



HAL
open science

L'automédication et ses déterminants

Carine Baxerres, Véronique Guienne, Roch Houngnihin, Charlie Marquis

► **To cite this version:**

Carine Baxerres, Véronique Guienne, Roch Houngnihin, Charlie Marquis. L'automédication et ses déterminants: Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, 2015. L'automédication et ses déterminants, Mar 2015, Cotonou, Bénin. 2015. hal-01336870

HAL Id: hal-01336870

<https://hal.science/hal-01336870>

Submitted on 24 Jun 2016

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.

L'automédication et ses déterminants

Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, 2015.



Textes réunis sous la coordination de
Carine Baxerres, Véronique Guienne,
Roch Houngnihin et Charlie Marquis

(mise en ligne : décembre 2015)

Actes du colloque international francophone tenu les 4, 5 et 6 mars 2015 à Cotonou (Bénin)

mise en ligne : décembre 2015 sur <http://automed.hypotheses.org/Cotonou2015>

organisé par

Université Abomey-Calavi (UAC) : Département de sociologie-anthropologie (DS-A)

Université de Nantes (UN) : Centre nantais de Sociologie (CENS FRE 3706)

Institut de Recherche pour le Développement (IRD) : MERIT (UMR 216)

avec le soutien de

Agence Universitaire de la Francophonie (AUF)

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Agence Nationale pour la Recherche (ANR)

Comités scientifique, d'organisation et d'édition

Carine Baxerres, Institut de Recherche pour le Développement – Cerpage.

Mireille Bidias, Institut de Recherche pour le Développement – Merit.

Laurent Brutus, Institut de Recherche pour le Développement et Département de médecine générale de l'Université de Nantes.

Estelle D'Halluin, Université de Nantes – Centre nantais de sociologie.

Marc Egrot, Institut de Recherche pour le Développement – Mivegec.

Sébastien Fleuret, CNRS – Espaces et Sociétés.

Véronique Guienne, Université de Nantes – Centre nantais de sociologie.

Roch Hounghin, Université Abomey-Calavi, Département de sociologie-anthropologie.

Adolphe Kpatchavi, Université Abomey-Calavi, Département de sociologie-anthropologie.

Jean-Yves Le Hesran, Institut de Recherche pour le Développement – Merit.

Charlie Marquis, Université de Nantes – Centre nantais de sociologie.

Jessica Pourraz, Institut de Recherche pour le Développement – Merit.

Avant propos

L'automédication, dont une première définition relativement restrictive serait la consommation de médicaments sans l'avis préalable d'un professionnel, est une pratique répandue de par le monde. Mais, en raison de sa prégnance dans ces sociétés, elle est particulièrement étudiée en sciences sociales dans les pays « du Sud ». En Afrique notamment, l'automédication réalisée avec des médicaments pharmaceutiques industriels s'associe à celle qui emploie des feuilles, racines et écorces végétales ainsi que certaines denrées alimentaires, pour constituer le premier mode de recours aux soins que pratiquent les individus face à un épisode morbide. Elle est présentée comme la partie immergée de l'« iceberg thérapeutique », une étape quasi obligatoire des itinéraires thérapeutiques, quelles que soient les pathologies considérées. Néanmoins, et en raison des modifications que connaissent actuellement les systèmes de santé des pays « du Nord » (déficit des systèmes de prise en charge, déremboursement des médicaments, etc.), l'automédication connaît depuis une quinzaine d'années un nouvel essor en tant qu'objet d'étude des sociétés occidentales.

L'automédication s'est révélée être une thématique transversale de recherche pour analyser les sociétés contemporaines. Cette démarche nous mène au cœur de plusieurs enjeux : économiques et marchands d'abord, mais aussi thérapeutiques et de santé publique et enfin socio-culturels dans un contexte de mondialisation et de globalisation.

Concrètement, nous avons ensemble cherché à articuler les pratiques singulières aux conditions politiques, territoriales et sociales ; à mettre en perspective des pratiques qui sont elles-mêmes pour partie le produit de déterminations (pathologiques, territoriales et sociales), avec le cadre d'exercice de ces pratiques (politiques de déremboursement, inexistence d'un système de prise en charge des dépenses de santé, conditions d'installation des médecins, des infirmiers, règles de vente des médicaments, accès aux droits...). Dans ce domaine, il est apparu important de prêter une attention particulière aux modes de distribution des médicaments et à la régulation qui les encadre. Les pratiques de distribution pharmaceutique effectivement en cours à l'échelle d'un territoire, ont une influence sur les pratiques de consommation des médicaments par les individus et ici sur l'automédication.

Par conséquent, la définition de l'automédication que nous privilégierons est « se soigner par soi-même » : prendre cette pratique par son usage et non par le type de

produit utilisé (globalement, nous ne considérons pas, par exemple, les seuls médicaments, en tant qu'objets thérapeutiques ou produits de la technologie médicale).

Un institut de recherche et deux universités se sont associés pour l'organisation de Rencontres autour de l'automédication et de ses déterminants : l'Institut de recherche pour le développement (IRD), l'Université de Nantes (France) et l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin) qui a accueilli ces journées scientifiques. Dès 2013, les travaux collectifs de deux programmes de recherche présagent du projet. Depuis 2012, le programme de recherche Automéd réunissait, en France, une équipe pluridisciplinaire de géographes, de médecins généralistes et de sociologues. Le programme est soutenu en 2013 par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) pour développer ses études sur les pratiques d'auto-soin dans l'Ouest du pays. En parallèle, le programme de recherche international Globalmed reçoit le soutien de l'European Research Council (ERC) pour étudier le marché global du médicament de l'Asie à l'Afrique. Ces études anthropologiques se déclinent au Cambodge, au Ghana et enfin au Bénin, pays où se sont déroulées les Rencontres de l'automédication et de ses déterminants.

Il est parfois entendu qu'il existerait des chercheurs Suds et des chercheurs Nords, se distinguant de par les réalités différentes qu'ils observent. S'il est indéniable de pouvoir constater ces différences, il est intéressant de s'interroger sur les questionnements analogues que nous pouvons développer sur ces réalités et sur les outils communs que nous sommes en mesure d'appliquer ensemble. Le sujet de l'automédication est passionnant et assez vertigineux en la matière. Les portes d'entrée dans ses terrains sont nombreuses comme nous allons le voir : l'industrie du médicament et sa distribution, le pluralisme thérapeutique et le rapport entre les différentes formes de soins, les relations entretenues avec les professionnels de santé et leurs modes d'organisation, les croyances et les savoirs profanes, etc. Le regard porté sur l'automédication peut être en ce sens transnational, car il concerne un objet d'étude international. Ces rencontres avaient pour objectifs de favoriser les échanges Nord/Sud entre des chercheurs travaillant sur la santé et particulièrement sur l'automédication et d'échanger sur la complémentarité thématique transnationale que représente cet objet d'étude.

Par ailleurs, l'ambition est résolument d'approcher une transdisciplinarité pour l'étude de l'automédication. La transdisciplinarité est considérée comme une approche scientifique dépassant les points de vue disciplinaires grâce à l'approche globale d'une question. Au niveau de l'intégration des disciplines, il s'agit du degré

supplémentaire par rapport à l'interdisciplinarité. Les disciplines concernées l'atteignent quand cette pratique - de par les projets collectifs, les échanges de méthodes et les rencontres scientifiques - est répétée jusqu'à déboucher sur l'élaboration de nouveaux paradigmes, portés par une communauté qui les partage. Ces premières Rencontres sur l'automédication et ses déterminants ont été l'occasion de présenter l'avancée des recherches francophones sur le sujet, principalement en France et en Afrique de l'Ouest. L'édition collective des Actes de ce colloque contribue à ces deux démarches de transnationalité et de transdisciplinarité. Nous espérons qu'au-delà des participants à ces Rencontres et aux auteurs des pages qui vont suivre, de nombreux lecteurs trouveront un intérêt à partager avec nous cette démarche.

Les Rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants se sont déroulées dans la ville de Cotonou au Bénin, les 4, 5 et 6 mars 2015. Elles se sont articulées autour des conférences de Francis Akindès (*"Prendre soin de soi" dans les contextes africains d'incertitudes et de fragilité sociale*), Alice Desclaux (*L'automédication assistée par les pairs, ou les ramifications collectives de l'automédication, dans le cadre de firmes de marketing multi-niveaux en Afrique*), Abou-Bakari Imorou (*Médicaments et trajectoires thérapeutiques : le médicament dans le parcours de soins hospitaliers*) et Jean-Pierre Olivier de Sardan (*Les services de santé sont les meilleurs propagandistes de l'automédication*). Ce fut aussi l'occasion d'écouter et d'échanger dans des ateliers tenus en sessions parallèles autour de 24 communications issues de nombreuses disciplines allant des sciences de l'information et de la communication, à la géographie en passant par l'épidémiologie, l'anthropologie, la médecine générale et la sociologie. Nous avons fait le choix de présenter la globalité des résumés de ces 24 communications à la fin de ces Actes. Nous avons résolument décidé d'ouvrir ces journées scientifiques aux jeunes chercheurs (étudiants, docteurs et assistants de recherche) et à des chercheurs moins intégrés aux réseaux de recherche et donc moins disposés à percevoir des aides à la mobilité pour communiquer à l'étranger (Cote-d'Ivoire, Madagascar, Sénégal, France). La publication dès décembre 2015 de ces Actes, sous cette forme et électroniquement accessible à l'international, poursuit ce choix d'ouverture et d'échange.

La première partie porte sur le marché de l'automédication et les différents circuits de distribution qui le composent. Contrairement à ce qui est généralement dit, l'automédication est parfois avant tout une pratique collective comme le montre l'étude des pratiques de ventes de compléments nutritionnels par les entreprises multinationales de marketing multi-niveaux au Sénégal (DESCLAUX). Étudier l'ac-

cessibilité des produits d'automédication et notamment des médicaments pharmaceutiques permet d'appréhender les impacts des différents systèmes de distribution sur l'utilisation des produits par les individus - par exemple, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artemisinine (CTA) au Bénin et au Ghana (MAHAME & BAXERRES). Les circuits informels sont aussi des filières importantes pour s'approvisionner en produits de santé. C'est le cas du marché d'Ambohipo à Madagascar (MATTERN) ou des quartiers périphériques de Cotonou (KPATCHAVI). Ces circuits de distribution, formels comme informels, répondent aussi à un certain pragmatisme thérapeutique où la demande directe d'un produit par un individu à un vendeur est majoritaire mais où la prescription médicale n'est pas pour autant absente (DJRALAH *et al.*). Enfin, nous terminerons cette première partie par l'analyse de l'approvisionnement pharmaceutique et des pratiques d'automédication dans le contexte très particulier d'une institution fermée et surveillée : une « prison civile » (DOHOU & AMOUZOUVI).

La seconde partie interroge le choix de l'automédication comme alternative au recours d'un professionnel de santé : se soigner soi-même, consulter un professionnel ou s'abstenir de se soigner. Les déterminants de ces décisions sont nombreux et varient selon les territoires, que ce soit au Congo (RODRIGUEZ & WACHSBERGER), au Bénin (LE HESRAN *et al.*) ou en France (BRUTUS & MARQUIS). Les professionnels portent eux aussi des représentations sur l'automédication de leurs patients. D'ailleurs, leur attitude à cet égard, territorialement différenciée, influence les pratiques de leur patient (FLEURET). De nombreux acteurs du soin jouent un rôle sur les pratiques d'automédication (les femmes, les agents de santé publique, les médecins, etc.). L'individu doit composer avec cette pluralité de représentations et de savoirs qui l'entoure (MELIHO). On peut d'ailleurs s'interroger sur la réelle autonomie des individus en matière d'automédication. Au regard des discours employés pour décrire leurs pratiques ou présenter les produits qu'ils utilisent, la proximité avec les conseils prodigués par le corps médical ou défendus par les politiques est notable (BERGOT *et al.*).

La troisième partie questionne les significations que les individus donnent à leurs pratiques d'automédication ainsi que les types de produits qu'ils mobilisent pour cela. De par leurs savoirs et expériences personnelles, les individus sont amenés à « bricoler » leurs soins dans un pluralisme thérapeutique inégalement mobilisé (GUIENNE & LE HESRAN). Quelle que soit la société, il existe de nombreux autres produits, que le médicament pharmaceutique, à disposition pour se soigner : les médicaments néotraditionnels en Afrique (EGROT) ou les plantes en France

(BOST) par exemple. Ce sont autant de produits qui nous amènent à interroger les processus de professionnalisation et de légitimation des formes de soins non biomédicales, bousculant les statuts de ces produits d'automédication. Concernant le médicament pharmaceutique industriel, l'étude de l'appropriation dont il est ou non l'objet de la part des individus est révélatrice des pratiques d'automédication qui en découlent. Un discours politique, médical et scientifique concordant et légitime ne suffit pas toujours, comme c'est le cas dans le traitement du paludisme (ANAGO *et al.*; HOUNGNIHIN) ou dans celui de l'avortement médicamenteux (BOKO & BAXERRES) au Bénin.

Partie 1 Son marché et ses circuits de distribution

L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal

Alice Desclaux..... p. 11

Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana

Stéphanie Mahamé et Carine Baxerres..... p. 24

Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar. Le cas du marché informel d'Ambohipo

Chiarella Mattern..... p. 35

Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin)

Codjo Adolphe Kpatchavi..... p. 46

Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin

Moïse Djralah, Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh, Carine Baxerres..... p. 55

Quand l'automédication constitue un problème sociétal chez les détenus de la prison civile de Cotonou

Pascal Dohou et Dodji H. Amouzouvi..... p. 64

Partie 2 Ses pratiques et leurs rapports aux professionnels du soin

L'automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo

Jacques Rodriguez et Jean-Michel Wachsberger..... p. 74

Besoins et pratiques de soins: mesure de « l'iceberg » à Cotonou

Jean-Yves Le Hesran, Inès Boko, Laurent Brutus..... p. 91

La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France

Laurent Brutus et Charlie Marquis..... p. 104

Automédication et territoire : la pertinence de la lecture géographique

Sébastien Fleuret..... p. 119

Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu *Ayizò* (Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie

Pierre Codjo Meliho..... p. 132

L'autonomie en matière d'automédication et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays messin

Anne-Laure Bergot-Le Floch, Pierre Moulin, Claudie Haxaire..... p. 143

Partie 3

Ses usages et leurs significations questionnées

Les bricolages singuliers de l'automédication Entre déterminations et émancipations

Véronique Guienne et Anne-Lise Le Hesran..... p. 156

Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest

Marc Egrot..... p. 166

Quand la plante dialogue avec le corps Se soigner en utilisant le savoir herboristique

Ida Bost..... p. 185

S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre-t-il les habitudes de consommation des familles ?

