des stocks de médicaments et à la gestion logistique et administrative des circuits. C'est ce système qui permet au SDSP de financer ses commandes groupées, grâce au recouvrement des coûts de chaque CSB.

Les CSB peuvent également utiliser ces profits pour rémunérer leurs différents employés et financer les frais relatifs à leur fonctionnement (eau, électricité...). Il est alors difficile - voire impossible - pour une structure de baisser les tarifs des médicaments pour les rendre plus accessibles aux patients, car l'argent encaissé lui permet de s'autofinancer (38).

- **Le Fonds d'Équité**

Le Fonds d'Équité (FE) est un système d'exemption qui a été créé afin de ne pas léser les populations les plus pauvres, qui n'ont pas les moyens de cotiser pour le FANOME. Le FE est une partie du FANOME (2,2%) exclusivement destinée à financer les soins des indigents du pays, l'objectif étant de leur garantir une prise en charge et des médicaments gratuits. Les habitants identifiés comme tels²² reçoivent une « carte de solidarité » à présenter au prestataire de santé. Ainsi, deux comptes distincts sont gérés par les CSB : le compte FANOME sur lequel sont versées les recettes du paiement des patients, et le compte FE sur lequel est transférée une faible proportion du compte FANOME pour la prise en charge des plus défavorisés. Certains CSB versent également sur le FE l'intégralité de la vente des dons de médicaments qu'ils ont reçus et certaines subventions. L'objectif du MINSANP est d'en faire bénéficier au moins 1% de la population totale.

Cependant, ce système est très mal exploité. En effet, l'identification est assez laborieuse : le personnel chargé de ce travail n'est généralement pas formé, le temps nécessaire est conséquent et beaucoup considèrent que les critères de sélection sont flous et difficilement applicables sur le terrain. Ce problème d'identification génère parfois des conflits entre le médecin du CSB et le chef de *fokontany*, leurs avis divergeant sur les personnes à prendre en charge par le FE.

De plus, la population accepte mal le terme malgache *mahantra*²³ associé à la carte de solidarité. Se sentant stigmatisée, elle préfère alors un itinéraire thérapeutique où elle n'est pas « montrée du doigt » ; le nombre de bénéficiaires du FE reste donc extrêmement limité et l'objectif de 1% de la population n'est pas atteint (16,52).

Depuis 2007, un FE a également été mis en place au niveau des hôpitaux. Il est alimenté en partie

22 L'identification des démunis se fait en amont par les chefs de quartiers/villages ou *fokontany*, selon des critères propres à chaque *fokontany*.

23 *Mahantra* : à traduire par « pauvre » ou « démunis ».

par l'Etat, auquel s'ajoutent 1,6% des recettes des médicaments et 5% de celles des consultations de l'hôpital. Là encore, les bénéficiaires du FE sont limités, mais en particulier à cause de la lourdeur de la procédure qui représente un frein à l'utilisation des fonds. De surcroît, les prestations fournies à l'hôpital étant plus complètes que celles des CSB, les sommes requises pour alimenter le FE sont beaucoup plus importantes. Elles devraient en théorie pouvoir financer, en plus des soins et des médicaments, les dépenses de nourriture pendant les séjours hospitaliers et les frais de transport des populations vivant dans les zones enclavées (42).

2.6.2. Le secteur privé

2.6.2.1. Les acteurs du circuit du médicament dans le privé (38,47)

La distribution des médicaments dans le secteur privé est assurée par les grossistes-répartiteurs. Ils sont plus d'une trentaine, dont six qui se partagent la majeure partie du marché. Les médicaments commandés par les grossistes transitent via les plateformes Eurapharma et Ubipharma et sont ensuite répartis auprès des officines privées et de structures nommées « dépôts de médicaments » ou « dépôts pharmaceutiques ».

Les dépôts de médicaments sont des points de vente de produits pharmaceutiques essentiels, et situés dans les localités dépourvues d'officines²⁴. Agréés administrativement par le MINSANP, ils ont été instaurés afin de pallier au manque de pharmaciens dans le pays, à une époque où il n'existait pas de faculté de pharmacie à Madagascar et que la profession n'était, par conséquent, que faiblement représentée. Leur gestion est confiée à des « dépositaires » qui, après une formation de trois mois au sein d'une officine, sont autorisés à ouvrir leur boutique et dispenser des médicaments listés (Annexe 1). Les dépositaires n'étant pas des pharmaciens, il n'est pas rare d'y trouver d'autres articles que des médicaments, comme des aliments ou encore des vêtements.

Selon le Code de la Santé malgache, « *l'ouverture régulière d'une officine de pharmacie interdit toute autorisation ultérieure d'ouverture de dépôt de médicaments dans un rayon 10 km et rend caduque toute autorisation antérieure délivrée au profit d'un dépôt de médicaments déjà fonctionnel [...]* » (53). Ainsi, n'étant autorisé à exercer qu'à titre palliatif, un dépositaire doit fermer son dépôt dans les trois mois suivant l'ouverture d'une officine à proximité de son commerce.

Aujourd'hui, bien qu'il soit désormais possible de suivre des études en pharmacie dans la Grande Ile, la grande majorité des pharmaciens nouvellement diplômés préfèrent exercer dans les villes,

24 En règle générale, un dépôt pharmaceutique peut s'implanter s'il n'existe pas d'officine dans un rayon de 10 km.

délaissant les campagnes. Les dépôts de médicaments jouent donc encore un rôle essentiel pour le milieu rural. En 2016, on en compte 1642.

2.6.2.2. Politique de prix des médicaments

A Madagascar, le prix de vente du médicament est libre dans la limite d'une marge fixée par l'ONP et le syndicat pharmaceutique à 20% pour la vente en gros, et 35% pour la vente au détail (38). Toutefois, le gouvernement ne dispose pas de système de surveillance des prix et les pharmaciens ne sont nullement tenus de mettre à disposition du public les informations relatives aux tarifs appliqués à leurs produits (54). Et si une limite de marge est imposée pour les officines, pour les dépositaires, un tel plafonnement n'existe pas encore. Ainsi, de grandes différences de prix peuvent être observées d'un établissement à un autre, ce qui pose le problème de l'accessibilité financière. La substitution d'un médicament princeps par son générique existe, mais elle n'est pas réglementée. Les pharmaciens et les dépositaires proposent donc les deux au patient, qui fait son choix en fonction de son budget (38).

2.6.2.3. La répartition géographique de la branche pharmaceutique

Madagascar présente une mauvaise répartition géographique de sa branche pharmaceutique. En effet, en 2014, même si l'île ne compte que 211 officines, plus de la moitié est implantée dans la capitale. De même, Tananarive regroupe beaucoup trop de grossistes pour le nombre d'officines qu'elle possède, concentrant 27 des 37 grossistes-répartiteurs de tout le pays.

Province	Nombre d'officines	Nombre de grossistes	Rapport officines/ grossistes
Tananarive	108	27	4
Tamatave	27	3	9
Diégo-Suarez	24	4	6
Fianarantsoa	18	1	18
Majunga	18	1	18
Tuléar	16	1	16
Total	211	37	5,7

Tableau 6 : La répartition des officines et des grossistes à Madagascar en 2014 (55,56)

3. Le marché illicite des médicaments

3.1. Définitions

En marge des secteurs public et privé s'érige un secteur informel du médicament. Le secteur informel se définit comme « l'ensemble des activités économiques qui se réalisent en marge de législation pénale, sociale et fiscale ou qui échappent à la comptabilité nationale ». En d'autres termes, c'est « l'ensemble des activités qui échappent à la politique économique et sociale, et donc à toute régulation de l'État » (57). Les médicaments concernés par ce circuit peuvent être bons ou mauvais.

Selon le Code de la Santé (français comme malgache), on entend par médicament « *toute substance, composition ou préparation présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques* » (53).

A contrario, un « médicament frauduleux »²⁵ est un « pseudo » produit de santé qui n'est pas ce qu'il prétend être, et qui est destiné à tromper le consommateur. En l'occurrence, cela concerne tous les produits médicaux de qualité inférieure (ne remplissant pas tous les standards de qualité requis ou annoncés), faux (placebos, produits toxiques), faussement étiquetés, falsifiés (fausse information concernant l'identité ou la source du produit) ou contrefaits (reproduction frauduleuse) (58).

Partout dans le monde, le marché informel des médicaments représente un véritable fléau, que ce soit dans les pays développés ou en développement, et son ampleur a atteint des proportions alarmantes ces dernières années.

25 « Médicament frauduleux » : ce terme n'est pas officiel mais propre à la présente thèse. Il désignera par la suite tout produit médical de qualité inférieure/faux/faussement étiqueté/falsifié/contrefait.

3.1.1. Dans le monde

D'après le rapport d'étude 2013 de l'Institut de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments (IRACM), le trafic de médicaments frauduleux concernerait 90 pays et tueraient plus de 700 000 personnes par an²⁶, soit l'équivalent de « quatre avions gros-porteurs remplis de passagers s'écrasant chaque jour » (59).

Les ventes de médicaments contrefaits auraient atteint 75 milliards de dollars en 2010 (soit une augmentation de 90% depuis 2005). Une statistique plus récente du World Economic Forum évaluerait même la contrefaçon des médicaments à 200 milliards de dollars²⁷, faisant de ce commerce le premier secteur de trafics illicites, devant la prostitution et la marijuana. Et même s'il est impossible d'obtenir des statistiques mondiales fiables sur l'ampleur du phénomène, l'IRACM estime qu'entre 2005 et 2013, la vente internationale de médicaments frauduleux aurait augmenté de 20% de plus que le marché légal (58).

Internet est notamment un outil très utile au crime organisé transnational. Universel, discret et flexible, le e-commerce est en forte croissance à l'échelle mondiale et la contrefaçon de médicaments y trouve facilement sa place. Selon une statistique de l'OMS, la proportion des médicaments achetés sur des sites Internet qui dissimulent leur adresse physique serait de 50%, et d'après une étude de l'Alliance Européenne pour l'Accès à des Médicaments Sûrs, 62% des médicaments achetés sur Internet seraient des contrefaçons (58). Enfin, 95% des pharmacies en ligne seraient contrôlées par des trafiquants (60).

26 Les zones les plus touchées sont l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine.

27 200 milliards de dollars : dix fois plus rentable que le trafic de drogue.

Les chiffres publiés par l'IRACM sur les saisies des médicaments frauduleux, ainsi que sur les conséquences de l'utilisation de ces produits pour l'année 2016, parlent d'eux-mêmes :

	Saisies	Conséquences
Afrique	- 94,4 tonnes de médicaments frauduleux - 85 types de produits vétérinaires	Aucune donnée disponible
Asie	- 425 000 comprimés et autres produits contrefaits ou illégaux - 2,2 milliards de dollars de médicaments frauduleux ou périmés	Aucune donnée disponible
Amérique Latine	- 604 500 comprimés illégaux - 2005 tonnes de médicaments frauduleux	Aucune donnée disponible
Europe	- 120 kg de comprimés illégaux - 72 000 faux médicaments érectiles, stéroïdes et antidépresseurs - 1 021 192 produits illicites & 1 276 912 doses de médicaments frauduleux	9 décès liés à la prise de médicaments frauduleux
Amérique du Nord	- 604 500 comprimés illégaux - 95 000 faux médicaments de fentanyl (analgésique opioïde) et antidépresseurs	- 1000 décès suite à une overdose de fentanyl - 145 décès liés à la prise de faux opioïdes

Tableau 7 : Chiffres relatifs au commerce de médicaments frauduleux dans le monde en 2016 (61)

Selon l'OMS, un médicament sur trois serait contrefait dans certains pays africains, asiatiques ou d'Amérique latine, et un médicament sur cinq dans les anciennes républiques soviétiques. Mais d'une manière générale, l'Inde²⁸ et la Chine restent les principales sources de production de médicaments frauduleux, fournissant à eux deux 75% des produits de santé trafiqués (60).

²⁸ L'Inde est le premier producteur de vrais et faux médicaments génériques à destination du marché noir.

3.1.2. A Madagascar

Comme bon nombre de ses voisins africains, Madagascar souffre d'un circuit illégal du médicament particulièrement tenace. Les différentes crises politiques ont considérablement appauvri le pays et le pouvoir d'achat des malgaches ne cesse de diminuer face à une inflation persistante. Une grande partie de la population peine à subvenir à ses besoins, et la santé n'est pas épargnée. Le coup d'État de 2009 n'aura pas laissé le système de santé indemne : diminution de l'accès aux centres de soins, dégradation des prestations de service essentiel, réduction de la disponibilité des intrants, augmentation des charges familiales. C'est de ce contexte socio-économique défavorable que se nourrit un marché noir du médicament toujours plus florissant.

3.2. L'émergence du marché illicite à Madagascar

Le marché noir, communément appelé marché « illicite » à Madagascar, aurait débuté dans les années 1980. Lors d'une campagne de prophylaxie du paludisme lancée en 1978, le MINSANP a permis la vente de chloroquine par les agents de santé des villages. Après l'arrêt du programme, ces agents ont repris cette activité à leur propre compte et ont ouvert de véritables points de vente de médicaments non enregistrés. Les vendeurs sur les marchés ainsi que les marchands ambulants sont apparus quelques temps plus tard, en s'approvisionnant via des détournements de dons à destination des hôpitaux. Par ailleurs, les épicerie de quartiers ont aussi commencé à détenir un minimum de cinq médicaments : paracétamol, cotrimoxazole, tétracycline, ibuprofène et aspirine (62).

Le commerce de médicaments dans les rues serait né au cœur du quartier de « 67 hectares ». Ce quartier, situé dans l'ouest de Tananarive, abritait la Cité universitaire. Selon les vendeurs de la capitale, ce sont les étudiants Betsileo²⁹ qui auraient eu l'idée de se lancer dans la vente de médicaments afin de financer leurs études. Le commerce s'avéra extrêmement rentable et les fruits furent tangibles : ils retournèrent dans leur commune d'origine au volant de voitures luxueuses, et construisirent de belles propriétés avec « l'argent du médicament ». Ces étudiants sont à la source d'un réel mythe³⁰ autour du médicament, perçu par les vendeurs contemporains comme un produit lucratif, un commerce facile et permettant de s'enrichir rapidement (47).

29 Betsileo : une des 18 ethnies malgaches. Signifie « les nombreux invincibles ».

30 Ce mythe a été identifié au travers de récits populaires connus par les vendeurs de rue de médicaments. Sa véracité est difficile à vérifier, la littérature sur l'histoire de ce commerce à Madagascar étant quasi-inexistante.

3.3. Organisation du marché illicite : le cas du quartier d'Ambohipo

A Madagascar, le quartier d'Ambohipo est reconnu nationalement comme étant la plaque tournante de la vente illégale de médicaments dans le pays. Situé au Sud-Est de la capitale, ce quartier animé abrite la cité universitaire et de nombreux commerces (boucheries, friperies, épiceries, quincailleries). C'est là que se déroule la majorité des transactions commerciales, en détail ou en gros : marchands et épiciers de la capitale ou d'ailleurs viennent s'y approvisionner, et chaque jour, des cartons remplis de médicaments sont envoyés dans l'ensemble de l'île (47).

3.3.1. L'approvisionnement

Les vendeurs ont plusieurs sources d'approvisionnement : les grossistes-répartiteurs, les officines, les dépôts de médicaments, les PhaGeCom, ou encore des dons détournés en provenance des ONG. Les médicaments peuvent être soit volés, soit vendus illégalement (47).

Mais des importations directes d'origine douteuse peuvent aussi être effectuées, notamment via Internet, et il n'est pas rare que quelques vendeurs proposent des préparations artisanales de pommades, par exemple (63).

3.3.1.1. Les dépôts pharmaceutiques

Les dépôts pharmaceutiques sont une source non négligeable de médicaments pour le marché illicite, si ce n'est la principale.

Le mécanisme est simple : au moment de faire sa commande auprès d'un grossiste, le dépositaire gonfle sa liste de médicaments. Le surplus ainsi reçu est ensuite acheminé vers un point de vente informelle. Les dépositaires et les vendeurs de rue sont souvent membres d'une même famille, et les points de revente peuvent être multiples. Les dépôts peuvent également effectuer des ventes en gros de médicaments, envoyés par cartons entiers via des taxis-brousse (47).

3.3.1.2. Les officines

Malheureusement, les dépôts ne sont pas les seuls à alimenter sciemment ce circuit parallèle. Il arrive que certains pharmaciens revendent les boîtes de médicaments offertes en guise de remise par leurs grossistes. Pire encore, ils profitent du commerce pour liquider leurs lots de médicaments périmés ou périmant bientôt en les revendant à moindre prix afin de minimiser leurs pertes (38).

3.3.1.3. Internet

Pour ce qui est de l'achat de médicaments sur Internet, Madagascar a trouvé, comme de nombreux autres pays, un intérêt particulier à ce mode d'approvisionnement. Les produits proposés sont variés, souvent à des prix alléchants, fabriqués en Inde ou en Chine. Seulement, les médicaments achetés à bas prix via Internet sont généralement des médicaments frauduleux.

3.3.2. La vente

3.3.2.1. Une affaire familiale

À la tête du commerce, on retrouve des Betsileo de 20 à 55 ans, tous originaires d'une même commune dans le district d'Ambositra, à 400 km au Sud de la capitale. D'abord agriculteurs, ils ont ensuite été sollicités par un parent habitant dans la capitale, soit pour aider à démarrer un commerce, soit pour devenir apprentis afin de prendre la suite des affaires de leur proche. Si le rythme de la ville est bien différent de celui de la campagne, leur nouveau travail semble leur convenir. Habitué à travailler dans des postures pénibles et par tous les temps, la vente leur permet de rester assis toute la journée. Au bout de quelques mois de pratique, ces nouveaux commerçants ont appris l'essentiel de leur métier : le nom des médicaments, princeps ou génériques, leurs indications, la gestion des livraisons et des commandes, la gestion des stocks en fonction de la saisonnalité des maladies.

Il y a deux types de vendeurs : ceux qui vendent au détail, et les grossistes (47).

3.3.2.2. Les points de vente

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, tous les marchands de médicaments ne vendent pas dans la rue ou sur les étalages des marchés. C'est le cas à Ambohipo : certains points de vente peuvent se révéler être de véritables boutiques aménagées. Quand les vendeurs au détail reçoivent leurs clients chez eux, les médicaments entreposés dans une armoire fermée avec un cadenas, les grossistes, eux, possèdent un magasin attenant à leur maison ou à un autre de leur commerce (47).

3.3.2.3. Les racoleurs

Comme les points de vente ne sont pas visibles depuis la rue, un métier de « racoleur » a été mis en

place afin de jouer les intermédiaires. Munis de boîtes vides, ils accostent les passants pour les rediriger vers les boutiques. Les racoleurs peuvent soit travailler pour les vendeurs, soit pour leur propre compte. Majoritairement des hommes, ils apprécient la mobilité, la flexibilité, et surtout le salaire que leur offre ce métier (entre 1007Ar et 25 836Ar par jour, soit respectivement 0,30€ et 7€), plus élevé que leurs précédents métiers (gardiens, jardiniers, receveurs de bus...). La méthode semble efficace pour attirer les acheteurs, car ils sont estimés à une quarantaine dans le quartier (47).

3.3.2.4. La concurrence entre vendeurs

Malgré l'inévitable concurrence entre les vendeurs, il n'y a pas de stratégie marketing particulière pour séduire les clients. Chacun gère son entreprise à sa manière et selon ses propres logiques : les médicaments et les prix diffèrent d'un commerçant à l'autre et tous ne s'approvisionnent pas via les mêmes filières. Les vendeurs essaient toutefois, pour se démarquer des autres et fidéliser leur clientèle, d'être à l'écoute des malades, de leur offrir un bon accueil en réduisant par exemple le temps d'attente, de leur prodiguer des conseils. Mais dans l'ensemble, ils se disent plutôt solidaires les uns envers les autres, et peuvent se dépanner ponctuellement en cas de coups durs. En plus de cette entraide dans le travail, les Betsileo du quartier font tous partie d'une même association qui consiste essentiellement à rassembler des dons monétaires en cas de deuil survenu au sein de leurs familles (47).

3.3.2.5. Un semblant de dispensation

La majorité des commerçants au détail déclarent se contenter de vendre au client le médicament demandé et dans les quantités désirées. Bien évidemment, aucune question n'est posée concernant les symptômes du malade, ses antécédents, et aucune recommandation n'est donnée sur la manière de prendre le médicament ou sur les contre-indications. Dans le meilleur des cas, les acheteurs ont consulté un médecin avant de se rendre au point de vente, mais il n'est pas rare qu'ils viennent chercher des conseils sur le traitement à prendre, soit pour eux-mêmes, soit pour un proche. Certains vendeurs jouent alors aux apprentis thérapeutes : ils consultent, posent un diagnostic parfois approximatif, identifient le produit adapté selon eux à chaque cas. Sans surprise, les réponses peuvent être extrêmement variables pour un même produit ; les conseils changent surtout en fonction du budget du client. Mais dispensateurs ou non, l'objectif est le même et il n'est pas en lien avec la santé publique : conclure le maximum de vente pour faire fleurir leur commerce. Même

si l'état de santé du malade n'exige pas la prise de tel ou tel médicament, le vendeur incitera toujours le client à acheter ses produits (64).

3.3.2.6. La vente en province

Il n'y a pas que la capitale qui bénéficie des services du quartier d'Ambohipo : certains vendeurs ont de fidèles clients dans d'autres provinces. Les intéressés commandent par téléphone et soit quelqu'un vient chercher les produits sur place, soit ils sont envoyés par taxi-brousse : dans ce cas, le règlement se fait via des plateformes de paiement et de transfert d'argent, directement accessibles depuis un téléphone mobile (47).

3.3.2.7. Un commerce lucratif ?

Certains vendeurs prospèrent réellement grâce à leur affaire. Pour eux, la promesse attachée au mythe du médicament s'est réalisée : ils détiennent de beaux espaces de vente, ont une grande quantité de références à proposer à leur clientèle et peuvent vivre de leur métier sans avoir besoin de recourir à d'autres activités génératrices de revenus.

D'autres, au contraire, semblent avoir du mal à joindre les deux bouts et se voient contraints de multiplier les activités de vente. Leur boutique propose, en plus des médicaments, des snacks, des pâtisseries, des beignets artisanaux ou encore des jus naturels. Ils habitent parfois même dans des habitats délabrés, exigus, au milieu de la saleté et des rats.

Ce contraste frappant nous amène donc à nous demander ce qui peut bien faire la différence entre l'un ou l'autre vendeur, et elle semblerait résider dans leur type de clientèle (47).

3.4. La clientèle d'Ambohipo

Même si un tel commerce semblerait s'adresser aux populations pauvres de Madagascar, il n'y a pas réellement de « client type ». Les clients viennent de tous horizons, sont de tous âges, mais également de toutes classes sociales.

3.4.1. Les particuliers

Les particuliers peuvent se présenter soit avec une ordonnance actuelle, soit avec une ordonnance passée pour traiter une même maladie qu'ils ont eu, soit avec une boîte de médicament vide, ou

juste en donnant le nom du médicament. Quoi qu'il en soit, les commerçants vendent le médicament s'ils l'ont en stock.

Les clients profitent également du marché illicite pour se procurer les traitements de leur maladie chronique (diabète, maladies cardiovasculaires...), parfois deux à trois fois moins chers qu'en officine (47).

3.4.2. Des professionnels de santé

Dramatiquement, la clientèle la plus intéressante pour les vendeurs sont les médecins, qu'ils soient issus du secteur public ou privé. Ces médecins viennent s'approvisionner pour revendre des médicaments à leurs patients, juste après la consultation, afin de gonfler leurs revenus. Or, selon le Code de la Santé malgache, seuls les pharmaciens (et dépositaires agréés) ont le droit de vendre et de dispenser un médicament : « [...] sont réservées exclusivement aux pharmaciens, la vente au détail et la délivrance à titre onéreux ou à titre gratuit des médicaments et autres produits soumis aux mêmes dispositions [...] » (53). L'État sanctionne donc « toute personne qui vend et dispense au public un médicament, ou qui prépare un médicament sans être titulaire du diplôme de pharmacien reconnu par l'État Malagasy et par l'Ordre de Pharmaciens [...] » (53).

Ces médecins, qui pratiquent également une forme de vente informelle, viennent avec une liste de médicaments et alimentent le réseau en s'approvisionnant régulièrement et parfois en grandes quantités, en fonction des besoins et de la demande de leurs patients (47).

Ainsi, il semble que le succès d'un commerce par rapport à un autre réside dans la capacité d'un vendeur à attirer et fidéliser sa clientèle de médecins.

3.5. Les dangers du marché illicite

La nature des médicaments qui circulent dans le marché illicite est multiple. Ça peut être soit des médicaments frauduleux, soit de vrais médicaments, à la formulation correcte et au bon dosage, périmés ou non.

3.5.1. Les médicaments frauduleux

A Madagascar, la population n'est pas à l'abri des médicaments frauduleux, bien au contraire : le manque de contrôle et la corruption sont notamment deux facteurs qui favorisent l'entrée et la vente

de ces produits sur le territoire malgache. Beaucoup sont vendus contre le paludisme, la tuberculose, le SIDA : des pathologies lourdes pour lesquels les vendeurs trouveront toujours des acheteurs (38).

Les conséquences de l'ingestion d'un médicament frauduleux peuvent être nombreuses. Dans le pire des cas, le client tombe sur un faux médicament contenant un produit toxique et décède des suites de cette consommation. Les médicaments falsifiés, contrefaits ou sous-dosés peuvent aggraver la maladie ou bien favoriser l'apparition de nouveaux maux. Mais la prise d'un placebo peut être tout aussi dangereuse selon la pathologie traitée : le malade consomme ce qu'il pense être un médicament efficace et peut finir par décéder, faute de réel traitement.

3.5.2. Les « vrais » médicaments

Malheureusement, l'achat d'un vrai médicament ne garantit pas forcément l'amélioration de l'état de santé du malade. Premièrement, le médicament peut être périmé. Ses effets peuvent alors s'estomper voire s'annihiler, et dans ce cas, cela revient à consommer un placebo. Deuxièmement, avoir recours au marché illicite signifie parfois ne pas consulter de médecin, se fier aux conseils de vendeurs non qualifiés à la dispensation de produits de santé, et pratiquer l'automédication à outrance. Alors même si la date de péremption est bonne, le consommateur s'expose tout de même à des risques plus ou moins graves pour sa santé :

- un mauvais diagnostic qui peut amener le client à acheter un médicament sans lien avec sa pathologie ;
- la prise d'un médicament contre-indiqué à son état de santé ;
- la prise concomitante de plusieurs médicaments contre-indiqués entre eux ;
- une prise inadaptée (au mauvais moment ou d'une mauvaise manière) ;
- un sous-dosage (qui peut notamment faire apparaître une résistance au traitement s'il s'agit par exemple d'une antibiothérapie) ;
- un surdosage.