Emilienne Anago, Audrey Hemadou, Carine Baxerres..... p. 195

Écart entre recommandations officielles et pratiques des acteurs : éléments d'analyse de l'automédication en cas de fièvre en milieu rural à Dassa-Zoumè (Bénin)

Roch A. Houngnihin..... p. 204

Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol

Inès Boko et Carine Baxerres..... p. 212

Annexe

Résumés des rencontres pluridisciplinaires Nord/Sud

..... p. 221

Partie 1

Son marché et ses circuits de distribution

L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal

Alice Desclaux¹.

1. UMI 233 IRD, 1175 INSERM, TransVIHMI.

L'automédication est généralement décrite comme une pratique individuelle, voire intime, relevant du sujet. Certes, dans ces études, le sujet n'est ni a-social ni a-culturel : il choisit un produit thérapeutique en puisant dans une profusion de ressources depuis les savoirs profanes — dans la diversité des savoirs locaux et *traditionnels* auxquels il accède par transmission orale intergénérationnelle ou par des échanges avec son entourage dont il mobilise l'expérience — jusqu'aux savoirs globaux accessibles par internet. Ces derniers font le succès des sites médicaux, dont la sociabilité n'est pas absente, et s'exprime particulièrement dans les forums qui accueillent des échanges d'expériences très personnels mettant en relation des personnes dans des communautés de patients virtuelles. Mais dans ce double contexte de savoirs et de relations, c'est *l'individu* qui choisit, dans une démarche idiosyncrasique, en définissant lui-même – consciemment ou inconsciemment – les règles, rationalités et modalités, de sa pratique. Il produit des *assemblages* (Ong & Collier, 2004) d'éléments de connaissances à partir d'espaces culturels qui peuvent être divers.

L'automédication reflète l'autonomie individuelle, et même la renforce, dans un contexte global où cette autonomie prend la dimension d'une valeur de plus en plus partagée. Comparativement à d'autres options thérapeutiques, le médicament (même sous sa forme prescrite) favorise cette autonomie du fait de son caractère matériel et aisément manipulé ou dissimulé, permettant de se traiter « quand on veut, comme on veut » (Desclaux, 2013). Cette dimension individualisante du médicament, centrale pour expliquer la *pharmaceuticalisation*, au Nord comme au Sud (Desclaux & Egrot, 2015), est pleinement exprimée dans l'automédication.

L'automédication est par ailleurs essentiellement discutée comme une pratique de soin, préventive ou curative. D'autre part, elle a surtout été analysée en référence directe ou indirecte à la biomédecine, qu'elle soit pratiquée en complément d'un traitement prescrit par un médecin, en alternative lorsque le consommateur n'adhère pas au traitement médical ou ne peut obtenir les prescriptions (là où il n'y a pas de médecin ou lorsque l'accès au médicament est difficile) (Fainzang, 2012). Cette pratique d'automédication, longtemps considérée dans une certaine mesure comme pratique « par défaut » (de prescription médicale) semble de plus en plus revendiquée par des « patients experts » émergents, qui mobilisent une forme de savoir d'expérience basé sur la comparaison critique, c'est-à-dire un savoir de « consommateurs ». Ceci ne se fait pas sans tensions ni enjeux, notamment autour des limites de l'automédication et du contrôle du rapport au médicament eu égard à sa toxicité. Cette évolution considère toujours l'automédication comme une pratique visant le soin – sa fonction princeps.

Dans cet article, mon ambition est de décaler le regard et de mettre l'accent sur deux dimensions de l'automédication : sa dimension potentielle de pratique collective, et les fonctions de l'automédication distinctes du soin, ces deux dimensions venant se superposer aux dimensions individuelle et thérapeutique de l'automédication, visibles « en surface ».

L'analyse va porter sur la consommation de produits thérapeutiques diffusés par une entreprise de marketing en réseau. Ces entreprises s'appuient sur des populations de pratiquants de l'automédication¹, qui peuvent être considérées comme des communautés thérapeutiques. Ces firmes ne sont pas inscrites dans les systèmes de soins en tant que systèmes d'acteurs et services identifiés dans le champ biomédical, mais elles participent pleinement au système médical au sens anthropologique, c'est-à-dire un ensemble d'institutions, acteurs, savoirs, et rapports sociaux participant à la gestion de la santé (Kleinman, 1981). L'article va donc présenter ces communautés thérapeutiques et les pratiques d'automédication socialement construites par ces firmes, décrire et analyser les formes d'automédication en mettant l'accent sur les fonctions de l'automédication différentes du soin, et les situer en tant que pratiques individualisantes et/ou collectives.

1 Définie, selon les indications de cet ouvrage, comme pratique de « soin par soi-même ».

Se soigner par les plantes à Dakar

Si l'Aloe vera est aujourd'hui largement connu sous son nom botanique dans diverses parties du monde, c'est probablement grâce à une firme de marketing multi-niveaux dont cette plante est l'emblème. La firme la distribue sous forme de gel dans les bidons destinés à l'automédication, qui occupent largement le terrain des représentations collectives à Dakar. C'est ce que montrait une enquête réalisée dans la rue en 2009 auprès de 100 personnes : quelques personnes interrogées sur leurs connaissances à propos de la plante, qui n'étaient pas des distributeurs de la firme, l'ont décrite en évoquant la forme et la couleur des bidons. « Se soigner par les plantes » : c'est la motivation première des personnes que nous avons rencontrées, qui consomment les produits diffusés par la firme A.

Plusieurs entreprises multinationales similaires de marketing multi-niveaux (ou vente directe par réseaux) de plantes médicinales transformées — ou phytoremèdes industriels — se sont développées en Afrique de l'Ouest depuis dix à quinze ans, notamment Forever Living Products, Tiens, Organo Gold, Vita-Life ou Herba-life. Le mode d'organisation est venu des États-Unis, où il a été créé dans les années 1940 et popularisé par la firme Tupperware. Un acheteur se fournit en produits auprès de la firme, qu'il revend en dégageant une marge bénéficiaire. Parallèlement, il peut parrainer d'autres vendeurs (ou *distributeurs*) et touche des commissions sur leurs ventes. Un système de points-caisses permet aux distributeurs, à partir de leurs performances, de gravir une hiérarchie de statuts et de revenus. Les distributeurs sont présentés par la firme comme des « partenaires » liés par un contrat, tout en gardant un statut indépendant : il s'agit d'un système de vente de particulier à particulier. Le succès de ces firmes à l'échelle planétaire est considérable : Forever Living Products revendique environ 10 millions de distributeurs inscrits dans 180 pays, et cette firme est devenue le premier producteur mondial d'Aloe vera. Le modèle économique met en avant les bénéfices spectaculaires des personnes qui ont développé des réseaux importants, notamment aux États-Unis et en Amérique centrale. Les rares études portant sur les dynamiques sociales liées aux firmes de marketing en réseau au Sud ont montré qu'elles parviennent, quel que soit le contexte politique local, à ouvrir un espace à l'idéologie entrepreneuriale en introduisant une forme de marché néolibéral qui répond aux aspirations des classes moyennes (Cahn, 2008 ; Vidas, 2008).

Aussi, la personne qui découvre un phytoremède parce qu'un de ses proches le lui a conseillé, est-elle rapidement encouragée à adhérer au projet que lui propose la

firme de devenir elle-même *distributeur*. La vente directe en réseau peut être pratiquée comme activité secondaire, et chacun est *a priori* accueilli par la firme au premier niveau de l'échelle du plan de progression qui devrait lui permettre d'atteindre ses « objectifs » en termes de bénéfices. Pour améliorer son état de santé et ses revenus, le néophyte est invité à suivre des formations sur les opportunités d'affaires proposées par la firme, sur le développement personnel, et sur les phytoremèdes proposés à la vente.

Ces sessions de formation, ouvertes à tous, ont été mon premier lieu de recueil de données concernant les consommateurs de la firme Viva² au cours des six dernières années à Dakar. Elles m'ont permis non seulement de suivre les échanges et parfois d'y participer, mais aussi de recueillir des observations et des propos informels, que j'ai complétés par des entretiens non structurés ou semi-structurés et la participation à quelques manifestations de la firme. Peu de documents écrits sont disponibles en dehors des documents publicitaires concernant les phytoremèdes, produits aux USA et distribués à l'identique dans le monde (probablement pour des motifs de protection commerciale). Pour donner une idée de l'importance de cette activité : les derniers chiffres publiés (datant de 2011) font état de 19 000 distributeurs pour trois pays : Sénégal, Mali et Guinée.

Plante, complément nutritionnel ou médicament ?

Des éclaircissements sont nécessaires sur le statut des phytoremèdes concernés par cette analyse. Ces produits ont la particularité d'être ambivalents (Desclaux, 2014), comme le laisse supposer leur présentation visuelle. La firme les construit ainsi, en insistant d'abord sur leur caractère *naturel* (opposé à *artificiel*) et en mettant en avant l'image de cette « plante héroïque » que serait l'Aloe vera, présente dans une proportion importante des produits à la vente. Les qualités naturelles de la plante seraient d'ailleurs attestées par « la sagesse des cultures » : le discours met en avant une utilisation très ancienne de l'Aloe, qui aurait été connu des grandes civilisations antiques (en Asie, Égypte ancienne, Mésopotamie).

Simultanément, les produits sont présentés comme des médicaments. Outre leur apparence (gels et comprimés dans des bidons et flacons) qui les identifie à des produits pharmaceutiques plutôt qu'à des plantes, ils ont plusieurs caractéristiques similaires aux médicaments industriels:

2 Il s'agit d'un pseudonyme.

- La forme galénique (comprimés, gélules « buvables ») –avec la particularité du bidon de pulpe d’Aloe vera, une forme unique pour la plante phare-
- le mode de production (ce que montrent les films de la firme qui font découvrir les plantations industrielles d’Aloe vera et les usines de traitement et conditionnement)
- le mode de validation (l’identification de molécules actives et la réalisation d’essais cliniques ayant consacré l’Aloe vera font l’objet de quelques ouvrages)
- le souci de la précision (concernant les dosages des produits et les indications données pour l’utilisation, qui transparaît dans les documents et les enseignements)
- la préoccupation autour de la pureté des produits (la purification et la standardisation étant présentées comme l’apport de la technique au produit naturel), dans un discours général recourant à la notion de qualité.

Les produits sont aussi des compléments nutritionnels, composés de végétaux, fruits et légumes, sels minéraux, vitamines, miel et dérivés. Il répondent ainsi à une conception de l’alimentation comme source de la santé –en conformité avec les messages sanitaires diffusés par les médias, en Afrique de l’Ouest comme en Europe (par exemple : « Mangez 5 fruits et légumes par jour »).

L’appellation *complément nutritionnel* répond de plus à des impératifs juridiques : les produits n’ayant pas été soumis à une Autorisation de Mise sur le Marché, les distributeurs n’ont pas le droit d’avancer des « allégations thérapeutiques ». Si, oralement, les distributeurs décrivent la guérison de tel ou tel problème de santé, ces mentions sont remplacées à l’écrit par la notion de *soin*, ce qui permet d’apparaître comme n’usurpant pas le statut de médicament.

C’est en grande partie cette ambivalence (ou polyvalence) qui fait le succès des produits dérivés et associés à l’Aloe vera au Sénégal. Elle permet de considérer ces produits comme le fruit d’une convergence entre savoirs traditionnels et modernité, dans une combinaison du « meilleur des deux mondes », comme en atteste le propos de cet homme d’une cinquantaine d’années : « Je voulais être thérapeute traditionnel, d’ailleurs j’ai commencé à faire des études de sciences car je voulais aider

les guérisseurs à être plus précis et mieux organisés... ». Selon ce *manager* qui dit chapeauter près de 200 *distributeurs*, la firme a réussi ce que l'université et les institutions sénégalaises n'ont pas accompli malgré des années d'étude de la phytothérapie locale : standardiser, produire et diffuser de manière organisée des produits phytothérapeutiques *naturels* à grande échelle. Le contexte global de l'automédication dans cette firme étant décrit, ainsi que les produits concernés, passons maintenant à ses pratiques et aux discours associés.

L'automédication « enseignée »

Tout individu qui montre un intérêt pour un produit de la firme est rapidement contacté par des personnes qui utilisent des stratégies d'engagement pour lui vendre la pulpe d'Aloe vera, produit phare, et établir un lien. Il pourra alors être invité à prendre part aux sessions d'information et aux interactions auxquels participent ensemble les simples consommateurs, les personnes en instance de contractualisation avec la firme, et les distributeurs contractants de premier niveau. Nul n'est « obligé de consommer » les produits : il s'agit donc bien d'auto-médication. Elle est la raison d'être de la firme, qui la définit en tant que savoir et pratique, et organise la transmission de ce savoir.

La consommation des produits est enseignée au cours de sessions collectives qui rassemblent plusieurs dizaines de participants. Ces formations, généralement d'une durée d'une heure, sont données par des *distributeurs* de niveau avancé (*managers* par exemple). Les cours d'initiation sont répétés chaque semaine, alors que les cours de second niveau (sur une gamme de produits ou de découverte de nouveaux produits) sont annoncés selon un calendrier mensuel. La méthode pédagogique repose sur une présentation magistrale à partir de supports didactiques (diapositives, documents imprimés, films) produits aux États-Unis et fournis par la firme, commentés généralement en français puis en wolof, la présentation étant entrecoupée par des demandes d'éclaircissements. Certains formateurs encouragent les participants à poser des questions, qui dévoilent les écarts entre les notions de sens commun formulées par les nouveaux venus et le discours de la firme.