3.5.3. Le stockage

Les mauvaises conditions de stockage d'un produit de santé peuvent le dégrader et diminuer son efficacité, ou le rendre impropre à la consommation. C'est surtout le cas pour les médicaments vendus sur les étals des marchés, exposés au soleil, à la chaleur, à l'humidité, la saleté ambiante, et parfois entreposés au milieu de produits toxiques.

3.5.4. Des conséquences économiques

Outre les retombées sanitaires désastreuses que peut induire le marché illicite des médicaments, les conséquences sur l'économie malgache ne sont pas à négliger. La mauvaise consommation de médicaments ou la consommation de médicaments frauduleux sont susceptibles d'entraîner des frais de traitement supplémentaires, l'augmentation de l'absentéisme au travail, et donc une baisse de la productivité et une accentuation de la pauvreté (63).

3.6. Les raisons de la subsistance du marché illicite

Malgré les nombreuses répercussions négatives sur les consommateurs, le marché informel ne cesse d'être alimenté. Il est donc normal de se demander pourquoi ce marché reste si attrayant aux yeux des acheteurs et pourquoi ces derniers sont prêts à prendre le risque de compromettre leur santé. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation, notamment la mauvaise accessibilité financière, la proximité sociale ou encore l'ignorance.

3.6.1. L'accessibilité financière des médicaments : l'étude OMS/HAI (38)

3.6.1.1. Contexte de l'étude

Dans sa thèse de Doctorat en Pharmacie « Disponibilité et accessibilité aux médicaments dans les pays en développement : situation à Madagascar en 2009 », le Docteur SANDID décrit l'enquête de terrain qu'elle a menée à Madagascar, dans le but d'apporter des informations tangibles sur le prix, la disponibilité et l'accessibilité financière de plusieurs médicaments et des composantes des prix dans la chaîne d'approvisionnement. Cette enquête a été réalisée selon le manuel d'étude « *Measuring medicine prices, availability, affordability and price components, 2nd Edition* » érigé conjointement par l'OMS et l'HAI (Health Action International : « Action Internationale pour la Santé »). Elle porte sur quatre zones définies (Tananarive, Antsirabe, Ampefy et Majunga), que ce soit pour le secteur public ou privé, et la liste compte 72 médicaments (princeps ou générique), pour un total de 36 molécules.

En ce qui concerne l'accessibilité financière, SANDID a recueilli, entre autres, le prix payé par un patient pour des médicaments essentiels ainsi que les écarts de prix entre un médicament princeps et son générique équivalent. L'étude s'est focalisée sur cinq pathologies : l'hypertension artérielle,

l'asthme, l'infection respiratoire chez l'adulte, l'infection respiratoire chez l'enfant et la douleur chez l'enfant.

Pour une meilleure visibilité, le coût du traitement a été converti en nombre de journées de travail d'un employé non qualifié du secteur public. En effet, l'Ariary³¹ étant bien inférieure à l'euro, il serait difficile de se rendre compte de la valeur des médicaments en monnaie malgache ; la journée de travail apporte une vision plus claire. Le salaire journalier est calculé d'après le décret 2008-110 du Ministère de la fonction publique, du travail et des lois sociales de Madagascar : le salaire minimum d'embauche étant fixé à 70 025Ar (19€), on considère qu'un tel employé gagne environ 2334Ar (0,60€) par jour (en considérant qu'un mois est composé de 30 jours).

3.6.1.2. Résultats

- **Hypertension artérielle**

	Secteur privé			
	Princeps		Génériques	
Traitement	Prix médian du traitement	Nombre de jours de travail	Prix médian du traitement	Nombre de jours de travail
Aténolol 50mg 1 cp/j ³²	18 500Ar	7,9	1928,45Ar	0,8
Captopril 25mg 2 cp/j	49 800Ar	21,3	7600,02Ar	3,3

Tableau 8 : Comparaison de deux traitements antihypertenseurs dans le secteur privé³³, sous forme de comprimés, prescrits pour une durée d'un mois (38)

D'après les résultats, il apparaît que le prix des génériques pour un traitement antihypertenseur reste abordable pour la majorité de la population malgache. En revanche, le prix des princeps sont presque 10 fois supérieur pour Aténolol, et 6,5 fois supérieur pour Captopril. Un fonctionnaire malgache ne consacra évidemment pas 21 jours de sa paie mensuelle pour son traitement

31 1€ = 3690,85Ar ; 1Ar = 0,00027€.

32 cp/j : comprimé par jour.

33 Pour cette pathologie, seul le secteur privé est considéré car les données obtenues dans le secteur public étaient insuffisantes et ne permettaient pas un raisonnement pertinent.

antihypertenseur.

- **Asthme**

	Secteur privé			
	Princeps		Génériques	
Traitement	Prix médian du traitement	Nombre de jours de travail	Prix médian du traitement	Nombre de jours de travail
Salbutamol spray 100mcg/dose (200 doses) <i>2-3 doses par crise</i>	2 620 000Ar	1122,5	1 300 000Ar	557

Tableau 9 : Le prix du Salbutamol dans le secteur privé (38)

	Dépôts pharmaceutiques			
	Princeps		Génériques	
Traitement	Prix médian du traitement	Nombre de jours de travail	Prix médian du traitement	Nombre de jours de travail
Salbutamol spray 100µg/dose (200 doses) <i>2-3 doses par crise</i>	2 800 000Ar	1199,7	1 410 000Ar	604,1

Tableau 10 : Le prix du Salbutamol dans les dépôts pharmaceutiques (38)

L'asthme est un exemple de pathologie dont le prix du traitement est complètement inaccessible pour la majorité de la population malgache ; le générique, déjà bien moins cher que le princeps, nécessite à lui seul environ 20 mois de travail. D'autant plus que le Salbutamol ne traite que les symptômes de la crise, un traitement de fond étant encore nécessaire pour une prise en charge complète de la pathologie.

Les études sur l'asthme bronchique en Afrique sont entravées par le manque de données fiables pour la grande majorité des pays du continent. Toutefois, une étude épidémiologique portant sur 1236 écoliers de 7 à 14 ans en milieu urbain à Madagascar a été menée en 2013 et retracée dans le livre

« *High Asthma Prevalence Among Inner-City Schoolchildren in Antananarivo (Madagascar)*³⁴ ». Les résultats montrent une prévalence globale de la respiration sifflante de 25,2% (1 enfant sur 4), et une prévalence ponctuelle de l'obstruction bronchique réversible de 9% (1 enfant sur 11) pour un sous-groupe de 111 élèves. L'asthme bronchique serait donc une pathologie assez fréquente chez cette population cible, en tenant compte de l'impact majeur des facteurs socio-économiques et de la pollution de l'air (65).

Bien que cette étude ne se concentre que sur une petite partie de la population, elle peut nous donner une idée de l'importance de cette maladie à Madagascar. On peut donc se demander comment un malgache moyen peut se soigner s'il n'a pas les ressources nécessaires pour acheter son traitement.

- **Infection respiratoire chez l'adulte et l'enfant**

Traitement	Secteur	Coût (Nombre de jours de travail)	
		Princeps	Génériques
Ciprofloxacine 500mg <i>2 cp/j pendant 7j</i>	Public	-	0,8
	Privé	43,3	1,2
	Dépôt	-	1,2
Amoxicilline 500mg <i>3cp/j pendant 7j</i>	Public	-	1
	Privé	5,5	1,3
	Dépôt	-	1,3
Ceftriaxone 1g injectable <i>1 dose</i>	Public	-	1,1
	Privé	14,1	1,5
	Dépôt	-	1,2

Tableau 11 : Comparaison des coûts de trois antibiothérapies chez l'adulte (38)

34 « Prévalence élevée de l'asthme chez les écoliers d'Antananarivo (Madagascar) ».

Traitement	Secteur	Coût (Nombre de jours de travail)	
		Princeps	Génériques
Cotrimoxazole suspension (200mg+ 40mg)/5ml <i>1-2 c mes/j</i> ³⁵	Public	-	35,2
	Privé	249,5	57
	Dépôt	-	85

Tableau 12 : Coût d'une antibiothérapie chez l'enfant (38)

Si le traitement pour adulte est abordable (environ une journée de travail pour chaque générique, quel que soit le secteur), il l'est beaucoup moins pour l'enfant. En effet, il représente plus d'un mois de salaire quel que soit le lieu de l'achat. Un adulte malgache aura donc plus de difficulté à financer les soins de son enfant plutôt que les siens ou ceux de son conjoint. Cette conclusion est à mettre en lien avec la mortalité infantile, essentiellement liée aux maladies infectieuses (après la malnutrition) et dont le taux est encore élevé à Madagascar : 35,9‰ en 2016 (13).

- **Prise en charge de la douleur chez l'enfant**

Traitement	Secteur	Coût (Nombre de jours de travail)	
		Princeps	Génériques
Paracétamol suspension 24mg/ml, <i>60mg/kg/j pendant 3j</i>	Public	-	-
	Privé	108	25,1
	Dépôt	-	28,9

Tableau 13 : Coût du traitement de la douleur chez l'enfant pour 45ml de suspension à administrer (38)

Encore une fois, le traitement s'avère plutôt onéreux, alors qu'il ne s'agit que de 3 jours de traitement. A noter que l'accessibilité est ici calculée pour 45ml de suspension à administrer (soit 3 c.à.c/j³⁶ pendant 3 jours pour un enfant de 6kg), alors que l'Effergal® pédiatrique est conditionné en flacon de 90ml. Le coût du médicament est donc deux fois plus cher.

Il n'y a pas d'information pour le générique dans le secteur public, mais l'étude ne spécifie pas s'il s'agit d'un manque de données ou tout simplement de l'indisponibilité du médicament dans ce secteur.

35 c mes : cuillère mesure

36 c.à.c : cuillère à café

3.6.1.3. Conclusion de l'étude

Comme partout ailleurs, le princeps est beaucoup plus cher que le générique équivalent, quel que soit le secteur étudié. Il arrive souvent que le princeps ne soit disponible que dans le secteur privé ; le prix de vente des médicaments en officine étant libre, les traitements peuvent vite devenir inaccessibles pour la majorité des ménages malgaches. Le MINSANP devrait donc promouvoir la substitution, qui permettrait d'une part d'augmenter le pouvoir d'achat d'un malgache, et d'autre part, d'améliorer la disponibilité en médicaments sur le terrain.

Les dépôts pharmaceutiques, pour leur part, semblent proposer des produits encore plus chers qu'en officine. Ceci est peut-être dû au fait que les dépositaires profitent d'être seuls sur plusieurs kilomètres et de n'avoir aucun plafonnement de marge pour appliquer le tarif qu'ils souhaitent.

Le point positif concerne l'accessibilité des antibiotiques qui semble relativement correcte (environ 1 jour de travail en moyenne), mais pour ce qui est des traitements de maladies chroniques, elle est très mauvaise.

Quant aux traitements infantiles, les pathologies touchant les enfants nécessitent généralement des sommes importantes ; c'est pourquoi de nombreuses ONG axent leurs programmes sur les soins destinés aux enfants à Madagascar.

Se pose également le problème d'équilibre entre le secteur privé et le secteur public. En effet, il y a d'un côté le secteur privé plus fourni mais plus cher, et de l'autre, le secteur public plus accessible, mais qui ne garantit pas la disponibilité de tous les médicaments essentiels. Il est donc primordial de mener une politique de médicaments essentiels satisfaisante pour un meilleur accès aux soins, l'aspect financier étant incontestablement un frein pour la santé de la majorité de la population.

3.6.1.4. Situation actuelle

Depuis 2016, les malgaches déplorent une hausse des prix des médicaments dans les officines, avec un taux d'au moins 10%. Les antibiotiques seraient particulièrement touchés, mais également les médicaments contre l'hypertension, l'asthme et l'allergie. Les médicaments fabriqués en Europe seraient les principaux concernés par cette augmentation. Outre la dévaluation de l'Ariary ou encore du coût du transport des médicaments jusqu'à la Grande île, cette évolution serait due à la hausse des tarifs de médicaments en Europe même, couplée au fait que certains laboratoires européens auraient suspendu la fabrication de quelques-uns de leurs produits de santé. Le marché du médicament à Madagascar étant complètement dépendant des importations, la conséquence a été une rupture de stock chez quelques grossistes malgaches. D'autres ont alors vu une opportunité de

réviser leurs prix à la hausse, en particulier pour les génériques. Depuis le mois d'Août 2017, avec l'épidémie de peste, c'est le Cotrim® (Cotrimoxazole) qui détient le record d'augmentation des prix, la ruée vers ce médicament ayant provoqué sa pénurie (66,67).

Ainsi, face à des prix souvent inabordables dans le circuit licite du médicament, les patients n'ont d'autre choix que de se tourner vers la vente de rue et sur les marchés, où les coûts semblent plus adaptés à leur modeste budget. En effet, dans son mémoire « Analyse économique des risques de santé liés à l'utilisation des médicaments vendus sur le marché informel », Mdahoma MOHAMED TOIHIR rapporte, selon l'enquête de terrain qu'il a menée auprès de plusieurs consommateurs à Tamatave, que 42,5% d'entre eux justifieraient le recours au marché noir par le fait qu'ils ont des difficultés à mobiliser de l'argent pour leur santé (64).