Les produits, incluant l'Aloe vera, sont présentés de manière ordonnée. Successivement sont explicités leur composition (espèces végétales, minéraux, vitamines, etc.), leur présentation (forme galénique), leurs posologies et modes d'administration, et leurs indications. L'Aloe vera est présentée comme une panacée pour de

nombreux symptômes et la liste de ses propriétés physiologiques comprend la quasi-totalité de celles décrites pour les autres produits, détaillées appareil par appareil (emménagogue, diurétique, etc.). L'orateur complète généralement cette présentation par des explications, qui entremêlent des connaissances et son expérience personnelle d'utilisateur. Certains formateurs invitent aussi les participants à s'exprimer sur leur propre expérience, ce qui peut soulever d'autres questions. Ces éclaircissements et discussions permettent d'ajuster les connaissances transmises aux savoirs locaux (par exemple en apportant des informations sur les végétaux, notamment les fruits « exotiques » qui composent les produits (des fruits des climats tempérés).

Les compléments d'information concernent aussi les pathologies significatives localement au plan épidémiologique (par exemple en faisant une place importante à des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle, préoccupation majeure des personnes de plus de quarante ans dans les métropoles africaines). Les propos conduisent aussi à reformuler ou compléter les indications attachées aux produits pour les adapter au savoir profane, en considérant par exemple des entités nosologiques populaires « floues et inclusives », telles que les troubles chroniques signifiés par le terme *hémorroïdes*, polysémique en Afrique de l'Ouest.

L'enseignant fait donc un travail d'explication pour présenter un modèle d'automédication convaincant pour les participants, qui s'appuie sur un savoir compréhensible et structuré, qui interprète la maladie selon un modèle cosmopolite, associant des notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie qui correspondent aux contenus pédagogiques de « sciences de la vie » des cursus de l'enseignement secondaire, et des concepts « ubiquitaires » comme celui d'*anti-oxydants*. Il y ajoute des éléments d'adaptation aux nosologies et conditions locales, largement puisés dans son expérience personnelle ou celle des distributeurs qu'il a fréquentés et des malades qu'il a conseillés. Ainsi, savoir constitué sur les produits et savoir d'expérience sur les pratiques sont associés pour fournir des indications très précises afin d'encadrer l'automédication. Parallèlement, au cours d'autres sessions de formation concernant les « opportunités d'affaires », les distributeurs et futurs contractants peuvent découvrir la puissance économique de la firme et les potentialités qu'elle leur offre pour améliorer leur statut social en devenant des « partenaires ».

Les fonctions de l'automédication

Il est entendu qu'une fonction essentielle de l'automédication est, dans ce contexte, de consommer et échanger des produits et de permettre une activité économique lucrative pour des milliers de personnes au sein de cette institution. Cette fonction co-existe avec la fonction « usuelle » de l'automédication : la fonction thérapeutique, préventive et curative. Le propos n'est pas ici de hiérarchiser ces deux fonctions, que l'on peut considérer en première analyse comme intriquées dans le contexte étudié.

Cependant, si l'on examine de plus près les sessions de formation, on peut observer plusieurs fonctions supplémentaires de l'automédication, de dimension micro-sociale. Je présenterai ici plus particulièrement trois fonctions, que l'on retrouve aussi dans d'autres activités de la firme :

- le témoignage pour convaincre (ou *l'automédication affichée*)
- la transmission d'expérience (ou *l'automédication expérimentée*)
- et l'initiation aux perceptions à visée didactique (ou *l'automédication éprouvée*).

Le témoignage pour convaincre : l'automédication affichée

Les témoignages de personnes qui ont retrouvé la santé grâce aux produits de la firme sont mobilisés à des occasions spécifiques, telles que des manifestations collectives qui rassemblent les distributeurs et la collectivité de la firme (par exemple, le « Jour du succès de 2015 » au cours duquel les nouveaux animateurs et managers reçoivent leurs diplômes). Les témoignages sont aussi utilisés de manière moins ostentatoire au cours des formations. C'est souvent en introduction que l'enseignant y a recours, pour expliquer comment il est parvenu au statut de formateur dans la hiérarchie de la firme.

Cette fonction de l'automédication suppose qu'elle fasse l'objet d'une relecture *a posteriori* en tant qu'expérience positive et cohérente, qui donnera lieu à un discours construit en forme de récit, le plus souvent produit par le sujet qui l'a vécu. La structure du récit débute avec la maladie ou un autre problème de santé, qui n'avait

pas trouvé de résolution auprès des médecins ou de guérisseurs et thérapeutes alternatifs, et qui a permis à la personne de découvrir les produits de la firme. Puis assez vite, une fois que le problème aigu a été résolu par des produits généralistes (qualifiés de « basiques ») ou spécifiques, la préoccupation thérapeutique est passée au second plan de l'expérience pour donner place à l'itinéraire de progression dans la firme. Au final, le succès combine guérison et progression sur le chemin vers la richesse et la réussite sociale. L'automédication n'est pas pour autant interrompue, car la consommation des « basiques », notamment de *la pulpe*, est présentée comme un ingrédient clé pour avoir l'énergie physique et psychique que requiert le succès, surtout s'il est basé sur une activité intensive de vente et de réseautage.

A minima, les échanges informels entre participants aux formations procèdent de la même valorisation de l'automédication et des produits : un compliment sur l'apparence, ou un succès commercial, est assez vite commenté comme le signe que la personne consomme bien les produits de la firme. En présence d'un tiers qui n'est pas encore consommateur régulier ou distributeur, les commentaires complémentaires attestent de l'intention de le convaincre de consommer les produits, et d'une forme de pédagogie de l'exemple à imiter.

La transmission d'expérience : l'automédication expérimentée

Une autre fonction de l'automédication qui apparaît au cours des séances de formation est celle de la transmission d'expérience. À la différence de la fonction précédente, il ne s'agit pas là de convaincre (d'autant plus que, dans une certaine mesure, les échanges ont lieu entre personnes déjà *a priori* convaincues, au moins en partie). L'expérience peut alors porter sur les aspects positifs ou négatifs des produits, ces derniers n'étant pas éludés mais mentionnés dès lors qu'une solution a été trouvée aux problèmes rencontrés. Les thèmes abordés concernent surtout :

- Le contrôle de problèmes de santé (qui ne sont pas présentés comme résolus mais comme maîtrisés), tels que les problèmes de poids ou d'hypertension artérielle.
- Les modalités de prise des traitements (par exemple des recettes pour moduler le goût de certains produits ou pour faciliter les prises notamment sur le lieu de travail)

- L'adaptation aux impératifs sociaux, religieux ou culturels (par exemple en indiquant des modalités de prise pendant le ramadan ou le carême).

Cette fonction de l'automédication comme support pédagogique est proche de la transmission d'expérience qui fonde le savoir des « patients experts ». Néanmoins, dans ce contexte, elle revêt une dimension supplémentaire. Alors qu'au cours des formations, les indications présentées sur les supports didactiques de la firme mentionnent des processus physiopathologiques et des symptômes, les expériences d'automédication évoquées ensuite mentionnent des maladies et rapportent des histoires de malades. Ainsi, les récits d'expériences d'automédication présentés pendant les sessions de formation justifient-ils des indications très larges des produits. Ils viennent aussi renforcer le discours totalisant de la firme, selon lequel tout processus pathologique peut être prévenu ou contrôlé en optimisant la physiologie ou le « terrain » par l'usage des phytothèmes. Les discours rapportant l'automédication des formateurs rendent plus concrète l'extension des indications des produits au-delà de ce qui est mentionné dans les documents de la firme.

L'initiation aux perceptions des effets des produits : *l'automédication éprouvée*

Une dernière dimension de l'automédication pratiquée parmi les consommateurs et distributeurs apparaît dans les échanges : elle tient à l'attention apportée aux effets corporels perçus des médicaments. Les témoignages rapportent les changements graduels éprouvés, par exemple après l'absorption quotidienne de la pulpe et son utilisation externe pour favoriser la cicatrisation de petites plaies ou brûlures.

Dans certains cas, les consommateurs semblent avoir une approche d'expérimentation, pour « voir quels sont les effets » de tel ou tel produit, en goûter les qualités organoleptiques, et pour percevoir si le produit « correspond » à son organisme. La rationalité sous-jacente à cette pratique d'automédication est résumée par la phrase « pour bien parler d'un produit, il faut l'avoir essayé », fréquemment répétée au cours des formations. Si l'objectif de cette forme d'automédication est d'appuyer les conseils pour l'automédication de futurs clients, elle induit une construction particulière des perceptions du corps et du rapport au produit, susceptible de créer une forme de sous-culture relative au corps commune aux distributeurs et consommateurs appartenant à la communauté thérapeutique créée par la firme.

Dans ces diverses formes, en contexte pédagogique, ce sont d'abord les discours tenus sur l'automédication qui lui donnent une valeur de témoignage, d'expérience ou d'épreuve. Néanmoins la récurrence des propos, leur richesse et leur variété, et l'affirmation répétée de la valeur didactique de l'automédication qui dépasse l'exemple à suivre, conduisent à discuter l'impact que ces fonctions assignées peuvent avoir en termes d'encouragement des pratiques d'automédication.

Discussion et conclusion

Dans la firme sur laquelle est basée cette étude de cas, les pratiques d'automédication sont inscrites dans des rapports sociaux complexes, qui font intervenir la valeur en termes de bénéfices des produits consommés, une hiérarchisation des statuts des distributeurs qui sont aussi des formateurs envers les distributeurs plus novices et les simples consommateurs, des collaborations par équipes qui font l'objet d'une économie mesurée par des nombres de points caisses enregistrés. Parallèlement, les échanges entre participants aux formations, construits autour d'expériences d'automédication, renvoient à des rapports entre pairs – similaires à ceux qui peuvent exister dans des associations de patients ou de consommateurs.

L'automédication est très encadrée, appuyée sur un « savoir constitué » dont la transmission est assurée par la firme, avec toute sa puissance symbolique d'entreprise mondiale combinant scientificité et communication de marketing en faveur de l'automédication, très élaborée. La consommation des produits est présentée aux futurs consommateurs comme une démarche individuelle fondée par des objectifs explicites — d'abord se soigner et dans un second temps témoigner — et un objectif implicite : consommer. Le champ couvert par le soin est extrêmement vaste : du préventif au curatif, du *care* au *cure*.

Dans le cadre des formations, la mise en récit de l'automédication vise à montrer l'efficacité du traitement à des clients potentiels ou des consommateurs provinciaux, à justifier le statut du formateur et à lui permettre de contribuer à la dynamique collective, en attestant des effets biologiques des produits, et en développant un discours d'expérience sur les pratiques de prise, l'adaptation des indications et posologies au contexte social et alimentaire, et les manifestations corporelles ressenties. L'automédication prend dans ce contexte des significations diverses : base du témoignage, échanges d'expériences et épreuve de la perception des effets des produits.

Ces différentes fonctions de l'auto-médication sont étroitement liées, et cette polyvalence est centrale dans la définition du modèle thérapeutique particulier que ces firmes mettent en œuvre, en plus de l'ambivalence fondamentale entre les dimensions thérapeutique et commerciale. Au travers de l'automédication « encouragée par les pairs », la firme joue sur la proximité entre des personnes qu'elle construit comme ayant la *même* expérience dans le champ de la santé. Ces personnes tirent aussi un bénéfice non commercial de cette automédication socialement instituée, les pratiques de sociabilité et le capital social ainsi construits ayant une valeur certaine, que laissent entrevoir la qualité de relations établies au sein de la firme, ou le bonheur qui s'exprime lors de manifestations collectives telles que le Jour du Succès, attestant de l'existence d'une forme de communauté. Simultanément, l'automédication à visée de témoignage impose au consommateur/distributeur de continuer à acheter des produits au-delà du traitement d'épisodes pathologiques qui ont pu motiver son recours initial. Il pourra ainsi consommer lui-même les produits qu'il n'aura pas vendus, son bénéfice biologique étant alors censé suppléer à l'absence de bénéfice économique.

Cette étude de cas illustre l'intervention normative que des institutions peuvent exercer sur l'automédication, et explicite certains ressorts sociaux et idéels de cette mise en forme institutionnelle. Elle montre que l'automédication n'est pas qu'une pratique intime, et élargit le champ de ses motivations, sans remettre en cause le modèle culturel individualiste compétitif et l'idéologie néo-libérale sous-jacents aux pratiques des firmes de marketing multi-niveaux. L'analyse vise à contribuer à la réflexion en cours sur la caractérisation d'un point de vue anthropologique de ces entreprises qui sont aussi des communautés thérapeutiques, illustratives des dynamiques de la mondialisation dans le champ de la santé. Cette forme d'automédication particulière, aux multiples fonctions, devrait rendre visibles, par la comparaison, d'autres formes polysémiques de l'automédication qui ne véhiculent pas toutes la « valeur libératrice » de l'individualisation.

Références

- Cahn, P. S. (2008). Consuming class: Multilevel Marketers in Neoliberal Mexico. *Cultural Anthropology*, 23(3). pp.429–452.
- Desclaux, A. (2013). Les effets microsociaux des antirétroviraux : prophylaxie de la transmission mère-enfant du VIH et individualisation au Burkina Faso. *Autrepart*. 63(1). pp.161–177.
- Desclaux, A. (2014). Ambivalence in the cultural framing of cosmopolitan alternative « medicines » in Senegal. *Curare*. 37(2). pp.53–60.
- Desclaux, A., & Egrot, M. (eds). (2015). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry* (New Ed). University of California Press.
- Ong, A., & Collier, S. J. (2004). *Global Assemblages : Technology, Politics, and Ethics As Anthropological Problems* (Blackwell). Maiden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing Ltd.
- de Vidas, A. A. (2008). Containing modernity The social life of Tupperware in a Mexican indigenous village. *Ethnography*. 9(2). pp.257–284.

Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana

Stéphanie Mahamé¹ et Carine Baxerres².

1. Étudiante en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Le médicament pharmaceutique industriel est un objet privilégié pour analyser les sociétés contemporaines et comprendre les évolutions qu'elles connaissent. Son caractère à la fois scientifique, thérapeutique, populaire et marchand le place au centre d'enjeux sanitaires, économiques, politiques et sociaux qui se jouent à des échelles à la fois globales et locales. Il représente aujourd'hui un des secteurs économiques les plus dynamiques et les plus lucratifs de la planète (Desclaux, 2003 ; Hauray, 2006 ; Desclaux & Egrot, 2015). Toutefois, cette indéniable vitalité économique ne va pas sans poser des problèmes d'ordre sanitaire et de santé publique.

Le projet de recherche duquel est tiré cet article – Globalmed¹ – se propose d'étudier les réalités que recouvre le marché global du médicament dans des pays du Sud où la régulation par les États est décrite comme étant plus faible qu'au Nord et où les enjeux de santé publique sont particulièrement aigus. Parmi les différentes étapes de la « vie sociale » du médicament (Whyte, Van der Guest & Hardon, 2002) étu-

1 Ce programme de recherche, *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique (2014-2018)*, est financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (MERIT – UMR 216), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Institut Pasteur du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des étudiants.

diée, cet article se focalise sur la distribution grossiste des médicaments, selon une approche comparative entre un pays francophone et un pays anglophone d'Afrique de l'Ouest, le Bénin et le Ghana. En effet, des systèmes pharmaceutiques différents, issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés à cette époque, sont en place dans les pays d'Afrique. Alors que la législation pharmaceutique des pays francophones prévoit une distribution largement encadrée par l'Etat, la législation des pays anglophones, plus libérale, laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Au regard des préoccupations qui nous ont rassemblés lors de ce colloque, nous nous demandons quel est l'impact au Bénin et au Ghana des différences de distribution grossiste des médicaments sur l'accès qu'en ont les individus ainsi que sur les pratiques d'automédication.

Une étude centrée sur les CTA

Notre étude se focalise sur les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), traitements recommandés depuis le milieu des années 2000 en première intention contre le paludisme, qui fournissent un cas d'école pour l'étude du marché global du médicament.

D'un point de vue pharmacologique, il existe plusieurs associations de molécules. Les plus courantes et celles qui sont mises en avant par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) sont l'artéméther-luméfantrine, l'artésunate-amodiaquine, l'artésunate-méfloquine, l'artésunate-sulfadoxine-pyriméthamine et la dihydroartémisinine-pipéraquine (OMS, 2011). Mais plusieurs autres associations sont fabriquées et mises sur le marché des pays.

Quant à l'accessibilité financière pour les individus, les différentes CTA disponibles sur les marchés public et privé du Bénin et du Ghana peuvent être regroupées en 3 catégories : 1) des CTA subventionnées, peu chères, c'est-à-dire coûtant autour de 0,5 euro et censées être gratuites pour les enfants de moins de 5 ans dans le secteur public béninois², 2) des CTA coûtant autour de 3 euros et n'étant pas distribuées via les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et l'aide des bailleurs internationaux, et 3) des CTA plus chères, coûtant autour de 6 euros et n'étant pas non plus acheminées via l'aide internationale. Outre le support des programmes natio-

2 Au Ghana, aucun système de gratuité n'est en place mais une assurance santé universelle existe depuis plus de 10 ans et, malgré les défis qu'elle rencontre, commence à jouer un rôle important.

naux et des acteurs transnationaux, ces différences de prix s'expliquent aussi par le profil des fabricants (firmes d'origine occidentale ou firmes issues des pays « émergents ») et les pays de fabrication (issus d'Afrique, d'Amérique, d'Asie, d'Europe). Ces médicaments sont variablement distribués dans les lieux de distribution existants dans les pays. Les CTA plus chères sont surtout disponibles par exemple dans les officines privées du Bénin et du Ghana, voire dans les *drugstores* de ce deuxième pays.

Méthodologie et démarche de recherche

La démarche de recherche adoptée est de nature qualitative et inductive : observations directes et participantes, entretiens semi-directifs. Un accent particulier est mis sur la réalisation d'ethnographies auprès des différents grossistes étudiés et cela antérieurement à la réalisation des entretiens.

Au Bénin, de mai 2014 à février 2015, un total de 60 séances d'observation participante de 4 heures chacune ont été conduites. 43 ont été réalisées auprès du grossiste public, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME), et 17 auprès d'un des grossistes privés à Cotonou. Depuis août 2014, deux ethnographies sont en cours auprès de deux grossistes privés établis dans le marché Okaishie d'Accra, lieu central de la vente du médicament au Ghana. Il regroupe de nombreux grossistes autorisés par la *Pharmacy Council*, agence nationale chargée de sécuriser l'exercice de la pharmacie. 13 observations participantes de 4 heures chacune ont pour l'instant été conduites auprès d'un grossiste-détaillant et 5 auprès d'un grossiste-importateur.

1. Le fonctionnement de la distribution grossiste du médicament au Bénin et au Ghana

1.1 Un grossiste semi-public au Bénin, la CAME

La CAME est née du partenariat entre l'État béninois et ses partenaires au développement. Devenue effectivement fonctionnelle en 1991 soit deux ans après l'adoption de ses statuts, c'est une institution semi-publique répondant à des objectifs de santé publique sous tutelle administrative du Ministère de la santé, mais dotée d'une autonomie financière et de gestion (Baxerres, 2013).

La CAME a un fonctionnement double en matière de distribution des médicaments. Elle vend pour son propre compte, en choisissant les produits par appels d'offre, des médicaments essentiels génériques, des solutés de perfusion et des consommables médicaux. Ses clients, à l'origine, étaient les centres de santé publics et ceux à vocation humanitaire. Mais depuis le changement de ses statuts en 2010, elle approvisionne également les « établissements pharmaceutiques privés » (convention État/Came 2010). La seconde branche de ses activités est celle de l'Unité de Gestion des Programmes Spécifiques (UGPS). L'UGPS achète, stocke, et distribue – moyennant rémunération – des médicaments pour le compte des programmes nationaux de lutte contre les maladies prioritaires, telles que le paludisme. Les destinataires de l'UGPS varient selon les programmes. Dans le cadre du Programme national de lutte contre le paludisme, les médicaments CTA et sulfadoxine-pyriméthamine (dans le cadre de la prévention du paludisme chez la femme enceinte) ainsi que les Tests de diagnostics rapides (TDR) sont distribués exclusivement aux structures sanitaires publiques ainsi qu'aux acteurs chargés de ce qu'il est convenu d'appeler « l'approche communautaire », c'est-à-dire les relais « communautaires » habitants dans les villages et les quartiers des villes. Mais la CAME ne couvre pas à elle seule l'ensemble des besoins en médicaments du pays.

1.2 La distribution pharmaceutique privée au Bénin, 5 grossistes-répartiteurs

Au Bénin, cinq grossistes-répartiteurs privés peuvent être classés en deux catégories sur la base de l'origine de leurs capitaux.

D'une part, il s'agit du groupement des pharmaciens d'officine du Bénin (Gapob) créé en 1982, de Medipharm (médicaments pharmaceutiques du Bénin), initié en 1985 et de Ubphar (union des pharmaciens du Bénin), né en 1990. Ce sont des sociétés béninoises dont l'actionnariat est composé quasi exclusivement de pharmaciens béninois, très majoritairement installés dans des officines privées. D'autre part, deux grossistes-répartiteurs ont un capital qui est détenu pour partie par des sociétés étrangères et pour l'autre partie, par des pharmaciens béninois. Il s'agit de Promopharma, installée au Bénin à partir de 1991, qui est une filiale du groupe français Eurapharma, ce dernier détenant 51 % du capital de ce grossiste. Début 2014, Ubipharm, filiale du groupe franco-ivoirien du même nom, basé tout comme Eurapharma en France, dans la ville de Rouen, s'est installé au Bénin. Les clients de la distribution privée sont quasi exclusivement les officines de pharmacie installées sur l'ensemble du territoire béninois. La répartition est faite en moyenne une fois

par jour pour les pharmacies installées à Cotonou. Pour le paiement, le délai accordé aux pharmacies est de quinze jours, bien que certaines pharmacies paient en espèces et au comptant.

Le secteur est très encadré sur le plan législatif, notamment par le décret n°2000-450 du 11 septembre 2000. Ainsi, les grossistes sont tenus de détenir « *un assortiment de spécialités représentant au moins les neuf dixièmes de celles autorisées au Bénin* » (Article 6). Par ailleurs, l'État fixe les prix des produits et les marges bénéficiaires dans la distribution grossiste à 15 % du prix d'achat pour les privés et 20 % pour la CAME.

1.3 Le grossiste public ghanéen et ses deux unités étatiques

Au Ghana, le grossiste public, le *Ministry of Health* (MoH), dispose de deux unités étatiques, le *Central Medical Store*³ et le *Stores Supplies and Drugs Management*, qui se chargent d'importer et de distribuer des médicaments. Elles disposent d'antennes régionales et s'approvisionnent par appels d'offres et via les acteurs transnationaux mais également auprès des grossistes privés.

Ces deux unités étatiques distribuent les médicaments aux structures publiques de santé mais également privées. Les formations sanitaires publiques peuvent d'ailleurs de la même manière s'approvisionner auprès des grossistes privés, ce que ne peuvent faire leurs homologues béninoises. Cet entremêlement de l'approvisionnement public et privé est très spécifique du Ghana, en comparaison du Bénin. Les CTA subventionnées, acheminées dans le pays via le National Malaria Control Program (NMCP) et l'aide des bailleurs transnationaux, peuvent être distribuées par le grossiste public comme par les nombreux grossistes privés. Ils étaient, en 2012, 20 « *first line buyers* », parmi lesquels le *Ministry of Health* et 19 grossistes privés.

1.4 Les nombreux grossistes privés ghanéens

Il existe au Ghana 640 grossistes privés, parmi lesquels 398 sont à la fois grossistes et détaillants. Parmi tous ces grossistes, certains constituent toutefois plusieurs agences de la même entreprise, implantée en différents endroits du territoire national. Ils ne sont pas tous autorisés à importer des médicaments. Ils doivent pour cela avoir une licence spécifique auprès de la *Pharmacy Council*. Ceux qui sont

3 Le *Central Medical Store* travaille parfois en lien avec la *Procurement Unit* qui fait partie du même service du MoH, notamment pour certains produits, comme les CTA.

importateurs peuvent aussi légalement faire la promotion des produits, à travers notamment les nombreuses activités de leurs « *sales representatives* », ce qui n'est pas dans l'attribution des grossistes-répartiteurs au Bénin.

Au contraire de leurs homologues béninois, les grossistes ghanéens ne sont pas obligés de distribuer une grande partie des médicaments autorisés dans le pays, ce qui explique en partie leur nombre élevé. Certains d'entre eux ne distribuent que quelques produits d'une à deux firmes pharmaceutiques avec lesquelles ils sont en relation. Les grossistes privés ghanéens sont en concurrence financière les uns vis-à-vis des autres. Le prix des médicaments est dans ce pays laissé à la libre régulation du marché. Pour les CTA subventionnés toutefois, les prix sont fixés par le NMCP.

Les grossistes privés approvisionnent les officines privées, les *drugstores* mais également les centres de santé publics et privés de différents niveaux. Nos études de terrain permettent de dire qu'ils approvisionnent globalement tous les potentiels clients, y compris les quelques vendeurs informels ghanéens et les nombreux vendeurs informels en activité dans les pays francophones voisins du Ghana qui s'adressent à eux⁴.

2. Comment le commerce se développe dans ces contextes ?

2.1 Le subtil développement du commerce pharmaceutique au Bénin

Au Bénin, dans le secteur privé, le commerce se joue dans une concurrence très serrée pour accaparer la plus grande part de marché. Le but est d'être le grossiste privilégié du plus grand nombre possible d'officines. Mais la concurrence ne pouvant s'exercer par les prix, elle passe par les services et les facilités accordées dans la distribution (rapidité dans la livraison des commandes, remises, cadeaux offerts, souplesse des délais de paiement, etc.). Il en résulte des conflits assez importants quant à l'arrivée par exemple de nouveaux acteurs dans la distribution grossiste des médicaments, ou encore en matière d'accaparement des marchés constitués par l'ouverture de nouvelles officines. Il en découle également des rapports de pouvoirs

4 Il existe dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest un important marché informel du médicament, qui n'a pas du tout la même ampleur au Ghana (Baxerres & Le Hesran, 2011 ; Baxerres, 2013).

et d'alliances assez prégnants avec l'Ordre des pharmaciens et le Ministère de la santé, qui constituent les deux autorités de régulation en matière de distribution pharmaceutique.

Dans le secteur public, le commerce se joue surtout autour des appels d'offres à meilleur coût. L'UGPS notamment rapporte des gains non négligeables à la CAME, à travers la rémunération qu'elle perçoit pour la gestion des médicaments des programmes nationaux (paludisme, sida, tuberculose) ou internationaux (UNICEF, Corridor Abidjan-Lagos, etc.).

2.2 Un commerce assumé, qui se développe au grand jour au Ghana

Au Ghana, le secteur privé de la distribution grossiste des médicaments est extrêmement dynamique. Le secteur public remplit en la matière un rôle moins important. La concurrence, notamment financière, entre eux est omniprésente mais nous avons observé un certain « *fairplay* » entre les différents acteurs, qui disent tous avoir leur rôle à jouer dans ce marché concurrentiel. Toutefois, des freins sont parfois mis à l'activité trop brillante de certains acteurs clefs, notamment par le biais de dénonciations de la mauvaise ou moins bonne qualité des médicaments distribués.