3.6.2. La proximité sociale et culturelle

A l'offre de médicaments moins chers, s'ajoute la proximité sociale et culturelle. En effet, un écart se creuse entre les professionnels de santé et la population la plus modeste. D'un côté, des personnes diplômées, cultivées, et gagnant un bien meilleur salaire que la moyenne ; de l'autre, une population analphabète à 28,3% et dont 92% vit en-dessous du seuil de la pauvreté. De plus, les locaux de l'officine et l'atmosphère qui y règne peuvent lui sembler bien peu familiers. Les acheteurs trouveront alors plus rassurant de choisir leurs médicaments auprès d'un vendeur qu'ils connaissent et dans un environnement qu'ils maîtrisent culturellement, la rue et les marchés étant généralement pour eux des lieux de leur vie quotidienne (64). Et dans un pays où le marchandage est intégré aux mœurs des habitants, les prix des médicaments peuvent toujours être négociés. Au-delà des avantages économiques qu'apporte le marché illicite, son ambiance favorise une convivialité totalement absente dans le secteur formel (38).

3.6.3. La flexibilité des vendeurs

Un autre atout du marché illicite est qu'il est possible d'acheter à l'unité. Les marchands déconditionnent les médicaments pour ne donner que la quantité désirée par leurs clients, alors que l'officine vend ses produits de santé dans leurs emballages d'origine, avec une quantité déterminée et à un prix fixe. Ce fonctionnement donne au malade la possibilité d'adapter son traitement en fonction de son budget. Par ailleurs, certains commerçants ont déjà leurs « habitués » et n'hésitent pas à accepter les achats à crédit pour accommoder et fidéliser leur clientèle. La flexibilité des

vendeurs est un argument de poids car elle attire 50% des consommateurs (64).

3.6.4. L'accessibilité géographique et la qualité de service

Même si le secteur public est plus abordable en termes de budget, la mauvaise répartition des CSB joue grandement en leur défaveur, et tout particulièrement pour les populations des zones enclavées qui n'ont aucun moyen de transport pour se déplacer. De surcroît, les ruptures de stocks et parfois l'accueil médiocre poussent les patients à ne plus fréquenter ces structures en cas de maladie.

Ces propos d'un acheteur ont été recueillis par MOHAMED TOIHIR lors de son enquête : *« Pourquoi aller à l'hôpital, attendre trois heures, avant d'être reçu par un infirmier qui va me donner une ordonnance, sans même me consulter, avec 4 ou 5 médicaments que je ne pourrai même pas payer ? Je préfère aller directement chez la vendeuse du marché. Tout au moins, avec elle, je pourrai discuter »* (64).

Pour les consommateurs, le marché illicite représente un accès privilégié aux produits de santé et un réel gain de temps : les vendeurs sont disponibles à n'importe quel coin de rue, aux arrêts de bus, près de leur domicile ou de leur lieu de travail, et soignent évidemment leur accueil pour faire revenir leurs clients.

3.6.5. L'ignorance

Beaucoup de malades se tournent vers le marché informel par ignorance : ils ne sont pas conscients des dangers qu'il représente, ou du moins les minimisent par manque d'informations. Le risque est accru pour les populations analphabètes, qui souvent ne peuvent se fier qu'au vendeur pour savoir ce qu'ils achètent. Il est possible qu'un commerçant profite de la naïveté de son interlocuteur pour lui vendre un médicament avec une mauvaise indication (par exemple, un hypertenseur pour la fièvre d'un enfant) ; toutefois, il n'est pas exclu qu'il le fasse également lui-même par ignorance.

Pourtant, il n'y a que très peu - voire pas - de plainte formelle. Cela est probablement dû au fait qu'une grande partie du peuple malgache associe les événements de leur vie au *vintana* (le « destin »), fondement de la culture malgache encore très ancrée dans les mentalités. Pour ceux qui y croient, la naissance comme la mort, le mariage, la maladie, le handicap et tous les aléas de la vie arrivent selon le *vintana* qui régit leurs vies. Ainsi, un décès lié à la prise du mauvais médicament ou d'un médicament frauduleux est susceptible d'être attribué tout simplement à la fatalité.

Malheureusement, la vivacité des croyances de ces malgaches peut également être un frein à leur santé.

3.6.6. La responsabilité des autorités

L'attrait des acheteurs pour le marché illicite est loin d'être le seul facteur favorisant de ce fléau. En effet, le gouvernement détient une grosse part de responsabilité, que ce soit par passivité ou par manque de moyens. Dans sa Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en octobre 2016, le MINSANP met en lumière plusieurs problèmes qui avantagent le marché noir (68) :

- **Manque de contrôle** aux frontières ;
- **Absence de textes réglementaires relatifs aux ventes par Internet** des intrants de santé ;
- **Insuffisance de supervision/audit de l'ensemble de la chaîne de distribution** et le manque de mesures correctives ou de sanctions. Cela favorise notamment la vente illégale des médicaments par les officines ou les dépôts pharmaceutiques ;
- **Défaillance du système national de régulation pharmaceutique**, d'inspection et de sanctions, contribuant à la prolifération d'un système de distribution parallèle d'intrants de santé n'ayant reçu aucune AMM et/ou de qualité inférieure ;
- **Faible performance de l'inspection pharmaceutique**, due à un effectif très restreint d'inspecteurs et à l'inexistence d'un Corps de Pharmaciens Inspecteurs formés et assermentés ;
- **Volonté politique insuffisamment exprimée** dans la lutte contre les médicaments de la rue. En Octobre 2009 au Bénin, la Fondation Chirac³⁷ lançait « l'appel de Cotonou », invitant les pays à s'engager pour « *la mise en place, sur le terrain, d'instruments efficaces de lutte contre le trafic ; avec des personnels formés et des dispositifs répressifs adaptés à la réalité du trafic des faux médicaments* », et pour « *la sensibilisation et l'information du public sur les méfaits des faux médicaments* ». Le refus de Madagascar de répondre à cet appel est un exemple frappant du manque de volonté ferme jusque-là démontrée par l'État pour éradiquer ce commerce (38) ;
- **Manque de stratégie** coordonnée contre la vente illicite des médicaments ;
- **Inexistence de système de sécurisation** de l'authenticité des médicaments, encourageant la contrefaçon et la falsification.

Ainsi, l'État devra faire face à toutes ces difficultés afin d'assainir le circuit de distribution des médicaments et de réduire le marché illicite - voire y mettre un terme.

37 La fondation Chirac travaille, entre autres, pour l'accès à une santé et des médicaments de qualité, la lutte contre le trafic des médicaments frauduleux étant en ligne de mire.

3.7. Les moyens de lutte : un comité spécialisé

A Madagascar, la lutte contre ce fléau a réellement débuté avec la mise en place par le MINSANP d'un « Comité National de Lutte Contre le Marché Illicite des Médicaments à Madagascar », aujourd'hui appelé « Comité Interministériel de Lutte Contre le Marché Illicite des Médicaments à Madagascar » ou CILCMIM.

Le CILCMIM définit, anime et coordonne la politique du Gouvernement en matière de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments. Il est responsable :

- du développement et de la mise en œuvre d'un programme national de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments ;
- de la mise à jour et de l'adaptation des textes législatifs et réglementaires sur le contrôle des médicaments ;
- de la prévention de l'utilisation impropre et abusive des médicaments, l'information sanitaire des familles, des enseignants et du public, l'assistance aux initiatives dans les domaines de la prévention et de l'information ;
- de l'établissement d'un système fiable de recueil et d'analyse des données sur l'ampleur et les caractéristiques nationales de la contrefaçon et du marché illicite des médicaments ;
- de la formation des personnels intervenant dans la lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments ;
- de la coopération internationale (69).

3.7.1. Le Comité National de 2009 à 2015

3.7.1.1. Sa création

Depuis la mise en place de l'Agence du Médicament en 1998, quelques actions de poursuites ont été réalisées à partir de 2002 mais les résultats obtenus ont été assez faibles - voire nuls -, le phénomène ne cessant de prendre de l'ampleur.

Face aux difficultés à résorber une pratique déjà installée depuis une trentaine d'années, un Comité National de Lutte contre le Marché Illicite de Médicaments (CNLCMIM) a été créé au sein du Ministère de la Santé par le décret n° 2009-1024 du 30 juillet 2009 (62). Le CNLCMIM, composé de représentants du MINSANP, des Ordres de Santé et d'autres ministères tels que le commerce, la justice, ou encore la sécurité publique, n'a pu réellement entrer en fonction qu'à partir de Février

2011. Ses missions initiales tournaient exclusivement autour du marché noir, sans objectif spécifique concernant la contrefaçon.

3.7.1.2. Ses actions

Avant même la création du comité, l'ONP avait commencé plusieurs actions de sensibilisation : émissions radios ou télévisées, insertions presse, organisations de conférences/débats... Et afin de toucher les populations qui ne possèdent pas de téléviseur, les pharmaciens étaient allés au plus près des consommateurs en organisant des journées d'informations en plein air, au cœur des quartiers. Dans le cadre de ces journées, des artistes populaires ont pu être sollicités afin d'utiliser leur notoriété pour une meilleure visibilité (composition de chants portés sur le sujet, spectacles visant à attirer la foule...).

Ces actions ont été par la suite entièrement attribuées au Comité qui a poursuivi les efforts en ce sens, notamment via une campagne de diffusion de spots TV publicitaires, et en continuant à intervenir dans les rues, tant auprès des acheteurs que des vendeurs (63). Et afin de couvrir l'ensemble du pays, plusieurs Comités Régionaux ont été mis en place pour une meilleure coordination des actions menées en province.

Le CNLCMIM a également créé plusieurs affiches, dépliants et flyers sur les dangers que représente la vente de médicaments dans le secteur informel, pour inciter les patients à se rendre en pharmacie, dans les hôpitaux, les CSB ou dans les dépôts de médicaments (Annexe 2).

Enfin, les chefs de *fokontany* ont été mis à contribution : le Comité leur a demandé d'informer les épiciers de leurs quartiers sur le fait qu'ils n'ont pas le droit de vendre des médicaments (70).

Mais les résultats se sont révélés largement insuffisants. De surcroît, sur les 22 régions, seules une dizaine ont pu mettre en place leur comité malgré les nombreuses relances du MINSANP.

Au vu de ce bilan décevant, il a été décidé que le nouveau comité serait désormais placé au sein de la Primature et présidé par le Premier Ministre, le Ministre de la santé étant le vice-président. Ainsi, par le décret n° 2015-745 du 28 avril 2015, le Comité National est devenu Comité « Interministériel » (62).

3.7.2. Le Comité Interministériel depuis 2015

3.7.2.1. Sa création

Selon le gouvernement, seule « *une action interministérielle étroite et coordonnée, engageant notamment les ministères chargés de la santé, de l'intérieur, des forces armées, de la justice, des finances, du commerce, de la sécurité publique, de la population et des affaires sociales, de la communication, de l'éducation, s'avérerait être le gage de réussite pour lutter efficacement contre ce fléau d'une ampleur plus que nationale* » (62). De ce fait, de nombreux ministères sont membres du Comité, ainsi que le directeur de l'Agence du Médicament, le directeur de la DPLMT, les présidents des différents Ordres de Santé et le Représentant du Centre National d'Application en Recherche Pharmaceutique. L'État compte sur une telle collaboration pour assainir le circuit de distribution des médicaments. Et en plus de la lutte contre le marché illicite, la contrefaçon a été intégrée dans les missions du comité car d'après l'OMS, aucun pays ne serait épargné (71).

Le CILCMIM est également assisté d'un Secrétariat Exécutif chargé d'assurer :

- la mise en œuvre de la politique définie dans le domaine de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments ;
- la permanence de la coordination de l'action du Gouvernement concernant les procédures de lutte en question (69).

3.7.2.2. Ses actions

Malheureusement, aucune activité spécifique n'a encore été réalisée depuis que le Comité est dirigé par le Premier Ministre. En effet, ce dernier n'a encore jamais convoqué de réunion jusqu'à présent, malgré les multiples relances du Secrétaire Exécutif (72), alors qu'en théorie, il est prévu que le CILCMIM se réunisse deux fois par an en session ordinaire (et chaque fois qu'il est nécessaire en session extraordinaire) (69).

Toutefois, un atelier d'élaboration de stratégies nationales de lutte, financé par le Fonds Mondial, s'est tenu sur trois jours en Février 2017, et des tournées de sensibilisation et de présentation de ces stratégies se feront jusqu'en juin 2018 (également financées par le Fonds Mondial) (72).

Par ailleurs, suite au détournement d'un container de médicaments importés par un grossiste qui a

porté plainte, une perquisition ordonnée par le tribunal a eu lieu dans deux maisons du quartier d'Ambohipo, le 7 Décembre 2016. Plusieurs lots de médicaments ont été saisis et 2 personnes ont été appréhendées puis jugées : le verdict est de 15 mois de prison avec sursis (61,72).

3.7.3. Une volonté politique réaffirmée

Dans le Plan National de Développement 2015-2019, la lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments s'inscrit dans l'Axe stratégique 4 : « Capital humain adéquat au processus de développement », Programme 4.1. : « Santé aux normes de qualité et accessible à tous », Objectif 4.1.1. : « Améliorer l'accès de la population aux soins de qualité ».

Dans la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN), elle est reprise dans l'objectif spécifique n°10 : « Intensifier les mesures de protection de la population contre les dangers induits par le marché illicite, la contrefaçon des produits de santé ». Aussi, elle figure dans l'Axe stratégique 1 : « Renforcement du leadership et instauration de la bonne gouvernance du secteur pharmaceutique », composante 3 « Marché illicite et contrefaçons » :

- Institutionnalisation du CILCMIM jusqu'au niveau opérationnel (arsenal juridique, ressources et compétences) ;
- Mise en place des stratégies de lutte et de renforcement des actions à tous les niveaux ;
- Mise en place d'un système de traçabilité permettant d'assurer l'authenticité des médicaments à tous les niveaux (62).

La mise en œuvre de la PPN est décrite dans le Plan Directeur Pharmaceutique National (PDPN), document qui détermine et budgétise les actions prioritaires à mener sur une période de cinq ans (2018-2022).

3.7.4. Stratégies de lutte : le plan d'action 2017-2021

En réponse à l'objectif de la PPN concernant le marché illicite et les contrefaçons : « Mise en place des stratégies de lutte et de renforcement des actions à tous les niveaux », un Plan Stratégique National pour la Lutte contre la Contrefaçon et le Marché Illicite des Médicaments a été élaboré à l'issue de l'atelier qui a eu lieu en Février 2017. L'objectif général de ce plan d'action est l'objectif spécifique n°10 de la PPN : « Intensifier les mesures de protection de la population contre les dangers induits par le marché illicite, la contrefaçon des produits de santé » (62). Il tourne autour de trois volets : le volet législation et réglementation, le volet pharmaceutique et le volet social et sensibilisation.

3.7.4.1. Volet législation et réglementation

Deux stratégies sont rattachées à ce volet : le renforcement des cadres institutionnel et juridique et la vulgarisation et application des textes.

Stratégies	Mesures prévues
Renforcement des cadres institutionnel et juridique	Créer le corps des pharmaciens inspecteurs
	Réformer les dispositions des textes sur la répression, notamment en prévoyant des sanctions plus dures
	Défendre l'état de droit pour mettre fin aux interventions en faveur des personnes appréhendées
	Encourager la déposition de plaintes et la dénonciation afin de diminuer de la corruption
	Impliquer les collectivités locales dans la lutte contre la contrefaçon et le marché illicite
Vulgarisation et application des textes	Organiser des ateliers pour concevoir des circulaires, affichage, flyers de vulgarisation
	Procéder à la poursuite judiciaire des auteurs de violation des lois et textes réglementaires afin de démanteler les réseaux de trafiquants
	Mettre en place un organisme multisectoriel de surveillance des marchés

Tableau 14 : Liste non exhaustive des mesures prévues pour le volet législation et réglementation du plan d'action de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments (62)

3.7.4.2. Volet pharmaceutique

Ce volet traite de la sécurisation des produits pharmaceutiques mis sur le marché et de la disponibilité permanente des produits pharmaceutiques de qualité.

Stratégies	Mesures prévues
Sécurisation des produits pharmaceutiques mis sur le marché	Renforcer les contrôles aux frontières pour éradiquer l'entrée illégale des médicaments
	Analyser tout médicament suspect en laboratoire
	Développer les capacités techniques du Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments
	Renforcer la gestion des dons de médicaments
	Détruire tous les médicaments périmés et avariés / Gérer efficacement les déchets pharmaceutiques à tous les niveaux
	Renforcer la sécurité de l'acheminement des médicaments afin de diminuer les détournements de containers
	Mettre en place un système de traçabilité des médicaments authentiques
	Former et titulariser des pharmaciens inspecteurs
Disponibilité permanente des produits pharmaceutiques de qualité	Conscientiser les professionnels de santé à prescrire les médicaments génériques
	Informer et sensibiliser les laboratoires et les grossistes importateurs sur l'enregistrement pour offrir une large gamme de médicaments
	Mise en place d'une couverture santé universelle pour rendre tous les médicaments accessibles à toutes les classes sociales

Tableau 15 : Liste non exhaustive des mesures prévues pour le volet pharmaceutique du plan d'action de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments (62)

3.7.4.3. Volet social et sensibilisation

Le troisième et dernier volet porte sur le renforcement de l'IEC/CCC³⁸ sur la lutte auprès des acteurs de santé et de la population, et de la réinsertion sociale des délinquants.

Stratégies	Mesures prévues
Renforcement de l'IEC/CCC sur la lutte auprès des acteurs de santé et de la population	Mener des campagnes de sensibilisation via différents supports de communication et l'éducation sur l'approvisionnement en médicaments uniquement auprès des structures officielles
	Mener des campagnes de sensibilisation sur la lutte contre la contrefaçon et la vente illicite des médicaments auprès de la communauté et des structures locales
	Mener des campagnes de sensibilisation sur l'existence et les vertus thérapeutiques des Remèdes Traditionnels Améliorés (RTA)
Réinsertion sociale des délinquants	Mettre en œuvre des programmes de création d'activités génératrices de revenus pour les délinquants
	Récupérer les délinquants pour des formations professionnalisantes adéquates

Tableau 16 : Liste des mesures prévues pour le volet pharmaceutique du plan d'action de lutte contre la contrefaçon et le marché illicite des médicaments (62)

3.7.5. Mise en œuvre du plan d'action

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces stratégies, des responsables et des structures impliquées ont été désignés. Après validation par les autorités hiérarchiques de ces propositions de stratégies, chaque ministère membre du CILCMIM ainsi que les structures impliquées devront établir leurs plans d'actions respectifs budgétisés afin d'atteindre les objectifs retenus (62).

L'estimation budgétaire de la mise en œuvre du Plan Directeur Pharmaceutique National (PDPN) est de 7 658 750 000Ar, soit 2 067 862,5€. Les ressources allouées à l'objectif spécifique n°10 de la PPN sont de 698 millions d'Ariary (188 460€) pour les cinq années, dont 600 millions (162 000€) pour la mise en œuvre du plan d'action, soit respectivement 9,1% et 7,8% du budget total. Les 98

³⁸ Information-Éducation-Communication/Communication pour le Changement de Comportement

millions (24 460€) restants correspondent à la formation ou au recyclage des membres du CILCMIM, à la diffusion du plan stratégique, ou encore à l'accompagnement des officines, dépositaires et autres formations sanitaires à s'équiper de moyens permettant de tracer les médicaments dispensés (73).

4. Les différentes perspectives d'amélioration

Cette partie s'attardera sur plusieurs propositions d'actions afin de lutter contre le marché illicite, qu'elles soient mentionnées dans le Plan Stratégique National pour la Lutte contre la Contrefaçon et le Marché Illicite des Médicaments (PSNLCMIM) ou qu'elles découlent de réflexions personnelles.

4.1. Propositions du PSNLCMIM

4.1.1. Le système de traçabilité des médicaments authentiques

C'est certainement l'idée la plus innovante dans la lutte contre le marché illicite : l'apposition d'un hologramme spécifique et infalsifiable sur les boîtes de médicaments afin de tracer leur origine et de prouver leur authenticité. C'est en tout cas la volonté du MINSANP qui a signé, le 28 Avril 2015, un contrat de partenariat avec la société Hologram Industries, représentée à Madagascar par sa filiale Ametis. Selon le ministre de la Santé Publique, c'est « *un système simple, de haute technologie, qui permet d'authentifier et de tracer les médicaments par l'apposition d'étiquettes infalsifiables de couleurs différentes. Le circuit de distribution sera ainsi plus sûr grâce à ce système* » (74). Et c'est une première sur le continent Africain.

Le système de traçabilité, nommé « MEDITRACE », débutera dès la délivrance de l'AMM par l'Agence du Médicament. Une fois les médicaments commandés par les grossistes ou la SALAMA, les médicaments délivrés seront étiquetés selon leur provenance, en suivant un code couleur spécifique pour chaque canal de distribution : le secteur public, le secteur privé ou les dons. La traçabilité se fera ensuite via un système de suivi informatique capable d'indiquer l'origine et le circuit emprunté par la moindre boîte de médicament (75).

4.1.1.1. Un double avantage

Le gouvernement malgache espère bien, par cet investissement, supprimer définitivement le marché illicite des médicaments à Madagascar. En effet, le même système a été mis en place en Malaisie en 2004 et les résultats ont été probants : en quelques années, le marché noir a complètement cessé.

Outre l'éradication du circuit informel, le MINSANP voit l'occasion d'assainir le monde du médicament sur le plan fiscal : le système permettra également de connaître de manière précise le volume des commandes et des quantités livrées tant aux grossistes qu'aux officines (75).

4.1.1.2. Un inconvénient de taille

Malheureusement, une inconnue est à prendre en compte : quel impact la mise en place de ce système aura sur les prix des médicaments, et donc sur les consommateurs ? Si les professionnels de santé reconnaissent l'utilité de cette initiative prometteuse, ils restent lucides sur les ressources à mobiliser, d'autant plus que les détails concernant son financement n'ont pas encore été clairement définis par le MINSANP. Le développement du système demandera certainement un investissement considérable de la part des professionnels de santé, notamment les grossistes. En effet, le coût d'un hologramme se situerait entre 600Ar et 800Ar environ ; si on ajoute ce coût au médicament, en prenant l'exemple d'une plaquette de paracétamol vendue actuellement à 200Ar, le prix risquerait d'être multiplié par quatre ou par cinq. A moins que l'État ne prenne l'initiative de financer entièrement le projet, ou du moins qu'il bénéficie de dons/aides de la part d'organismes étrangers, le consommateur devra inévitablement supporter le coût de ces innovations, alors que la majeure partie de la population malgache peine déjà à subvenir à ses besoins en matière de santé (76).

Un autre problème à soulever est le contournement possible du système par les contrefacteurs et les vendeurs du marché illicite. En effet, l'hologramme devra être apposé sur le conditionnement primaire des médicaments afin d'assurer son authenticité (76). A moins d'ajouter un système d'étiquette d'inviolabilité et/ou témoin d'ouverture - ce qui par ailleurs engendrerait des coûts supplémentaires -, l'hologramme pourrait s'avérer inutile s'il n'est présent que sur l'emballage extérieur. Le processus devra donc être fortement encadré pour éviter les déviations.

D'autres questions se posent également, comme la définition des responsables de l'apposition des hologrammes, ou encore l'établissement de la liste des médicaments qui entreront dans ce système, dans un pays qui dépend exclusivement des importations depuis l'étranger (77).

Enfin, la lutte ne pourra s'achever qu'avec une coopération internationale efficace, car le fléau reste avant tout mondial. La racine de ce mal se situe généralement dans des pays où le commerce illégal est toléré, voire encouragé. C'est le cas de l'Inde, où des laboratoires se créent uniquement dans l'objectif de fabriquer de faux médicaments. Rien n'est fait pour arrêter ces activités : la loi n'est pas appliquée, et les riches trafiquants ont souvent l'appui de puissantes personnalités. La corruption s'immisce tellement loin dans le réseau de santé que ce sont parfois même les médecins qui obligent les patients à aller acheter leurs « médicaments » dans telle ou telle officine. Pire encore, la répression existe pour ceux qui osent protester contre le système : menaces et

intimidations, pertes d'emploi, enfermements, assassinats (60). Ainsi, le marché illicite ne cessera de prendre de l'ampleur si les autorités continuent à fermer les yeux sur ces pratiques.

4.1.2. Les Remèdes Traditionnels Améliorés

A Madagascar, et d'après les catégorisations de l'OMS, un Remède Traditionnel est défini comme « *toute plante médicinale ayant subi une transformation, une préparation ou un conditionnement* ». Le Remède Traditionnel Amélioré (RTA), quant à lui, désigne « *un remède traditionnel ayant subi des modifications afin d'en accroître l'acceptation ou la conservation* ». En résumé, les RTA sont de véritables médicaments à base de plante. Et comme tout médicament, ils doivent répondre à des exigences particulières : être « *à limites de toxicité déterminées, à activité pharmacologique confirmée par la recherche scientifique, à dosage quantifié et à qualité contrôlée lors de leur mise sur le marché* ». Les remèdes auxquels sont associés des principes actifs, des composés synthétiques et/ou des constituants chimiquement définis ne sont pas considérés comme des médicaments à base de plantes (78).

4.1.2.1. Intégration dans le système de soin

Suite aux recommandations de l'OMS à la fin des années 70, de nombreux pays en Afrique ont mis en place des dynamiques de reconnaissance et de valorisation de la médecine traditionnelle et de ses praticiens. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'encouragement de la recherche, la fabrication et la commercialisation des RTA dans la Grande Ile. En effet, Madagascar est un pays riche en flore et regorge de plantes médicinales endémiques. C'est un atout considérable pour le secteur de la santé, et pourtant, bien que les remèdes soient utilisés depuis plus de 200 ans par les praticiens traditionnels, appelés « tradipraticiens » ou encore « guérisseurs », ils ont longtemps été mésestimés par l'État. Aujourd'hui conscient du bénéfice que peuvent apporter les RTA, le MINSANP souhaite les intégrer au sein du système de soin conventionnel et prévoit de mener des campagnes de sensibilisation sur leur existence et leurs vertus thérapeutiques (78,79).

4.1.2.2. Homéopharma (79)

Homéopharma est une entreprise de production et de commercialisation de RTA et autres produits entièrement naturels contribuant au confort de la vie quotidienne, fondée en 1992. Elle propose aussi bien des médicaments homéopathiques, huiles essentielles, baumes à essence de plantes,

préparations végétales et thés médicinaux pour infusions, que des huiles corporelles et de massages, compléments nutritionnels, eaux florales, savons végétaux, bains aromatiques ou encore parfums d'ambiance.

Reconnue à l'international via la Certification BIO par Ecocert International et la Certification LABEL NATIORA par l'Université Rutgers de l'Etat de New Jersey, Homéopharma a reçu le statut de Laboratoire Pharmaceutique et de Laboratoire d'Analyses Biologiques et de Diagnostic Médical par le MINSANP vers la fin des années 2000. Son circuit de distribution est large : 130 pharmacies, 12 dépôts de médicaments, 31 points de vente, 5 organismes, 30 cabinets médicaux, 7 grandes surfaces, quelques hôpitaux et 2 500 centres de santé de base. La promotion et la vente de ses produits se fait également à l'étranger : Comores, île Maurice, île de la Réunion, Sénégal, Gabon, pays du Maghreb, Djibouti, Russie, Tchécoslovaquie, Japon, Chine et France. 30% de la production de l'entreprise est destinée à l'exportation tandis que 70% est vendue sur le marché national (80).