À côté des prix et des discours sur la qualité des produits, les avantages de paiement (à crédit ou cash, pendant un temps plus ou moins long) et les cadeaux octroyés aux détaillants font aussi partie des stratégies développées par les grossistes pour conquérir et conserver leur clientèle. Les « *sales representatives* » et les directeurs des sociétés passent ainsi beaucoup de leur temps à entretenir leurs « *business relations* », à aller saluer, maintenir le contact, souhaiter l'anniversaire de leurs clients, à se manifester lors des événements heureux (mariage, naissance) et malheureux (funérailles) qui leur arrivent, tout en vérifiant le bon écoulement des stocks de leurs produits, se renseignant sur les nouveaux produits arrivés sur le marché, faisant la promotion des nouveaux médicaments qu'ils distribuent, etc.

3. Impact de ces systèmes sur l'automédication faite avec des CTA

3.1 Au Bénin, une appropriation faible des CTA

Au Bénin, les textes encadrent strictement la distribution du médicament par type d'acteurs. Qu'ils soient grossistes ou détaillants, les marges de manœuvre dont ils disposent sont très faibles. Les médicaments génériques vendus à moindre coût sous Dénomination Commune Internationale (DCI) se retrouvent majoritairement dans les centres de santé publics ; les médicaments plus chers commercialisés sous des noms commerciaux sont plutôt disponibles dans les officines privées. Dans le cas particulier du paludisme, deux filières bien distinctes ont été identifiées. Les CTA subventionnées passent de l'UGPS de la CAME aux dépôts répartiteurs de zone⁵, et de ceux-ci aux centres de santé publics, voire aux « relais communautaires ». La deuxième filière, celle des CTA non subventionnées, passe des grossistes privés aux pharmaciens d'officine qui les rendent disponibles aux populations.

Des études précédentes (Kamat & Nyato 2010 ; Oconnell *et al.*, 2011 ; Kangwana *et al.*, 2011 ; ACTwatch⁶) ont montré que le premier recours en matière de paludisme, c'est le privé et l'informel. Les centres de santé publics sont donc d'après ces études moins concernés. Les autres recherches que nous menons dans le cadre de Globalmed le vérifieront. Toutefois, du côté des officines, se pose le problème de l'accessibilité financière des médicaments, étant donné que les CTA subventionnées n'y sont pas disponibles. Il apparaît ainsi, si nos données préliminaires se confirment, que les populations béninoises ont un faible accès aux CTA peu chères et qu'elles se sont globalement peu appropriées les CTA. Seules certaines personnes parmi les plus aisées les utilisent en automédication (voir à ce sujet l'article de Anago *et al.* dans les actes de ce colloque).

5 Le système sanitaire du Bénin est décentralisé. La base de celui-ci est la zone sanitaire, entité opérationnelle organisant les soins au niveau d'une ou de plusieurs communes. Le dépôt répartiteur de zone est l'organe de gestion des médicaments et consommables médicaux au niveau de la zone sanitaire.

6 ACTwatch mène des études majoritairement quantitatives sur la distribution et la consommation des CTA dans 10 pays où le paludisme est endémique, dont le Bénin : www.actwatch.info, consulté en avril 2015.

3.2 Au Ghana, une plus forte automédication utilisant des CTA

La législation pharmaceutique ghanéenne laisse une grande marge de manœuvre aux acteurs détaillants quant à l'achat de médicaments en gros. Ils s'approvisionnent globalement auprès de tous les grossistes qu'ils souhaitent. Tous les types de médicaments à tous les prix peuvent ainsi être disponibles auprès de tous les distributeurs (pharmacies, *drugstores*, centres de santé publics, privés), et c'est également le cas pour les CTA subventionnées.

Toutes les catégories de populations ont ainsi facilement accès à ces médicaments, y compris celles – nombreuses – qui s'adressent principalement aux *drugstores* en cas de paludisme. Nos premières investigations dans le cadre de Globalmed au Ghana indiquent effectivement une automédication importante à base de CTA.

Conclusion

Ces premières données confirment l'une des hypothèses fondatrices du programme Globalmed, à savoir que les modes de distribution pharmaceutique ont un impact sur les usages des médicaments de la part des individus, notamment sur l'automédication. Elles permettent en outre de souligner que ces modes de distribution influencent aussi plus largement l'accès aux médicaments. Plus la distribution est libéralisée, plus la consommation est importante et l'automédication développée. Toutefois, ces constats, réalisés à partir de données largement collectées auprès des grossistes formels en activité au Bénin et au Ghana, sont fait sans tenir compte du marché informel du médicament béninois, qui au-delà des législations nationales permet généralement d'harmoniser les pratiques de distribution, les types de médicaments distribués ainsi que les modes de consommation en vigueur dans les pays et notamment au Bénin et au Ghana (Baxerres, 2013). Néanmoins, dans le cas précis des CTA et même si des CTA subventionnées au Ghana sont disponibles sur le marché informel béninois (Baxerres *et al.*, *sous presse*), les données préliminaires de Globalmed montrent qu'ils sont relativement peu achetés par les clients. Au Bénin, l'informel suivrait ainsi en quelque sorte le formel et répondrait finalement assez logiquement à la demande des clients, qui elle-même est suscitée certes par les prescriptions des soignants mais aussi par l'accessibilité des médicaments dans les lieux de distribution. Au-delà de cette corrélation qui semble donc bien se confirmer, il nous reste à présent à décrire finement les logiques d'action des différents acteurs en présence.

Ce travail ouvre également des perspectives de recherche pour d'autres disciplines, notamment la pharmacologie, la parasitologie et la santé publique. En effet nos données préliminaires mettent en évidence une automédication faite avec des CTA plus développée au Ghana qu'au Bénin, et ce pour la majorité des individus, quel que soit leur statut socio-économique. On peut se demander quel est l'impact de cette automédication et selon quelles modalités elle se développe. Est-elle réalisée en accord avec les recommandations biomédicales ou sort-elle largement du cadre de ces recommandations, les médicaments étant possiblement utilisés hors cas de paludisme avéré et selon une posologie fantaisiste ? Si c'était le cas, ces pratiques pourraient avoir des conséquences en matière de développement de la résistance du parasite aux CTA et ainsi compromettre l'efficacité de ces médicaments.

Références

- Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Les Editions des Archives Contemporaines.
- Baxerres, C. Egrot, M. HOUNGNIHIN, R. Le Hesran, J.-Y. (sous presse). Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest : Les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance. Dans Desclaux, A. Badji, M. (eds). *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Eclairages juridiques, anthropologiques et de santé publique*. Dakar: L'Harmattan Sénégal.
- Baxerres, C. Le Hesran, J.-Y. (2011). Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin). *Social Science and Medicine*. 73(8). pp.1249-1256.
- Desclaux, A. (2003). Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. *Anthropologie et Sociétés*. 27(2). pp.41-58.
- Egrot, M. Desclaux, A. (eds). (2015). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan - Editions de l'IRD.
- Hauray, B. (2006). *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*. Paris: Presse Sciences Po.
- Kamat, V.R. Nyato, D.J. (2010). Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program. *Social Science and Medicine*. 71(3). pp.626-633.
- Kangwana, B.P. Kedenge, S.V. Noor, A.M. Alegana, V.A. Nyandigisi, A.J. Pandit, J. et al. (2011). The impact of retail-sector delivery of artemether-lumefantrine on malaria treatment of children under five in Kenya: a cluster randomized controlled trial, *PLoS Medicine*, 8(5).
- O'Connell, K.A et al. (2011). Got ACTs? Availability, price, market share and provider knowledge of anti-malarial medicines in public and private sector outlets in six malaria endemic countries. *Malaria Journal*. 10. pp.326.
- OMS, (2011) Directives pour le traitement du paludisme, deuxième édition, 201 p. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242547924_fre.pdf?ua=1 consulté en avril 2015.
- Whyte, R.S. Van der Geest, S. Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar. Le cas du marché informel d'Ambohipo

Chiarella Mattern¹.

1. Doctorante, IPM Institut Pasteur de Madagascar.

Si la littérature anthropologique sur la circulation de médicaments pharmaceutiques via les circuits de distribution informelle est abondante pour l'Afrique de l'Ouest (Akrich, 1995 ; Fassin, 1986 ; Van der Geest, 1987 ; Van de Geest *et al.*, 1996 ; Jaffré, 1999 ; Baxerres & Le Hesran, 2012), il n'existe pas d'étude anthropologique sur cette thématique pour le contexte malgache. Pourtant les études quantitatives (OMS, 1995 ; ACT Watch, 2010), les mémoires et thèses de pharmacie et médecine réalisées sur le sujet (Rakotondralandy, 2004 ; Olds, 2006 ; Rakotoson, 2007) soulignent l'existence d'un « marché noir/illicite » du médicament, comme le nomment les auteurs de ces travaux. Les dépêches régulières dans les journaux nationaux¹ décrivent un phénomène prégnant sur la Grande Ile.

Méthodologie de la recherche

La présente communication repose sur une enquête de 12 mois menée à Madagascar dans le cadre de ma thèse en anthropologie. Au départ l'objectif était d'iden-

1 « Madagascar : Grande mobilisation demain contre le marché informel », Midi Madagasikara, 1 octobre 2009 / « Vente illicite de médicaments : La caducité des lois handicape la lutte », Madagascar Matin, 28 juin 2011 / « Madagascar en crise, le prospère commerce des médicaments illicites », 29 septembre 2011 / « Mesures contre la vente illicite de médicaments » L'Express de Madagascar, 27 octobre 2011 / « Madagascar : Marché illicite des médicaments – Un comité interdisciplinaire pour éradiquer le fléau », Midi Madagasikara, 27 octobre 2011 / « Madagascar : la lutte contre la vente illicite des médicaments s'avère difficile », Afriquinfos, 28 octobre 2011 / « Marché noir du médicament – La législation se durcit, la libéralisation persiste », Journal La Vérité, 13 décembre 2012 / « Madagascar : Santé – La vente de médicaments illicites irrépessible », L'Express de Madagascar, 17 décembre 2012 / « Vente illicite de médicaments. Appel aux forces de l'ordre », L'Express de Madagascar, 3 novembre 2014.

tifier les circuits de distribution de médicaments à Madagascar et les articulations entre chacun. L'hypothèse était alors que de par son caractère insulaire, Madagascar bénéficiait de mécanismes propres d'approvisionnement, différents sans doute de la situation de trafic informel transfrontalière telle que décrite pour l'Afrique de l'Ouest.

Une vingtaine d'entretiens ont été menés avec les différents acteurs du secteur privé et public du médicament (pharmaciens, grossistes importateurs, représentants de firmes pharmaceutiques, dépositaires de médicaments, acteurs de lutte contre le marché informel). Parallèlement, une immersion de 4 mois, à raison de deux après-midi par semaine au cœur du marché informel d'Ambohipo m'a permis d'approcher une vingtaine de vendeurs de médicaments et intermédiaires avec lesquels des entretiens semi-directifs ont été menés. En binôme avec une interprète malgache, nous avons observé les relations entre les vendeurs et les usagers et réalisé un inventaire non systématique des médicaments. Parallèlement, une enquête a été réalisée dans les plus grands marchés de la capitale (en termes de nombre de pavillons de vente), en vue d'identifier les points de vente informelle et les types de vente (vente en épicerie, en ambulatoire, vente spécialisée de médicaments ou en marge d'autres produits).

Contexte

L'« éternel retour de la crise » (Fremigacci, 2014) qui caractérise le contexte socio-politique malgache depuis plusieurs décennies a conduit à une fragilisation de la population à plusieurs égards. Entre 2008 et 2013, Madagascar a été secouée par une crise politique qui n'a pas laissé le système de santé indemne : dégradation des prestations de service essentiel, réduction de l'accès aux services de base, réduction de la disponibilité des intrants, augmentation des charges familiales. En 2013, 72 pour cent de ses 22 millions d'habitants vivaient en dessous du seuil de pauvreté national (INSTAT, 2012-2013). L'accès aux soins notamment est rendu difficile par des problèmes structurels qui affaiblissent le système de santé publique (absence des professionnels de santé dans leur formation sanitaire, ruptures de stocks d'intrants, etc.). Dans un contexte d'appauvrissement et de diminution du pouvoir d'achat, le recours au marché informel apparaît comme une solution plus adaptée aux besoins des populations urbaines et rurales. En effet, via le marché informel, les médicaments sont disponibles à moindres frais et de manière continue (de 7h du matin à 20h, tous les jours de la semaine), à l'opposé d'un secteur privé considéré comme plus cher et moins accessible en termes de « proximité sociale », et

d'un secteur public régulièrement frappé par des ruptures d'approvisionnement en médicaments.

Par ailleurs, au vu de la précarisation de l'emploi et de la volonté de se soustraire à une vie rurale difficile (travaux agricoles sur une terre de moins en moins fertile²), le commerce du médicament apparaît comme séduisant aux jeunes générations qui migrent de la campagne vers la capitale. D'agriculteurs ils deviennent des commerçants, ils développent pour la plupart de nombreuses connaissances relatives aux médicaments et des compétences commerciales.

C'est dans ce contexte que la vente informelle de médicaments se déploie à Madagascar depuis son émergence. Mes interlocuteurs racontent qu'à cette époque, le haut lieu de vente de médicaments était le quartier de 67 Hectares, situé dans l'ouest de la capitale. Ce quartier abritait la Cité universitaire. Certains récits recueillis auprès des vendeurs ou d'autres Betsileo racontent que des étudiants issus de cette ethnie cherchaient alors un moyen de payer leurs frais de scolarité, et ont eu l'idée de vendre des médicaments. Ce commerce était particulièrement lucratif dans un contexte où les médicaments étaient rares et chers, les génériques ne devaient arriver qu'une vingtaine d'années plus tard, contribuant à une plus grande accessibilité des populations aux produits pharmaceutiques. Le commerce de médicament a prospéré, les récits des vendeurs racontent que ses retombées étaient tangibles : les vendeurs retournaient dans leur commune d'origine au volant de magnifiques voitures, de belles propriétés y étaient alors construites « avec l'argent du médicament ». Ces jeunes étudiants³ sont à la source d'un réel mythe autour du médicament, né alors et qui le décrivait comme un objet lucratif, un commerce facile et permettant de s'enrichir rapidement⁴.