La société, qui détient ses propres plantations, exploite actuellement 1500 plantes dans ses produits, soit environ 10% seulement de celles utilisées par les tradipraticiens. La volonté du MINSANP est donc de promouvoir les recherches et les innovations sur les autres plantes, afin de proposer à la population malgache des remèdes sûrs, dont l'utilisation et les pratiques ancestrales qui y sont rattachées sont déjà inscrites dans les mœurs de bon nombre de malgaches. Avec une offre grandissante de ce commerce, le gouvernement espère détourner la population du marché illicite des médicaments.

Mais si les prix d'Homeopharma restent abordables pour le public français (environ 5€ pour une infusion de plante médicinale, 6€ pour un baume végétal, 7.50€ pour un flacon de 10 ml d'huile essentielle, 12.50€ pour un flacon de 500 ml de RTA), ils le sont beaucoup moins pour les populations les plus modestes de Madagascar. Le MINSANP devra donc encourager la démocratisation de ce marché pour permettre à chacun d'en bénéficier.

4.1.3. La Couverture Santé Universelle (CSU) (16)

Devant une offre de soins insatisfaisante et un système de gratuité sous-utilisé, l'État malgache a pris la décision de mettre en chantier une Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle (SN-CSU) depuis fin 2015, avec l'appui du Réseau Providing for Health (P4H). Cette Stratégie vise à mettre l'accent sur l'équité et la solidarité, et sa vision globale est que « *la moitié de la couche de*

la population vulnérable bénéficie d'une couverture de protection sociale efficace d'ici 2030 ».

La SN-CSU a défini quatre objectifs principaux :

- Garantir à la population l'accès à des services de santé de qualité ;
- Éviter de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile ;
- Protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé.
- Porter une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée.

Et afin de répondre à ces objectifs, plusieurs actions sont proposées.

- **La mise en place progressive d'un organisme d'assurance santé**

Les travailleurs de la fonction publique et du secteur formel auront l'obligation d'y adhérer, tandis que les autres, jusque-là pris en charge par des assurances privées, pourront le faire sur une base volontaire. Enfin, l'adhésion de la population démunie sera payée par des financements spécifiques. Le panier de services couverts intégrera, autant que faire se peut, le niveau hospitalier qui reste aujourd'hui la préoccupation majeure de tout malade.

- **La mise en place des financements spécifiques**

La SN-CSU propose trois types de financements :

- Ceux jusqu'ici utilisés pour les différents mécanismes de gratuité (FE des CSB et des hôpitaux) ;
- Des financements innovants, comprenant des taxes sur la téléphonie mobile, sur les transferts monétaires, sur certains produits nocifs pour la santé (alcool, tabac, sucres), sur la pollution. Il conviendra néanmoins de trouver la juste balance afin de ne pas pénaliser le développement économique du pays ;
- Le parrainage par un individu, une institution ou une association de pays développés, afin de prendre en charge les cotisations d'assurance santé de quelques malgaches.

Tous ces financements seront gérés par un fonds dédié. Ainsi, les formations sanitaires pourront appliquer les mêmes tarifs sans que la population en ait à supporter les coûts : soit ils seront pris en charge par l'assurance santé via un mécanisme de tiers-payant, soit le patient se fera rembourser par l'assurance. Le système de ticket modérateur fait également partie des pistes de réflexion.

- **(Re)motiver le personnel de santé**

Afin d'apporter une offre de services de santé de qualité, un accent particulier sera mis sur la motivation du personnel. Pour amener ces personnes à être les plus performantes possibles, le

MINSANP devra être en mesure de leur apporter des primes incitatives, comme par exemple le système de Financement Basé sur la Performance. Mais cette motivation devra également passer par le respect de leurs droits et la valorisation de leurs compétences et initiatives.

- **Traiter le patient dans sa globalité**

L'amélioration de la performance technique doit aller de pair avec le respect du patient en tant que personne humaine et la prise en compte de ses besoins : meilleur accueil, amélioration de l'écoute et absence de toute forme de corruption.

- **Des actions spécifiques pour les populations en situation d'extrême pauvreté**

La SN-CSU propose de mettre en place des actions spécifiques où les acteurs de la santé, en association avec les autres acteurs sociaux, iront au-devant de ces populations pour leur apporter, sur leurs lieux de vie, des éléments de santé de base : vaccination, dépistages, planning familial ou encore soins élémentaires.

Pour une bonne mise en œuvre de ce projet, deux instances seront mis en place :

- Un Comité de Pilotage, qui devra s'assurer que la SN-CSU se met en place conformément aux orientations stratégiques adoptées ;
- Unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la SN-CSU, qui devra faciliter et coordonner les actions des différents acteurs impliqués, et préparer chaque année le budget alloué à ce projet.

Ainsi, la mise en place du CSU permettra une accessibilité des médicaments à toutes les classes sociales.

4.2. Réflexions personnelles

4.2.1. Respect du budget alloué à la santé

Cette mesure paraît simple, pourtant elle n'est pas appliquée par l'État malgache. Selon le Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019, la part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national, ce qui est bien loin de l'engagement des 15% (soit le double) pris par le gouvernement et par les différents chefs africains à Abuja. De 237 milliards d'Ariary en 2009, le budget est passé à 189 milliards en 2010, pour enfin atteindre 74 milliards en 2014, soit

une baisse de 70% entre 2009 et 2014 (36). Bien entendu, la crise politique de 2009 n'est pas étrangère à cette situation.

Cette baisse a affecté tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et particulièrement pour ce qui est des dépenses de fonctionnement. Le niveau intermédiaire (Direction Régionale de la Santé Publique) a souffert d'une diminution de 65% de ses ressources, et le niveau périphérique (Service de District de la Santé Publique) une diminution de 46%. Pour ce qui est des formations sanitaires, les CSB ont vu leurs budgets baisser de 31%, les CHD de 40%, et les CHR de 32% (36).

Si le gouvernement tient à mettre en œuvre les différents plans d'actions rattachés au secteur de la santé, il devra respecter ses engagements afin de lui donner toutes les chances d'évolution et d'amélioration.

4.2.2. Favoriser l'industrie pharmaceutique locale

En Décembre 2011, la dernière industrie pharmaceutique malgache Farmad a fait faillite, déplorant le manque de soutien de la part du gouvernement.

Dans les années 90, une politique de détaxation des médicaments sous forme de produits finis a été adoptée afin de baisser les prix des intrants de santé proposés à la population. Malheureusement, cette politique n'a pas été appliquée aux matières premières et aux éléments de conditionnement utilisés par Farmad, taxés pourtant à 20%. Devant cette concurrence déloyale, l'industrie s'est longtemps battu afin de bénéficier de la même détaxation, mais en vain. Dans les années 2000, Farmad a donc décidé de sous-traiter la production de la majeure partie de ses médicaments en Inde, en Chine ou encore en Allemagne, cela lui revenant à moins cher que si elle les fabriquait sur place. Mais avec une production locale restreinte pour un même nombre d'employés, l'entreprise assumait plus de charges qu'elle n'engrangeait de bénéfices. Travaillant à perte, Farmad procéda donc à un licenciement économique massif en 2011. Aujourd'hui, l'industrie écoule le reste de ses matières premières et ne fabrique plus que de petits produits, comme par exemple l'alcool iodé. Pourtant, les médicaments de qualité que la firme offrait à la population étaient très appréciés des patients (48).

Ainsi, il semble évident que le MINSANP devrait consentir à favoriser les industries malgaches comme Farmad. En effet, il paraît aberrant que le prix d'un produit fini étranger, subissant pourtant les coûts de l'importation en plus de ceux de la production (et en tenant compte de la dévaluation de l'Ariary), soit au final moins cher qu'un produit fini local. Si le secteur de la santé se rend capable

de proposer au public une gamme de médicaments locaux de qualité et à moindre coût, la population les achètera plus volontairement. Cela encouragera l'économie malgache et augmentera le pouvoir d'achat des patients.

4.2.3. Dérogation du MINSANP pour l'exonération de l'AMM

Un autre élément à prendre en compte est celui du coût non négligeable de l'AMM pour les produits de santé circulant sur le territoire malgache. Par exemple, un médicament qui a bien reçu une AMM en France ne sera nullement dispensé de l'enregistrement à Madagascar. Si cette décision part d'un bon sentiment et s'inscrit dans le but d'offrir des intrants de santé de qualité à la population, en pratique, elle est handicapante pour tous les produits à faible et moyenne vente. En effet, les laboratoires étrangers ne voient aucun avantage à payer une AMM coûteuse pour commercialiser un produit qui ne sera que peu vendu à Madagascar. Pourtant, les besoins existent et le secteur de la santé se doit de proposer ces médicaments à la population. Dans les années 2000, les pharmaciens avaient donc demandé au MINSANP d'accorder une exonération de l'AMM des produits à faible et moyenne vente pour les laboratoires étrangers, mais cela leur avait été refusé (48). Par conséquent, ces médicaments demeurent indisponibles au public.

Dans le PSNLCMIM, une des mesures prévues est d'« informer et sensibiliser les laboratoires et les grossistes importateurs sur l'enregistrement pour offrir une large gamme de médicaments ». Mais si la question du coût de l'AMM n'est pas réglée, les laboratoires consentiront difficilement à vendre leurs produits à perte. Cette exonération - en prenant bien évidemment en compte que les produits ont reçu une AMM dans les autres pays - gagnerait donc à être reconsidérée par le gouvernement.

Conclusion

La lutte contre le marché illicite des médicaments est un travail de longue haleine. Le programme quinquennal du PSNLCMIM (Plan Stratégique National pour la Lutte contre la Contrefaçon et le Marché Illicite des Médicaments) est vaste et demande une implication totale de tous les ministères et structures concernés, ainsi que le respect du budget et des échéances définis. A savoir maintenant si les ressources estimées correspondent réellement à la réalité du terrain.

Pour être efficace, la lutte devra être axée à la fois sur le circuit de distribution et sur les besoins des consommateurs.

En ce qui concerne le circuit de distribution, un accent particulier devra être mis d'une part sur le contrôle aux frontières afin qu'aucun médicament d'origine douteuse ne rentre sur le sol malgache, et d'autre part sur le renforcement de la sécurité de l'acheminement des médicaments pour stopper les détournements. Mais le démantèlement définitif des réseaux devra également passer par la répression des professionnels de santé (médecins, pharmaciens) et dépositaires qui les alimentent. Pour cela, il faudra veiller à ce que le corps des pharmaciens inspecteurs soit rapidement fonctionnel, et que l'État mène une politique anti-corruption efficace pour appliquer la loi et faire enfin respecter l'état de droit.

Pour ce qui est des consommateurs, les campagnes de sensibilisation seront loin d'être suffisantes. Il est important de comprendre qu'elles ne seront utiles que pour ceux qui ont les moyens financiers d'acheter leurs médicaments auprès des structures formelles. Pour le reste de la population, la question est plus complexe. Malgré tous les dangers que comporte le marché illicite, force est de constater qu'il répond tout de même à un besoin des populations démunies. Si certains achètent volontairement leurs médicaments via ce circuit, d'autres n'ont pas le luxe de choisir. Pour eux, c'est un risque à prendre.

La solution la plus efficace pour contrer le circuit informel serait donc tout simplement d'améliorer les offres du circuit formel. Si ce dernier propose un service de soin de qualité et des médicaments à moindre prix, la population ne verra plus aucun avantage à se fournir ailleurs. La mise en place de la Couverture Santé Universelle permettrait de répondre efficacement à ce besoin, mais au vu de la situation économique du pays, un tel projet semble presque utopique, même sur le long terme. Rappelons que l'échéance de 2030 ne concerne que « *la moitié de la couche de la population*

vulnérable » ; la route est encore longue.

Une autre interrogation se pose également concernant la stabilité politique du pays. Aux fortes tensions qui existent déjà au sein du gouvernement s'ajoute le souhait de Marc RAVALOMANANA et Andry RAJOELINA, les éternels rivaux, de se présenter lors des prochaines élections présidentielles qui se tiendront en fin d'année 2018. La Grande Ile n'est pas à l'abri d'une énième crise politique qui pourrait à nouveau perturber un système de santé déjà bien fragilisé. La pérennité du pays repose donc en grande partie sur le bon déroulement de ces élections et sur le fair-play et l'honnêteté des candidats.

Enfin, il ne faut pas oublier que dans le contexte actuel d'extrême pauvreté de Madagascar, le secteur de la santé n'est pas le seul à rencontrer des difficultés. De nombreux domaines sont également à considérer : l'économie, la sécurité publique, le travail ou encore l'éducation. Le marché illicite des médicaments est certes un problème considérable, mais à l'échelle du pays, c'en est malheureusement un parmi tant d'autres. La volonté politique de lutte est là, mais la réelle question est de savoir à quel niveau se situera cette lutte dans les priorités d'action de l'État.

Références bibliographiques

1. Des origines à 1800 - Madagascar, une île à part - Herodote.net [Internet]. Herodote.net. 2016 [cité 20 juill 2017]. Disponible à: https://www.herodote.net/Des_origines_a_1800-synthese-511.php
2. Localiser Madagascar sur carte du monde [Internet]. Carte du monde. [cité 24 juill 2017]. Disponible à: <http://www.carte-du-monde.net/pays-1733-localiser-madagascar-sur-carte-du-monde.html>
3. Cartes de Madagascar [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible à: <http://johan.lemarchand.free.fr/cartes/cartes-madagascar.html>
4. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - Madagascar en malgache Madagasikara République de Madagascar [Internet]. [cité 23 sept 2017]. Disponible à: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/pays/Madagascar/130983>
5. LINARES S. Fonctionnement d'un centre de santé de base sur les hauts plateaux malgaches. Faculté de Pharmacie de Marseille; 2001.
6. Ministère de l'Economie et du Plan [Internet]. Ministère de l'Economie et du Plan. [cité 23 oct 2017]. Disponible à: <http://www.economie.gov.mg/>
7. AQUASTAT - Système d'information de la FAO sur l'eau et l'agriculture [Internet]. [cité 23 oct 2017]. Disponible à: http://www.fao.org/nr/water/aquastat/countries_regions/MDG/indexfra.stm
8. Madagascar: l'inquiétant état des mangroves - RFI [Internet]. RFI Afrique. [cité 23 oct 2017]. Disponible à: <http://www.rfi.fr/afrique/20170501-madagascar-mangroves-danger-changement-climatique>
9. CARRET JC, RAJAONSON B, FENO PJ, BRAND J. L'ENVIRONNEMENT A MADAGASCAR : UN ATOUT A PRESERVER, DES ENJEUX A MAITRISER [Internet]. La Banque Mondiale; 2010 [cité 26 oct 2017]. Disponible à: <http://siteresources.worldbank.org/INTMADAGASCARINFRENCH/Resources/Environnement.pdf>
10. EQUIPE RÉGIONS ET DISTRICTS [Internet]. Ny fanahy mahaolona. [cité 20 juill 2017]. Disponible à: <http://www.nyfanahymahaolona.org/pages/contacts/regions/>
11. Les 6 provinces et les 22 régions malgaches [Internet]. Madascope. [cité 20 juill 2017]. Disponible à: <http://www.madascope.com/provinces.html>
12. Accueil - Radio Fitahiantsoa [Internet]. Radio Fitahiantsoa. [cité 24 juill 2017]. Disponible à: <http://www.radio-fitahiantsoa.mg/>
13. Madagascar | Data [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible à: <http://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar>
14. Population of Cities in Madagascar (2017) - World Population Review [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible à: <http://worldpopulationreview.com/countries/madagascar-population/cities/>

15. Madagascar en chiffre – INSTAT Madagascar [Internet]. [cité 24 juill 2017]. Disponible à : <https://www.instat.mg/madagascar-en-chiffre/>
16. Ministère de la Santé Publique. STRATEGIE NATIONALE SUR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE A MADAGASCAR. 2015.
17. Présentation de Madagascar [Internet]. France Diplomatie : Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. [cité 13 oct 2017]. Disponible à : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/madagascar/presentation-de-madagascar/>
18. LE BOURDIEC P, BALLARIN MP, DESCHAMPS H, CADOUX C, DOMENICHINI-RAMIARAMANANA B, RASAMUEL D, et al. MADAGASCAR. Dans: Encyclopædia Universalis. Encyclopædia Universalis SA. France, Paris; 2008.
19. 29 mars 1947 - Révolte à Madagascar - Herodote.net [Internet]. Herodote.net. 2017 [cité 2 oct 2017]. Disponible à : https://www.herodote.net/29_mars_1947-evenement-19470329.php
20. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - Compagnie française des Indes orientales [Internet]. Encyclopédie Larousse en ligne. [cité 29 sept 2017]. Disponible à : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/Compagnie_française_des_Indes_orientales/124922
21. Le PNUD en action à Madagascar : Sur le chemin du développement - Rapport annuel 2014-2015 [Internet]. Programme des Nations Unies pour le Développement; 2015 [cité 24 juill 2017]. Disponible à : http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/library/mdg/publication_11.html
22. Le contexte économique de Madagascar [Internet]. [cité 19 oct 2017]. Disponible à : <http://www.champagne-ardenne-export.com/fr/marches/fiches-pays/madagascar/economie-3>
23. Rapport annuel 2008 Madagascar [Internet]. Groupe Intercoopération Madagascar; 2009 juin [cité 19 oct 2017]. Disponible à : https://assets.helvetas.org/downloads/rapport_annuel__2008.pdf
24. Madagascar : chiffrer les coûts de la crise politique [Internet]. World Bank. 2013 [cité 16 oct 2017]. Disponible à : <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/06/05/madagascar-measuring-the-impact-of-the-political-crisis>
25. RASAGAM G, RAVELOARISON J, GURCANLAR T. Madagascar : Vers un agenda de relance économique [Internet]. La Banque Mondiale; 2010 juin [cité 18 oct 2017]. (Améliorer l'environnement des affaires en rassurant les investisseurs privés). Report No.: 64308. Disponible à : <http://documents.worldbank.org/curated/en/882081468271813077/pdf/643080WP00FRENCH00Madagascar.pdf>
26. La FAO et la crise acridienne à Madagascar : FAO in Emergencies [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible à : <http://www.fao.org/emergencies/crisis/madagascar-locust/la-fao-et-la-crise-acridienne-a-madagascar/fr/>
27. Fonds Européen de Développement : documents - Budget [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible à : http://ec.europa.eu/budget/biblio/documents/FED/fed_fr.cfm
28. SITTONI T, MAINA S. IMPACTS ÉCONOMIQUES D'UN MAUVAIS ASSAINISSEMENT

EN AFRIQUE [Internet]. Water and Sanitation Program; 2012 mars [cité 26 oct 2017]. Disponible à: <https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-ESI-madagascar-french-brochure.pdf>

29. MIDI MADAGASIKARA [Internet]. Disponible à: <http://www.midi-madagasikara.mg/societe/2014/01/22/assainissement-montagne-dordures-bekiraro/>
30. Madagascar Country Environmental Analysis (CEA) : Taking Stock and Moving Forward [Internet]. La Banque Mondiale; 2013 mai [cité 26 oct 2017]. Report No.: 77993. Disponible à: <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/599641468054534317/pdf/779930WP0MDG0C00Box377320B00PUBLIC0.pdf>
31. Thierry RABARIJAONA, Vincent DUSSAUX. Agir pour l'eau et l'assainissement à Madagascar : Guide pratique pour les acteurs de la coopération décentralisée et non gouvernementale [Internet]. Réseau Ran'Eau; 2011 mai [cité 26 oct 2017]. Disponible à: https://www.pseau.org/outils/ouvrages/raneau_agir_eau_assainissement_madagascar_fr_mai2011.pdf
32. OMS | Peste - Madagascar [Internet]. WHO. [cité 29 nov 2017]. Disponible à: <http://www.who.int/ith/updates/20171003/fr/>
33. ASSAINISSEMENT LE DEFI - L'IMPACT DU MANQUE D'ASSAINISSEMENT ET D'HYGIENE A MADAGASCAR [Internet]. Programme Solidarité Eau (pS-Eau); 2003 [cité 27 oct 2017]. Disponible à: https://www.pseau.org/outils/ouvrages/mem_wsscc_wateraid_assainissement_le_defi_2003.pdf
34. Naissance de la formation pharmaceutique à Madagascar | Portail Santé [Internet]. [cité 2 nov 2017]. Disponible à: <https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/node/3287>
35. Ministère de la Santé Publique. PLAN DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTE 2007-2011 [Internet]. 2007 [cité 27 juill 2017]. Disponible à: https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Madagascar/MadagascarPDSS_25mars_2007.pdf
36. Ministère de la Santé Publique. PLAN DE DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR SANTE 2015-2019 [Internet]. 2015 [cité 27 juill 2017]. Disponible à: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/madagascar/pdss_2015.pdf
37. TSIKOMIA AAM. LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE À MADAGASCAR : QUELS SONT LES DÉFIS À RÉALISER ? [Internet]. Université de Dunarea de Jos Galati; 2013 [cité 26 juill 2017]. Disponible à: [http://www.pars.fsjsp.ugal.ro/pdf/1-2013/1\(11\)2013-5.pdf](http://www.pars.fsjsp.ugal.ro/pdf/1-2013/1(11)2013-5.pdf)
38. SANDID L. Disponibilité et accessibilité aux médicaments dans les pays en développement : situation à Madagascar en 2009 [Internet]. [Grenoble]: UGA UFRP - Université Grenoble Alpes - UFR Pharmacie; 2010 [cité 26 juill 2017]. Disponible à: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592377/document>
39. BROQUET C, KOUAKOU AL, BUDRY S, MEYER N. Aperçu du système de santé malgache et de la prise en charge de la femme [Internet]. Université de Genève, Faculté de Médecine; 2012 [cité 26 juill 2017]. Disponible à:

http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2011_2012/rapports/Systeme_de_sante_%20malgache.pdf

40. RALITERA M. Centre de santé de base – Des glaciers pour conserver des vaccins [Internet]. L'Express de Madagascar - Actualités en direct sur Madagascar. 2017 [cité 3 août 2017]. Disponible à: <http://www.lexpressmada.com/blog/actualites/centre-de-sante-de-base-des-glacieres-pour-conserver-des-vaccins/>
41. La sécurité sociale à Madagascar [Internet]. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale. [cité 3 nov 2017]. Disponible à: http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_madagascar.html
42. Madagascar - La protection sociale [Internet]. La Banque Mondiale; 2014 [cité 3 nov 2017]. Disponible à: http://documents.worldbank.org/curated/en/130911468086644653/047856072_201407225115748/additional/883230REPLACEMENT00Box385221B00PUBLIC0.pdf
43. ENQUÊTE NATIONALE SUR L'EMPLOI ET LE SECTEUR INFORMEL – ENEMPSI 2012 [Internet]. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT) MALGACHE; 2013 nov [cité 3 nov 2017]. Report No.: 2. Disponible à: <http://staging.ilo.org/public/libdoc/igo/P/488646/488646%282012tome2%2993.pdf>
44. Ordre National des Pharmaciens de Madagascar [Internet]. [cité 10 nov 2017]. Disponible à: <http://ordrepharmacien.mg/>
45. CIOPF - Fiches des pays - Madagascar [Internet]. Conférence Internationale des Ordres de Pharmaciens Francophones. 2015 [cité 10 nov 2017]. Disponible à: <http://www.ciopf.org/Fiches-des-pays/Madagascar>
46. L'Agence du Médicament de Madagascar [Internet]. L'Agence du Médicament de Madagascar. [cité 1 nov 2017]. Disponible à: <http://www.agmed.mg/>
47. MATTERN C. LES CIRCUITS DE DISTRIBUTIONS DE MÉDICAMENTS PHARMACEUTIQUES INDUSTRIELS À MADAGASCAR. LE CAS DU MARCHÉ INFORMEL D'AMBOHIPO. Dans: Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud [Internet]. Cotonou, Bénin; 2015 [cité 26 juill 2017]. Disponible à: <https://automed.hypotheses.org/cotonou2015/mattern>
48. ANDRIANANDRASANA N. Les raisons de la faillite de FARMAD, dernière industrie pharmaceutique malgache. 2017.
49. Salama - Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical de Madagascar [Internet]. SALAMA. [cité 18 août 2017]. Disponible à: <http://www.salama.mg/>
50. OMS | Médicaments essentiels [Internet]. WHO. [cité 18 août 2017]. Disponible à: http://www.who.int/topics/essential_medicines/fr/
51. UNICEF. CONSULTANCE POUR L'ÉVALUATION FINANCIÈRE ET ANALYSE DE LA VIABILITÉ FINANCIÈRE DE LA CENTRALE D'ACHAT DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS ET DE MATÉRIELS MÉDICAUX DE MADAGASCAR (SALAMA) AINSI QUE DE TOUT LE SYSTÈME D'APPROVISIONNEMENT (FANOME) [Internet]. 2014 [cité 30 oct 2017]. Disponible à:

https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/LRPS_MADA_2014_9110260.pdf