Les premiers médicaments mis en vente seraient à l'époque « sortis des hôpitaux » et proviendraient de dons détournés. Une dizaine d'années plus tard, pour des raisons qui me sont encore méconnues, le quartier d'Ambohipo a pris le relais dans la vente. Aujourd'hui il est nationalement reconnu comme étant la plaque tournante

2 cf. entretiens avec les vendeurs d'Ambohipo.

3 Je n'ai pour le moment pas de données sur le devenir de ces étudiants après la mise en place de ce commerce : se sont-ils investis à plein temps dans ce business ou ont-ils continué leurs études ?

4 J'ai identifié ce « mythe » du médicament au travers des entretiens réalisés avec les vendeurs, cet aspect de la recherche sera approfondi par un terrain « aux sources », prévu pour le mois d'août 2015.

de la vente de médicaments pour l'ensemble de l'île. C'est là que se déroule la majorité des transactions commerciales informelles en gros et en détail. Des cartons remplis de médicaments sont chaque jour envoyés aux quatre coins de l'île, à destination de dépôts de vente informels divers. Les marchands ambulants, épiciers et autres vendeurs informels de la capitale et d'ailleurs, s'y approvisionnent, en petite ou grande quantité. À la tête de ce business se trouvent des personnes issues de l'ethnie Betsileo, elles sont originaires d'une même commune, dans le district d'Ambositra, à 400 km au sud de la capitale.

Les circuits de distribution à Madagascar

Les médicaments pharmaceutiques distribués à Madagascar sont exclusivement importés de l'étranger (Europe, Inde et Chine). En effet, la dernière firme pharmaceutique malgache, FARMAD a fermé ses portes en 2013, sous pression de concurrence des firmes étrangères. À l'instar d'autres pays, les médicaments y sont distribués via trois circuits : le public, le privé et l'informel. Les médicaments à destination des formations sanitaires publiques sont commandés par la Centrale d'achat de médicaments essentiels et de consommables médicaux (SALAMA). Ces médicaments génériques, produits en Inde et en Chine sont acheminés quatre fois par an par des transporteurs aux Pharmacies de Gros de district (PhaGeDis). Les districts sont ensuite responsables de la répartition des médicaments au sein des communes (PhaGeCom).

Le circuit privé est constitué d'une trentaine de grossistes. Parmi eux, 6 se partagent la majeure partie du marché. Les médicaments commandés par les grossistes transitent via les plates-formes Eurapharma et Ubipharma et sont ensuite répartis auprès des officines privées et des dépôts de médicaments. Les dépôts de médicaments ont été instaurés par le Code de la Santé pour pallier au manque de pharmaciens dans le pays, leur gestion est confiée à des individus formés pendant trois mois au sein d'une officine pharmaceutique et autorisés à dispenser des médicaments listés. Au moment de leur mise en place, la formation de pharmacien se faisait exclusivement à l'étranger, cette profession n'était donc que faiblement représentée à Madagascar. Aujourd'hui plusieurs écoles de pharmacie sont ouvertes sur l'île, mais les pharmaciens nouvellement formés choisissent pour la plupart d'exercer en ville, refusant les opportunités de travail en province. Les dépôts de médicaments jouent encore aujourd'hui donc un rôle essentiel dans l'approvisionnement en médicament pour les zones rurales.

En marge de ces deux circuits s'érige le marché informel du médicament. Ce dernier se nourrit des deux circuits suscités. Plusieurs sources d'approvisionnement m'ont été citées, mais il semblerait que la source principale d'approvisionnement des médicaments soit les dépôts. Le mécanisme est simple : un dépôt est ouvert avec autorisation d'exploitation délivrée par le Ministère de la Santé. Au moment de faire sa commande auprès d'un grossiste, le dépositaire gonfle la liste de médicaments demandés. Une fois la commande reçue, le surplus de médicaments est acheminé vers un point de vente informelle. Il s'agit souvent des membres d'une même famille et les points de re-vente peuvent être multiples. Il nous est arrivé souvent d'observer au sein des boutiques de re-vente des cartons avec l'en-tête d'un grossiste. Les observations au sein des dépôts de médicaments officiels ont également démontré la vente en gros de médicaments, envoyés par cartons entiers par taxi-brousse dans d'autres points de vente.

Le quartier d'Ambohipo

Ce quartier est situé au Sud Est de la capitale, il abrite la cité universitaire et de nombreux commerces (boucheries, friperies, épiceries, quincailleries). Le quartier est bordé au nord par une pharmacie et au sud par un Centre de Santé de Base public, équipé d'une pharmacie. Deux dispensaires privés y exercent et trois docteurs libéraux y ont été recensés jusqu'à ce jour. L'argent du médicament a fait pousser les seuls bâtiments récents du quartier d'Ambohipo, construits de part et d'autre de la route en terre qui mène à l'Université. Ces bâtisses aux vitres teintées (des habitations pour la plupart) dénotent dans un paysage fait de petites habitations de fortune. Les rues fourmillent de monde à longueur de journée et de soirée, la moindre pluie inonde les trottoirs de déchets que les poules picorent çà et là. Dans une capitale relativement peu animée en soirée, Ambohipo est connu comme un lieu de fête, où les étudiants venus des provinces partagent bières et brochettes de zébu sur un fond de musique.

Deux types de vendeurs exercent leur pratique commerciale côte à côte : vendeurs au détail et grossistes. Pour la majorité, ils vendent exclusivement des médicaments (génériques ou spécialités). Ils ont entre 20 et 55 ans et sont Betsileo, issus d'une même commune rurale dans le district d'Ambositra. Agriculteurs d'origine, ils ont été appelés à la capitale par des parents pour venir en appui à leur commerce naissant. Leurs récits mettent en lumière le bouleversement de mode de vie qu'a induit cette migration vers la capitale. Si leur premier métier les obligeait à travailler dur et par tous les temps, leur nouvelle pratique leur paraît moins exigeante,

plus confortable, « au moins on peut rester assis toute la journée », disent-ils. Les mois de pratique aux côtés de leur parent vendeur ont fait d'eux de réels spécialistes du médicament : ils jonglent avec les noms de médicaments, les pathologies qui y sont associées, la gestion des livraisons et des commandes, la gestion des stocks calquée sur la saisonnalité des maladies, etc.

Les points de vente ne sont pas visibles depuis la rue, les vendeurs au détail rangent les références⁵ dont ils disposent dans une armoire munie d'un cadenas, montée dans la pièce qui fait à la fois office de salon et de chambre à coucher. Les grossistes eux disposent d'un espace réservé à la vente, attenant à leur domicile, ou à un autre commerce dont ils sont propriétaires également. C'est pour orienter les clients auprès des vendeurs que s'est érigée la catégorie d'intermédiaires, qui détient toute son importance dans la pratique de vente. Si l'on prend le bus pour arriver au sein du quartier, il est difficile de ne pas les voir, ils brandissent des boîtes de médicaments (vides) et accostent les passants. Les intermédiaires sont majoritairement des hommes, attirés par cette pratique qui offre flexibilité et mobilité, et qui est plus lucrative (entre 0,30€ et 7€/jour) que leurs précédentes activités (jardinier, receveur de bus). Deux types d'intermédiaires se partagent l'espace de vente : ceux qui travaillent en « freelance », et ceux qui sont « attachés » à un vendeur en particulier.

Il est difficile de dire le nombre exact de vendeurs qui exercent à Ambohipo, mais il est sûr qu'ils sont présents en grand nombre (une quarantaine, selon un vendeur). Malgré la concurrence accrue qu'ils représentent les uns envers les autres, aucune stratégie marketing ne semble être mise en place par les vendeurs pour se différencier les uns des autres. Parmi nos nombreux interlocuteurs, une seule a répondu à cette question de la concurrence entre vendeurs en notant qu'elle essaye d'être particulièrement disponible pour sa clientèle, de donner des conseils et d'être à l'écoute, de lui réserver un bon accueil en diminuant par exemple un maximum le temps d'attente. Les liens de solidarité tissés entre eux apparaissent souvent dans les récits des vendeurs. Ils décrivent ces liens comme étant des liens d'entraide, notamment dans la pratique de vente et aussi en cas de coups durs. Les Betsileo du quartier sont organisés au sein d'une association qui consiste essentiellement à rassembler les dons monétaires en cas de deuil survenu au sein de leurs familles. Les liens entre les Betsileo restés à la campagne et leurs familles à la capitale sont

5 Le nombre de médicaments disponibles dépend fortement des vendeurs et varie d'une dizaine à une cinquantaine par vendeurs. Les produits les plus vendus sont disponibles en quelques exemplaires mais il n'est pas rare que les vendeurs soient en rupture de stock.

encore prégnants. Pour les Betsileo de Tana, les allers et retours sont fréquents dans leur commune d'origine, notamment lors des fêtes (retournement des morts, funérailles, mariages, etc.), les enfants sont envoyés à la campagne durant les vacances.

Dans la pratique de vente, cette solidarité dont se targuent les vendeurs n'est pas tangible. Chacun a son propre business qu'il gère de manière autonome et selon ses propres logiques. Après avoir appris les ficelles du métier au contact d'un membre de la famille, le vendeur travaille indépendamment et pour son propre compte : les prix diffèrent d'un vendeur à l'autre, ils ne disposent pas tous des mêmes médicaments (spécialités et/ou génériques), ils ne s'approvisionnent pas via les mêmes filières et jusqu'à aujourd'hui, outre des « dépannages » ponctuels, nous n'avons pas observé de réelle collaboration entre vendeurs.

Les répressions policières et les descentes improvisées dans les boutiques semblent rares, mais elles présentent tout de même une source de stress pour les vendeurs et les intermédiaires. Les dépêches dans les journaux nationaux font de temps à autre état d'une volonté étatique de lutter contre le marché « illicite » selon les termes utilisés. Ce mouvement de lutte est chapeauté par un comité interministériel constitué en 2011 mais qui dans les faits est assez peu actif. Qu'elle soit effective ou non, cette répression et les nombreuses rumeurs qui circulent quant à l'efficacité des médicaments qui y sont vendus (faux médicaments, médicaments périmés, contrefaçon, etc.), s'illustrent par la méfiance dont fait preuve la clientèle : vérification quasiment systématique des dates de péremption et inspection des boîtes d'emballages de médicaments. Pour légitimer leur pratique face à cette crainte, les vendeurs proposent les notices correspondant aux médicaments, même si ceux-ci sont vendus par comprimé ou tablette.

Pour certains vendeurs, la vente de médicament est un commerce lucratif. Ils disposent d'un grand nombre de références, d'un bel espace de vente et n'ont pas besoin de recourir à d'autres activités génératrices de revenus. Au contraire, d'autres vendeurs vivent dans des habitats délabrés et exigus, proches d'égouts dans lesquels il n'est pas rare de voir courir des rats. Ceux-ci multiplient les activités de vente : médicaments, pâtisseries et snacks, jus naturels, etc. Il semblerait que ce qui fait la différence entre eux est notamment le type de clientèle avec laquelle ils traitent.

Une clientèle attractive : les professionnels de la santé

Les clients de ce marché viennent de tout le pays et appartiennent à toutes classes sociales et classes d'âge confondues. Beaucoup de clients viennent y acheter des traitements pour des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, etc.) auxquels ils sont soumis à vie et qui coutent deux à trois fois moins cher qu'en pharmacie. Parmi tous les clients, ce sont les médecins issus du circuit privé et public qui sont les clients les plus attrayants pour les vendeurs, au vu de la quantité de médicaments achetés et de la fréquence de leur approvisionnement. La « réussite » d'un commerce plutôt qu'un autre réside dans la capacité à garder captive la clientèle de médecins. Ceux-ci arrivent munis d'une liste de médicaments à acheter et s'approvisionnent régulièrement, en fonction de la demande et des besoins de leur patientèle.

Les « particuliers » achètent le médicament soit sur base d'une ordonnance nouvellement prescrite durant une consultation, soit une ordonnance correspondant à un épisode de maladie passé, soit en montrant une boîte vide du médicament recherché ou en en donnant le nom. Quel que soit le support (boîte vide, prescription, nom du médicament), les commerçants vendent le médicament s'ils l'ont à disposition. D'après mes observations⁶, la plupart des consommateurs achètent leurs médicaments sur base d'une ordonnance.

Les vendeurs d'Ambohipo échangent principalement via le téléphone portable avec les clients qui résident en province. Soit quelqu'un a été chargé par l'acheteur de récupérer la commande en main propre, alors la facture se règle directement. Soit il arrive que les médicaments soient envoyés *via* des coopératives de taxi-brousse ; dans ce cas, ils règlent leur facture via les services de transfert d'argent et de paiement, accessible directement *via* la téléphonie mobile.

Conclusion

À la lumière de la littérature internationale et des données récoltées jusqu'à aujourd'hui, certaines spécificités propres au marché malgache peuvent être identifiées. Celles-ci sont autant de pistes à approfondir pour la suite de mon travail, je n'en dégagerai ici que quelques-unes.

6 Ce constat reste à confirmer dans la suite de la recherche.

Tout d'abord, le rôle incontournable que les dépôts de médicaments détiennent dans l'approvisionnement du circuit informel est caractéristique du marché informel malgache. Les liens familiaux sont essentiels dans ce mécanisme d'approvisionnement des points de vente informels sous couvert des dépôts légaux et il sera intéressant de comprendre les enjeux qui sous-tendent ces liens qui relèvent tant du registre familial que commercial. Sur le terrain de l'offre de médicaments, les pharmacies et dépôts cohabitent ; les enjeux de cette coexistence sont nombreux en termes de concurrence, les premiers se sentent légitimes dans leur profession de par les années d'études de pharmacie réalisées, les seconds se définissent uniquement comme vendeurs mais dans les faits, ils n'hésitent pas à dispenser des conseils sur les traitements à prendre et leur posologie. Plus spécifiquement, il est étonnant de voir que les vendeurs de médicaments, les « Betsi » tels qu'ils sont nommés par les populations aux quatre coins de l'île, ont une origine commune. Une partie de notre travail visera à retracer l'historique de l'émergence du marché, le « mythe du médicament » ainsi que les liens qui existent aujourd'hui avec les familles restées en province.

Références

- ACT Watch, (2010). « Outlet Survey Report (Baseline), Republic of Madagascar ».
- Akrich, M. (1995). Petite anthropologie du médicament. *Techniques et Cultures*, 25-26. pp.129–157.
- Baxerres, C. et Le Hesran, J.-Y. (2012). Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales. *Revue Internationale Sur Le Médicament*. 4(1), pp.14–38.
- Baxerres, C. et Simon, E. (2013). *Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds*. Autrepart, 63, pp.3–30.
- Baxerres, C. (2015). Contrefaçon pharmaceutique: la construction sociale d'un problème de santé publique. Dans Desclaux A. & Egrot M. (Eds.). *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan. pp.129–146.
- Desclaux, A., et Lévy, J.-J. (2003). Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et Sociétés*. 27(2), pp.5–21.
- Fassin, D. (1985). Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'études Africaines*. 25(98), pp.161–177.
- Fassin, D. (1986). La vente illicite de médicaments au Sénégal. *Politique Africaine*. 23. pp.123–143.
- Fremigacci, J. (2014). Madagascar ou l'éternel retour de la crise. *Afrique Contemporaine*. 251(3). p.125. Repéré à doi:10.3917/afco.251.0125
- Institut national de la statistique (INSTAT). 2012–2013. *Enquête nationale sur le suivi des objectifs du Millénaire pour le développement à Madagascar*. Antananarivo.
- Jaffré, Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies "par terre." *Bulletin de l'Apad*. 7.
- Olds, P. (2006). *Accès aux Médicaments à Madagascar : l'État, la Pharmacie, et l'usager*. Independent Study Project (ISP).
- OMS. (1995). *La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain : Etude analytique dans trois pays : Cameroun, Madagascar, Tchad*.
- Pale, A. et Ladner, J. (2006). Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés. *Cahiers Santé*. 16(2). pp.113–117.
- Rakotondralandy, J. V. (2004). *Contrôle qualité des médicaments antibiotiques (Amoxicilline, Ampicilline, Chloramphénicol, Cotrimoxazole, Pénicilline, Tétracycline) sur les marchés pharmaceutiques malgaches*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Étude Approfondie chimie appliquée, Université d'Antananarivo.
- Rakotoson, T. (2007). *Étude et contrôle de qualité des médicaments essentiels dans la province de Fianarantsoa*. Thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, Université d'Antananarivo.
- Van der Geest, S. (1987). Pharmaceuticals in the third world : the local perspective. *Social Science & Medicine*. 25(3). pp.273–276.

- Van der Geest, S., Hardon, A. et Whyte, S. R. (1996). The anthropology of pharmaceuticals : A biographical approach. *Annual Review of Anthropology*. 25. pp.153 – 178.

Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin)

Codjo Adolphe Kpatchavi¹.

1. Département de Sociologie - Anthropologie, Université d'Abomey Calavi.

Depuis les années 1980, le médicament pharmaceutique industriel a fait objet de recherche anthropologique d'abord dans les pays du Sud et plus tard dans ceux du Nord. En tant que produits pharmaceutiques industriels élaborés sur la base de références scientifiques relevant de la biologie, de la biomédecine et de la pharmacie, les médicaments sont des objets saturés de sens et très ambivalents (Desclaux & Levy, 2003). Ils sont de plus des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de savoirs et de pouvoirs plus ou moins inégalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes, de réseaux.

La politique pharmaceutique, d'approvisionnement et de distribution de médicaments au Bénin est une composante du système sanitaire. Un des objectifs de cette politique est d'assurer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments aux populations (Ministère de la Santé, 2008 : 43). Malgré cet engagement de l'État, force est de constater que des dysfonctionnements s'observent en ce qui concerne la disponibilité, la distribution et le contrôle de ces produits. L'accès aux médicaments dans le secteur formel constitue un véritable problème à cause des barrières économiques et socioculturelles qui encouragent le recours au marché informel. La ville de Cotonou à l'instar des autres capitales économiques ouest-africaines est confrontée à ce problème.

Depuis les années 1990, le gouvernement béninois a utilisé trois approches pour lutter contre cette pratique : promouvoir les médicaments essentiels et les médicaments sous nom "générique", sensibiliser les populations, initier des actions répressives spectaculaires contre des vendeurs dans la ville de Cotonou (Ministère de la Santé, 2005: 3).

Vingt ans après, on constate que le phénomène prend de l'ampleur, passant d'une forme dissimulée à une forme plus ouverte, occupant des espaces très variés et impliquant des acteurs très diversifiés. Cette étude décrit et analyse la configuration et la structuration de ces espaces, les acteurs qui les animent et les dynamiques qui les caractérisent¹.

Présentation du cadre de l'étude

Agla est l'un des plus gros quartiers périphériques parmi les 144 que compte la ville de Cotonou. Il a une population de 37.880 habitants selon les données du recensement général de la population (RGPH 2002). Les 2/3 de sa superficie sont constitués de marécages et de bas-fonds avec d'énormes problèmes d'inondation et d'assainissement. Le quartier présente beaucoup de contrastes tant par sa structure démographique que par l'accès aux services publics. Le quartier est traversé par des rails et des voies pavées dont les passages à niveau et les abords sont transformés en marchés qui s'animent de jour comme de nuit à travers des activités de petits commerces dont celle de la vente de produits pharmaceutiques. Il existe un seul centre de santé public, une trentaine de centres de santé privés et trois officines privées.

Les différents espaces de vente

1. L'espace domestique

Le premier espace identifié qui incarne le secteur informel dans les quartiers périphériques de Cotonou est l'espace domestique. Cet espace est généralement composé de maisons familiales et de maisons en location avec plusieurs ménages et une cour commune. Ces espaces micro urbains de solidarité constituent des terrains potentiels d'expression de la demande de soins. Sur un échantillon de 100 maisons retenues, il existe dans 69 au moins une vendeuse de médicaments. Ici, la vente de médicaments est intégrée à la vie du ménage et à celle des habitants de la concession.

Le médicament est un produit qui est vendu comme le pétrole, le charbon, les fagots de bois, les condiments, les denrées alimentaires, la cigarette, les bonbons, les cartes de recharge téléphonique, etc. En cas de maladies, les habitudes cou-

1 Les enquêtes ont porté sur un échantillon de 225 personnes : 166 vendeurs et vendeuses de médicaments, 45 clients, 12 agents de santé et responsables du Ministère de la Santé, 2 responsables d'officines.

rantes consistent à prendre des initiatives personnelles. Ces initiatives consistent à recourir à des plantes et de plus en plus à des médicaments du secteur informel. C'est après l'échec de ces initiatives que d'autres recours sont envisagés (guérisseurs, centres de santé, églises).

La responsabilité individuelle et la quête d'une réponse de proximité en cas de maladie ont un lien avec la consommation des médicaments du secteur informel dans les ménages. C'est ce que soulignait une enquêtée à travers les propos suivants : « Si vous avez un problème de santé, votre enfant ou quelqu'un de votre entourage, il faut faire quelque chose d'abord, essayer ce que vous connaissez avant d'aller ailleurs. Avant, ce sont les plantes que nous utilisons. Mais aujourd'hui, les médicaments sont disponibles un peu partout et on peut les acheter facilement. Vendre les médicaments à la maison, c'est utile ». Plus loin, un autre enquêté souligne le passage de l'usage de la pharmacopée traditionnelle à l'usage des médicaments en affirmant : « Avant, ce n'est pas possible de vendre des médicaments, c'est pourquoi nous utilisons les plantes ; aujourd'hui, les médicaments sont partout au marché » (Bila B., 2011).

Les enquêtes ont montré que les pharmacies familiales sont majoritairement détenues (plus des 2/3) par les femmes (69 personnes sur 100 identifiées sont des femmes). Il s'agit ici des femmes ménagères non instruites ou ayant le niveau du certificat d'étude primaire.

Quelques propos recueillis ici illustrent cette idée : « Vendre les médicaments, c'est normal, car chez nous ou dans le ménage c'est la femme qui s'occupe de la santé des enfants ». Une autre enquêtée explique ici les motifs de son entrée dans ce métier : « Je suis une femme, je suis à la maison et je ne fais rien. Or ici, il y a beaucoup de locataires qui ont des femmes et des enfants ; il y a des gens qui travaillent et des conducteurs de taxi moto. Les gens tombent malades mais ne peuvent pas aller au centre de santé ou à la pharmacie faute d'argent. Si vous avez des médicaments à la maison, ils achètent ».

Ici, les femmes sont non seulement des vendeuses mais aussi des utilisatrices des médicaments dans l'espace domestique.

L'intégration de la vente des médicaments dans l'espace domestique favorise sa circulation et met vendeurs et usagers à l'abri d'une quelconque répression des autorités comme cela s'observe dans les marchés ou autres espaces publics : « Qui peut

te sanctionner si tu vends ton médicament à la maison ? Qui peut savoir s'il y a des médicaments si c'est les divers que tu vends ? C'est ceux qui vendent gros au marché qui ont des problèmes». Ici, les vendeurs sont connus et sont disponibles à tout moment on peut y avoir recours sans être inquiété (CRESSON, 1991 : p. 31).

L'usage intime des médicaments dans l'espace domestique revêt une double utilité aux yeux des enquêtés : celle personnelle ou privée où le médicament est acquis et consommé à l'intérieur du noyau familial et celle commerciale où le médicament est cédé à la fois aux membres de la famille et aux voisins avec des modalités adaptées au contexte social.

2. L'espace public et ses ramifications

La deuxième catégorie de points de vente est constituée de l'ensemble des lieux et espaces publics. Il s'agit des maisons - boutiques ou maisons - magasins donnant une ouverture dans les rues, les coins de rue, les cabarets, les trottoirs, les devantures des infrastructures sociocommunautaires, les passages à niveau, les marchés, les ateliers et les chantiers.

2.1 Les boutiques – magasins des maisons

En circulant dans la ville de Cotonou comme dans beaucoup d'autres capitales africaines, on est frappé par le phénomène des maisons magasins ou maisons boutiques ou des maisons ateliers. C'est une pratique qui consiste à intégrer dans le plan des maisons ou sur les clôtures des concessions lorsque celles-ci donnent dans les rues des magasins ou boutiques soit pour la vente des produits divers, soit pour servir de location d'atelier aux artisans (couture, coiffure, soudure, menuiserie, etc.). L'idée consiste à exploiter les limites des rues à des fins commerciales en mobilisant les passants souvent considérés comme des clients potentiels. Même si les autres habitants des concessions sont aussi concernés, la cible principale de ces installations à but commercial reste avant tout les passants.

Sur les étals et magasins de divers installés et tenus pour la plupart par des femmes dans les rues du quartier d'Agla, on retrouve divers produits pharmaceutiques. Voici les explications données par une femme enquêtée à ce sujet : « Le médicament c'est un produit qui coule, même si les gens ne trouvent pas à manger, même s'ils n'ont pas d'argent pour satisfaire d'autres besoins, ils trouvent toujours l'argent pour acheter le médicament».

2.2 Les rues et les différents vendeurs

Dans le prolongement de ces boutiques et magasins, les coins de rue abritent d'autres acteurs que sont les vendeuses de bouillies de maïs ou du mil, de tisanes, des tenanciers de cabarets. Les vendeuses de bouillie s'installent le matin et dans la soirée. Les clients venant prendre leur petit déjeuner ou leur goûter profitent aussi pour prendre des médicaments. Il en est de même pour les vendeurs de la tisane qui associent des produits pharmaceutiques importés. Un des clients rencontrés défend l'association de la tisane et du médicament par leur plus grande efficacité : « La tisane seule ne travaille plus bien comme avant, quand on associe le médicament, c'est mieux ».

Les gérants de cabarets et débits d'alcool reçoivent comme clients des conducteurs de taxis motos et des ouvriers. À côté des boissons, ces derniers vendent aussi des produits pharmaceutiques et parfois également des plantes. C'est ce que l'un d'entre eux explique en ces termes : « Quand les gens finissent leur journée, ils passent par ici pour se réchauffer un peu avec l'alcool avant de rentrer. On peut prendre l'alcool avec des racines de plantes, mais si on met les médicaments ça marche plus vite. Quand on rentre, on mange et on dort bien ; le lendemain on est en forme ». Le médicament vient compléter ainsi les autres produits de la pharmacopée traditionnelle.

2.3 Les marchés, les trottoirs et autres espaces publics

Les marchés constituent une autre catégorie de points de vente. Sur le site enquêté, on retrouve deux grands marchés : marchés Djèmakin à Agla centre et Léton-doubé à Agla Agongbomey. Les enquêtes ont permis de dénombrer sur ces marchés une vingtaine de vendeuses qu'on pourrait subdiviser en trois catégories : la première est composée des femmes qui ont pour activité la vente de médicaments ; la deuxième regroupe des femmes qui font le commerce de divers et qui en associent la vente des médicaments ; la troisième est constituée des vendeuses de plantes médicinales qui associent à leurs activités la vente des médicaments. Les clients de ces vendeuses, pour la plupart, sont toutes ces personnes qui fréquentent les marchés pour leurs emplettes.