52. PONCIN X, LE MENTEC R. Politiques d'exemption pour les soins de santé à Madagascar : Le cas des Fonds d'Equité [Internet]. Agence Européenne Pour le Développement Et la Santé; 2009 janv [cité 3 août 2017]. Disponible à:
<https://performancebasedfinancing.files.wordpress.com/2009/10/rapport-final-partie-fonds-dequite.pdf>
53. Ministère de la Santé Publique. Code de la Santé [Internet]. Livre III, Titre VI, Chapitre I. Disponible à: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/02-Madagascar-Health-Code.pdf>
54. Madagascar_PSCPNarrativeQuestionnaire_29062011.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible à:
http://www.who.int/medicines/areas/coordination/Madagascar_PSCPNarrativeQuestionnaire_29062011.pdf
55. Agence du Médicament à Madagascar. Liste des Grossistes à Madagascar - 2014 [Internet]. 2014 [cité 10 nov 2017]. Disponible à:
http://www.agmed.mg/Pdf/Grossistes_Madagascar_2014_Bcp.pdf
56. Agence du Médicament à Madagascar. Liste des Officines à Madagascar - 2014 [Internet]. 2014 [cité 10 nov 2017]. Disponible à:
http://www.agmed.mg/Pdf/Officines_Madagascar_2014_Bcp.pdf
57. Le Secteur Informel en Afrique [Internet]. Africa On Web. [cité 9 nov 2017]. Disponible à:
<http://www.africa-onweb.com/economie/secteur-informel.htm>
58. PRZYSWA E. CONTREFAÇON DE MEDICAMENTS ET ORGANISATIONS CRIMINELLES [Internet]. Paris: Institut de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments; 2013 sept [cité 16 nov 2017]. Disponible à: <https://fr.scribd.com/document/170835832/A-Rapport-Etude-IRACM-Contrefacon-de-Medicaments-Et-Organisations-Criminelles-FR-FINAL-Copie-2>
59. Sambira J. Médicaments contrefaits : un problème de santé en Afrique | Afrique Renouveau En Ligne [Internet]. AFRICA RENEWAL. [cité 16 nov 2017]. Disponible à:
<http://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/mai-2013/m%C3%A9dicaments-contrefaits-un-probl%C3%A8me-de-sant%C3%A9-en-afrique>
60. DELSAUT E, ANSPACH T. Le trafic de médicaments. 2017.
61. Revue de presse de l'IRACM [Internet]. [cité 16 nov 2017]. Disponible à:
<http://www.iracm.com/actualites/revue-de-presse-iracm/>
62. Ministère de la Santé Publique. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL POUR LA LUTTE CONTRE LA CONTREFAÇON ET LE MARCHÉ ILLICITE DES MÉDICAMENTS 2017 – 2021. 2016.
63. RAJAOSAFARA B. Vente illicite des médicaments à Madagascar. Fichier ppt présenté à: Congrès de la F.P.O.I; 2011 nov; Madagascar.
64. MOHAMED TOIHIR M. Analyse économique des risques de santé liés à l'utilisation des

médicaments vendus sur le marché informel. Cas de la commune urbaine de Toamasina Madagascar [Internet]. [Madagascar]: Université de Toamasina Madagascar - DEA de sciences économiques et sociales de la santé; 2011 [cité 14 nov 2017]. Disponible à: https://www.memoireonline.com/01/13/6834/m_Analyse-economique-des-risques-de-sante-lies--l-utilisation-des-medicaments-vendus-sur-le-marc1.html

65. Wolff P, Arison L, Rahajamiakatra A, Raserijaona F, Niggemann B. High Asthma Prevalence Among Inner-City Schoolchildren in Antananarivo (Madagascar). Vol. 131. 2013. AB149 p.
66. Santé publique – Des médicaments en rupture de stock [Internet]. L'Express de Madagascar - Actualités en direct sur Madagascar. 2016 [cité 9 nov 2017]. Disponible à: <http://www.lexpressmada.com/blog/actualites/sante-publique-des-medicaments-en-rupture-de-stock/>
67. Pharmacie : les prix des médicaments en hausse [Internet]. News Mada. 2017 [cité 8 nov 2017]. Disponible à: <http://www.newsmada.com/2017/09/29/pharmacie-les-prix-des-medicaments-en-hausse/>
68. Ministère de la Santé Publique. POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE. 2016.
69. Ministère de la Santé Publique. DÉCRET N° 2015-745 portant création, organisation et fonctionnement d'un Comité Interministériel de Lutte contre la Contrefaçon et le Marché Illicite des Médicaments, en abrégé CILCMIM. 2015-745 avr 28, 2015.
70. MAHAVANY N. Procès verbal de la séance de sensibilisation au 4^e arrondissement le 27 février 2012. Madagascar 4^eme arrondissement: CNLCMIM; 2017 févr.
71. OMS | Produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits [Internet]. WHO. [cité 27 nov 2017]. Disponible à: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/fr/>
72. RAZAKAFONIAINA S. Le fonctionnement du CILCMIM. 2017.
73. Ministère de la Santé Publique, OMS. PLAN DIRECTEUR PHARMACEUTIQUE NATIONAL 2018 – 2022. 2017.
74. Radasimalala V. Madagascar: Santé - Un hologramme contre les médicaments contrefaits [Internet]. 2017 [cité 28 nov 2017]. Disponible à: <http://fr.allafrica.com/stories/201505030014.html>
75. Redaction Midi Madagasikara. Contre le trafic et la vente illicite : Bientôt des hologrammes sur toutes les boîtes de médicaments [Internet]. Midi Madagasikara. 2015 [cité 28 nov 2017]. Disponible à: <http://www.midi-madagasikara.mg/societe/2015/04/30/contre-le-trafic-et-la-vente-illicite-bientot-des-hologrammes-sur-toutes-les-boites-de-medicament/>
76. Redaction Midi Madagasikara. Hologramme sur les médicaments : Le « oui, mais » des pharmaciens [Internet]. Midi Madagasikara. 2015 [cité 28 nov 2017]. Disponible à: <http://www.midi-madagasikara.mg/societe/2015/05/23/hologramme-sur-les-medicaments-le-oui-mais-des-pharmaciens/>
77. Fondation Chirac. Madagascar : Interrogations concernant un nouveau système d'authentification des médicaments [Internet]. Fondation Chirac. [cité 28 nov 2017]. Disponible

à: <http://www.fondationchirac.eu/2015/06/madagascar-interrogations-concernant-nouveau-systeme-dauthentification-medicaments/>

78. DIDIER P. Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales [Internet]. Université de Bordeaux, École Doctorale Sociétés, Politiques, Santé Publique Spécialité Anthropologie sociale - Ethnologie; 2015 [cité 28 nov 2017]. Disponible à: <https://hal.inria.fr/tel-01272691/document>
79. Homeopharma Madagascar : La Santé, La Beauté, Le Bien-être [Internet]. Homéopharma. [cité 28 nov 2017]. Disponible à: <http://www.madagascar-homeopharma.com/>
80. Les plantes médicinales transformées cartonnent à l'export [Internet]. Carrefour des Entrepreneurs de l'Océan Indien. 2015 [cité 28 nov 2017]. Disponible à: <http://carrefourentrepreneursoceanindien.org/les-plantes-medicinales-transformees-cartonnent-a-export/>

Annexes

Annexe 1 : Liste des médicaments autorisés à la vente dans les dépôts pharmaceutiques de Madagascar

DCI	Forme et présentation
ANESTHESIQUES	
Lidocaïne	Sol. Injectable 1% et 2% sans adrénaline
ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS ET APPARENTES	
Acide acétylsalicylique	Comprimé 100 et 500mg
Colchicine	Comprimé 1 mg
Diclofénac	Comprimé 25 et 50mg ; Suppositoire 25 et 100mg
Ibuprofène	Comprimé 200 et 400mg ; Sirop 100mg
Paracétamol	Comprimé 100 et 500mg ; Sirop 125mg/5mL ; sachet ; suppositoire 100mg
ANTI-ALLERGIQUES ET ANAPHYLAXIE	
Chlorphéniramine	Comprimé 10mg ; Ampoule injectable 10mL
Prednisolone	Comprimé 5mg
Dexaméthazone	Ampoule injectable 5mg
Hydrocortisone	Ampoule injectable 100mg
Prométhazine	Comprimé ; Sirop
ANTIDOTES	
Charbon activé	Poudre ou comprimé 500mg
N-acétylcystéine	Comprimé ou sachet 100 et 200mg
ANTI-CONVULSIVANTS ANTILEPILEPTIQUES (sous contrôle strict du chef SSD)	

Diazépam	Comprimé 5 et 10mg ; Injectable 10mg
Phénobarbital	Comprimé 10 et 50 et 100mg ; Injectable 40mg
ANTI-INFECTIEUX ANTIBIOTIQUES ANTIPALUDEENS (sur prescription médicale)	
Acide nalidixique	Comprimé 500mg
Amoxicilline	Gélule 250 et 500mg ; Poudre pour sirop 125 et 250mg Gélule 250 et 500mg ; Poudre pour sirop 125 et 250mg ;
Ampicilline	Flacon Injectable 0,5 et 1g Comprimé 200/40 et 400/80mg ; Suspension buvable
Cotrimoxazole	200/40mg par 5mL
Gentamicine	Ampoule injectable 10 40 et 80mg
Nystatine	Comprimé enrobé 100 000UI ; suspension buvable
Albendazole	Comprimé 400mg ; Suspension buvable 4%
Mébéndazole	Comprimé 100 et 500 mg ; suspension buvable Comprimé 250 et 500mg ; Suspension buvable ; Ovule gynécologique 500 mg
Métronidazole	
Penicilline procaine	Ampoule injectable 1MUI
Penicilline (benzathine)	Ampoule injectable 1,2 et 2,4 MUI
Penicilline (benzyl)	Ampoule injectable 1MUI
Praziquantel	Comprimé 600mg
Chloroquine	Comprimé 100 et 150mg ; Sirop 25mg/5mL
Quinine	Ampoule injectable 100 200 400 et 600mg
Sulfadoxine-pyriméthamine	Capsule 500/25mg ; Ampoule injectable
Tétracycline	Gélule 250mg ; Dragée et comprimé
MEDICAMENTS DU SANG	
Acide folique + Fer	Capsule 0,25/200mg
Phytoménadione	Ampoule injectable 20 et 10mg
Ethamsylate	Comprimé 250mg ; Injectable 250mg

CARDIOLOGIE (sous contrôle strict du chef SSD)

Méthyl dopa

Comprimé 250mg

Nifédipine

Comprimé 10mg

DERMATOLOGIE

Chlortétracycline

Pommade dermique 3%

Benzoate de benzyl

Solution 25%

ANTIMYCOSIQUE

Miconazole

Crème ou pommade

Nystatine

Comprimé oral 500 000UI ; Comprimé vaginal 100 000UI

DESINFECTANTS ET ANTISEPTIQUES

Ethanol

Solution 70 et 90°

Permanganate de potassium

Comprimé 500mg

Alcool iodée

Solution dermique

Polyvidone iodée

Solution 10%

Chlorhexidine

Solution 5% et 25%

DIURETIQUES

Furosémide

Comprimé 40mg ; Solution injectable 20mg

Hydrochlorothiazide

Comprimé

GASTRO-ENTEROLOGIE

SRO

Sachet pour 1L

Comprimé 10mg ; Suppositoire 10mg ; Ampoule Injectable

Butylscopolamine

20mg

Atropine

Ampoule Injectable 0,25 et 0,50mg

Glycérine

Suppositoire Nourrisson, Enfant, Adulte

Hydroxyde d'aluminium	Comprimé 500mg ; Suspension buvable
Hydroxyde d'aluminium et de magnésium	Comprimé 500mg ; Suspension buvable
Métoclopramide	Comprimé 10mg ; Ampoule Injectable 10mg ; Solution buvable
PREPARATION ANTIHEMORROIDAIRE	
Préparation antihémorroïdaire	Pommade ; Suppositoire
PREPARATIONS OPHTALMOLOGIQUES ET O.R.L.	
Chloramphénicol collyre	Solution 0,4 et 0,5%
Tétracycline	Pommade ophtalmique 1%
Nitrate d'argent collyre	Solution 1%
Sérum physiologique	Goutte nasale
Solution auriculaire contenant un antibiotique	Solution auriculaire
OCYTOCIQUES ET ANTIOCYTOCIQUES	
Méthylergométrine	Solution buvable ; Solution injectable 0,2mg/mL
Oxytocine	Ampoule Injectable 5MUI
Salbutamol	Ampoule Injectable 0,5mg/mL
PNEUMOLOGIE	
Aminophylline	Comprimé 100 et 200mg
Salbutamol	Aérosol 50 et 250µg/bouffée ; Comprimé 4mg
Carbocystéine	Sirop Enfant, Adulte
SOLUTIONS ET ELECTROLYTES	
Eau distillée	Ampoule injectable 5 et 10mL
Lactate de Ringer	Flacon 500mL
Soluté glucosé	Solution isotonique 5% ; Flacon 500mL
Solution hypertonique	Solution 15%

Soluté de chlorure de sodium	Solution 0,9% ; Flacon 500mL
VITAMINES ET SELS MINERAUX ; FORTIFIANTS	
Vitamine A	Capsule ; Gélule ; Solution buvable
Vitamine B	Capsule ; Gélule ; Solution buvable ; Solution injectable
Vitamine C	Capsule ; Gélule ; Solution buvable ; Solution injectable
Vitamine D	Capsule ; Gélule ; Solution buvable
Polyvitamine	Gouttes, Sirop ; Dragées ou comprimés
Calcium	Comprimé ; Comprimé effervescent ; Ampoule injectable
MEDICAMENTS DE PROGRAMME	
Pilplan®	Contraceptif oral
Génicure®	Kit de traitement
Cura7®	Kit de traitement
Palustop®	Comprimé 75 et 150mg
Confiance®	Contraceptif injectable avec seringue
CONSOMMABLES MEDICAUX	
Préservatifs	
Compresses	
Seringue avec aiguille à usage unique	
Perfuseurs	
Bandes	
Coton	
Sparadrap	
Thermomètre	
Microperfuseurs (nécessaires épicroaniens)	

SAROPADY NY FANAFODY



X

SAROBIDY NY FAHASALAMANA

HATONY NY MPANINJARA ARA-DALANA



FARMASIA, HOPITALY TOBIM-PAHASALAMANA DEPOT de MEDICAMENT

LAHY TOKANA NY AINA

KOMITY NASIONALY MIADY amin'ny VAROTRA FANAFODY TSY ARA-DALANA



Traduction :

**Les médicaments sont à utiliser avec
précaution**

Acheteur : « *Les médicaments ne sont pas chers ici ! C'est toujours ça de gagné !* »

Vendeur : « *J'ai encore réussi à vendre ! Il n'y a que l'argent qui compte pour moi !* »

La santé est précieuse

Fournissez-vous auprès des commerçants agréés
par la loi

Dans les pharmacies, les hôpitaux, les centres de
santé, les dépôts de médicaments

Nous n'avons qu'une seule vie

Comité National de Lutte contre le Marché Illicite des Médicaments

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.