À côté de ces deux marchés, il existe des marchés occasionnels qui s'animent les après-midis à partir de seize heures jusque tard dans la soirée le long des rails, aux abords des passages à niveau, l'ancienne gare ferroviaire, sur les trottoirs des voies

pavées. Selon les enquêtés, le choix de l'après-midi ou du crépuscule permet aussi de protéger les médicaments, des rayons solaires comme il est souvent recommandé par les agents de santé. Il permet également d'échapper à la répression des autorités qui travaillent les matins. Ce sont aussi des moments indiqués pour sortir et exposer certains médicaments qui sont dissimulés dans la journée parce qu'il y a des clients qui veulent les acquérir dans la discrétion et l'anonymat (contraceptifs, viagra, produits contre les règles douloureuses). C'est aussi les moments de retour des services où l'on profite pour faire des emplettes et s'approvisionner en médicaments.

Par ailleurs, il a été constaté que les principaux carrefours du quartier, les espaces vides à côté des stations d'essence, les devantures du commissariat de police, des différentes infrastructures sociocommunitaires, les abords des rails et les passages à niveau dans ce quartier sont des lieux de vente d'articles divers et aussi de vente de médicaments. Les vendeurs ici s'installent à longueur de la journée mais leur nombre augmente les après-midi et surtout dans la soirée.

2.4 Les ateliers et les chantiers

Les ateliers, des salons d'apprentissage (couture, coiffure, soudure, menuiserie, etc.), des chantiers de construction d'habitation et d'infrastructures sociocommunitaires sont des espaces socioprofessionnels envahis dans la journée par des vendeurs et vendeuses ambulants. Les femmes portent des seaux en plastiques transparents qui font voir les différentes gammes de produits dont elles disposent. Les hommes traînent des charrettes dans lesquelles les médicaments sont bien rangés. La stratégie utilisée ici consiste à suivre la demande là où cette dernière s'exprime et à apporter l'offre.

L'investissement de ces nouveaux espaces par les vendeurs et vendeuses apparaît comme un phénomène récent qui permet de déplacer l'offre vers un groupe de demandeurs potentiels spécifiques sur les lieux d'exercice de leurs activités quotidiennes. Il s'agit des artisans, des chefs des chantiers de construction d'infrastructures, des responsables d'ateliers et des salons, des apprentis et ouvriers.

Conclusion

La multiplicité des espaces de vente des médicaments du secteur informel dans les quartiers périphériques de Cotonou, l'omniprésence des vendeurs capables d'offrir

aux utilisateurs potentiels ces produits surplace, dans la rue et sur les lieux de travail relèvent d'un pragmatisme thérapeutique dans un contexte social caractérisé par des difficultés économiques d'accès des populations aux services de santé et la persistance des pratiques socioculturelles. Le quartier Agla apparaît comme un champ complexe et hétérogène qui structure l'offre de ces médicaments aux populations en relation avec les réseaux de distribution de Cotonou et des autres villes des pays voisins. La configuration des espaces de vente traduit l'évolution de la demande face à laquelle des acteurs sociaux développent des stratégies qui participent au quotidien à l'effacement de l'offre du système de soins officiel.

Références

- Agossou, P. (1997). *Comportement des consommateurs de médicaments modernes du marché illicite à Dassa-Zoumè (Bénin)*. Genève: Mémoire de Master : IUED. 210p.
- Akrich, M. (1995). « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et Culture*, 25-26.
- Angbo-Effi, K-O. *et al.* (2011). Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain, *S.F.S.P. | Santé Publique*. 23(6). pp.455-464.
- BARTHES, R. (1985). Sémantique de l'objet. Dans *L'aventure sémiologique*, Paris: Editions du Seuil. pp.249-260.
- Baxesses, C. (2011). Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones 119 d'Afrique ?, *Politique africaine*. 123. pp.117-136.
- Baxerres, C. (2010). *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*. Thèse de doctorat, EHESS, UAC. 421p.
- Baxerres, C. Le Hesran, J-Y. (2006). « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaire (Note de recherche) », Dans *Anthropologie et Sociétés*. 30(3). pp.219-230.
- Benoist, J. (1989/90). Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique, *Projections*. 1. pp.45-50.
- Benoist, J. (Ed). (1996). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala. 520 p.
- Bila, B. (2011). Genre et médicament : analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso. Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, Faculté de Droit et de Science politique, École doctorale « Espaces, Cultures, Sociétés » (ED 355). 353p.
- Cresson, G., (1991). « La santé, production invisible des femmes », *Recherches féministes*. 4(1). pp.31-44.
- Desclaux, A. et Levy, J-J. (2003). Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?, *Anthropologie et sociétés*. 27(2). pp.5-21.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: Presses Universitaires de France. 156p.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press. 427p.
- Jaffré, Y. (1999), Pharmacies des villes, pharmacies "par terre". Dans *Bulletin APAD*. 17. pp.63-70.
- Kpatchavi, C. A. (2011). *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest*. Cotonou: éditions Ablodé. 358p.
- Kpatchavi, C. A. (1999). *Savoirs "locaux" sur la maladie chez les Gbe au Bénin: le cas du paludisme. Éléments empiriques pour une anthropologie de la santé*. Thèse de Doctorat unique (Version française): Université Albert-Ludwig de Fribourg-Allemagne. 210p.

- Ministère de la santé, (2005). *Enquête sur les pratiques d'achat de médicaments dans la ville de Cotonou*. Cotonou, Mai-Juillet, Bénin.
- Ministère de la santé, (2008). *Politique pharmaceutique nationale*. Cotonou, Novembre, Bénin.
- Pale, A. et Ladner, J. (2006). Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés. *Cahiers Santé*. XVI(2). avril - mai. pp.113-117.
- République du Bénin, (2002). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)*.
- Saillant, F. (1999). Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. *Anthropologie & Sociétés*. 23(2). pp.15-39.
- Van Der Geest, S. (1988). The articulation of formal and informal Medicine Distribution in South Cameroun. Dans Van Der Geest S. et Whyte R.S. (Eds). *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. pp.131-148.
- Young, A. (1982). The anthropology of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*. 11. pp.257-285.

Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin

Moïse Djralah¹, Anani Agossou², Aubierge Kpatinvoh³, Carine Baxerres⁴.

1. Étudiant en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Assistant de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
3. Assistante de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
4. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Depuis les années 1980, le médicament fait l'objet de nombreuses réflexions en sciences sociales. Tout au long de sa « vie sociale » (Whyte, Van der Geest & Hardon 2002), un nombre croissant de chercheurs a étudié et étudié les différentes étapes qu'il parcourt. L'étude dont il est question dans cet article fait partie d'un projet de recherche, intitulé Globalmed, qui met au centre de ses réflexions les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), traitement recommandé actuellement contre le paludisme, de manière à illustrer le marché global du médicament. Au sein de ce projet de recherche, nous étudions les modalités d'insertion des CTA dans les réseaux de distribution privés et informels béninois, que, dans le cadre du colloque, nous interrogeons en lien avec la question de l'automédication. Nos analyses s'illustreront par les perceptions que les consommateurs et les vendeurs ont du paludisme et de ses traitements. Il importe ainsi dès à présent de rappeler qu'actuellement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les autorités sanitaires béninoises recommandent l'utilisation des CTA pour le traitement des cas de paludisme simple, que ce soit pour les enfants ou pour les adultes, celle de la sulfadoxine pyriméthamine (SP) pour la prévention du paludisme chez la femme

enceinte et celle de l'artésunate ou de la quinine injectables pour les cas de paludisme grave.

Des études ont mis en évidence qu'en cas de paludisme, les personnes recourent au secteur privé et informel de distribution du médicament, ce dernier étant bien souvent assimilé au privé, situé à proximité de leurs déplacements quotidiens (Kamat & Nyato, 2010 ; Kangwana *et al.*, 2011 ; ACTwatch¹). Le secteur privé détaillant du médicament au Bénin est composé des pharmacies d'officine et des dépôts pharmaceutiques. Les pharmacies n'étaient, jusqu'à une époque récente, quasiment pas présentes en milieu rural où les dépôts pharmaceutiques étaient censés assurer la distribution des médicaments dans le secteur privé. Pour cette raison, ces dépôts répondent à une législation spécifique. Malgré le monopole du pharmacien en vigueur au Bénin, ils peuvent être dirigés par un non pharmacien mais doivent distribuer une liste limitée de médicaments. Toutefois, cette législation est très contraignante : *« le dépôt pharmaceutique est un centre secondaire de vente de médicaments de première nécessité selon une liste limitative, ouvert en zone rurale et dirigé par une personne autorisée ayant reçu une formation appropriée. Il est sous la supervision d'un pharmacien. L'installation en ses lieux d'une pharmacie implique la fermeture du dépôt. (...) Le dépôt pharmaceutique doit être installé dans un rayon de 10 kms au moins d'une officine de pharmacie »*². Les dépôts pharmaceutiques sont de ce fait peu nombreux et leur nombre tend à décroître. Selon les listes fournies par la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des explorations diagnostiques, en 2008, il existait 250 dépôts pharmaceutiques au Bénin, en 2014, ils étaient 179 en activités. Quant au secteur informel détaillant, il est constitué d'une multiplicité d'acteurs très majoritairement féminins, et regroupe les vendeuses ambulantes, les vendeuses sur étalage, les vendeuses en boutique, les vendeuses de bords de voies, celles qui exercent dans les marchés et à leur domicile.

À travers cet article, sur la base d'une étude en cours en milieu urbain et rural béninois, nous nous demandons comment le recours à ces acteurs de la distribution détaillante du médicament se réalise-t-il ? Serait-ce sur la base de prescriptions bio-

1 ACTwatch mène des études majoritairement quantitatives sur la distribution et la consommation des CTA dans 10 pays où le paludisme est endémique, dont le Bénin : www.actwatch.info, consulté en avril 2015.

2 Article 1 et 3 du décret n°2000-410 du 17 août 2000, portant application de la loi n°97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatif à l'ouverture de dépôts pharmaceutiques en République du Bénin.

médicales, de conseils des vendeurs ou d'une automédication dont les modalités restent à décrire ?

Une méthodologie qualitative qui utilise néanmoins un outil de collecte quantitatif

La méthodologie de recherche que nous employons est de type qualitatif. Il s'agit de l'ethnographie de 3 pharmacies, de 2 dépôts pharmaceutiques ainsi que de 3 vendeuses informelles, qui se situent à Cotonou, capitale économique du pays, et dans le département du Mono au Sud du Bénin³. En moyenne 40 séances d'observation de 4 heures chacune ont été effectuées auprès de chacun des acteurs investigués durant 6 mois, à raison de 2 séances d'observation par semaine entre les mois de mai 2014 et de janvier 2015.

Aux côtés des observations et des discussions libres, nous avons relevé systématiquement et le plus exhaustivement possible pendant deux mois des données concernant l'ensemble des ventes (caractéristiques des clients, types et coûts des produits vendus, déroulement des ventes) effectuées pendant les 4 heures d'observation.

Les modalités du recours au médicament dans le privé et l'informel

Les clients, dans les lieux ethnographiés, procèdent de différentes manières pour demander le ou les médicament(s) qu'ils souhaitent acheter. Quelques statistiques sont disponibles dans le tableau ci-dessous. La nature des ventes dans les différents lieux peut être décrite à travers deux catégories, sur lesquelles nous allons revenir dans la suite de cet article, à savoir les demandes directes de médicaments et les exposés de symptômes ou de maladies par les clients, qui aboutissent à une dispensation de conseils et à la proposition de traitement(s) de la part des vendeurs.

3 Les 3 vendeuses informelles exercent toutes dans le département du Mono. Un travail relativement récent a été réalisé au sujet du marché informel à Cotonou (Baxerres, 2013). Il ne nous apparaissait donc pas nécessaire de renouveler les investigations dans cette ville.

Tableau 1 : Modalités de recours aux médicaments dans les secteurs privé et informel

Nature de la vente	Pharmacie milieu urbain	Pharmacie milieu rural	Dépôt pharmaceutique	Vente informelle
Demandes directes	93,5 %	90,50 %	95,50 %	63,50 %
Exposés de symptômes ou de maladies	6,50 %	9,50 %	4,50 %	36,50 %
Ordonnance	20,50 %	30 %	31 %	0 %

À travers ce tableau, on constate, que ce soit en milieu urbain (93,50 %) ou en milieu rural (90,50 % en pharmacie, 95,50 % en dépôt pharmaceutique), que les « demandes directes » sont de loin la manière privilégiée pour acheter des médicaments dans le secteur privé. Les demandes de conseils aux vendeurs sont toutefois un peu supérieures en pharmacies rurales qu'urbaines. Si l'on s'intéresse aux présentations d'ordonnances, que nous avons comptabilisées précédemment dans les « demandes directes », on observe que sur le total des ventes dans le secteur privé, celles-ci sont finalement assez peu nombreuses, bien que la grande majorité des médicaments doit au Bénin, d'un point de vue législatif, être dispensée sur ordonnance. Elles sont toutefois plus nombreuses en milieu rural (30 % en pharmacie, 31 % en dépôt pharmaceutique) qu'en milieu urbain (20,50 %). La nature des ventes de médicaments dans le secteur informel en milieu rural est assez étonnante si on compare ces données à celles recueillies précédemment à Cotonou (Baxerres, 2013). En effet, alors que dans cette précédente étude, les « demandes directes » étaient très majoritaires (+ de 80 %, voir p. 141), mettant en avant la fonction essentielle de distribution pharmaceutique du marché informel du médicament à Cotonou, il apparaît ici que les exposés de symptômes et les demandes de conseils sont relativement importants (36,50 %), bien que toujours minoritaires. Cette question devra être approfondie dans la suite de notre étude.

La diversité des prescriptions biomédicales

Les ordonnances comptabilisées précédemment, très formelles, proviennent de centres de santé publics et privés à proximité des lieux ethnographiés. Sont présentés également assez souvent (13,50 % en milieu rural et 8,50 % en milieu urbain) de simples petits papiers. Bien que la plupart du temps ces papiers comportent uniquement le nom des produits griffonné, certains présentent un tampon, la signature de celui qui a recommandé le médicament et en intitulé « Ord. Méd. » ou

« ordonnance médicale ». Assez souvent le fait d'un ami, d'un voisin, d'un parent, ces papiers peuvent également provenir de centres de santé publics, peut-être en raison d'une rupture dans le stock des ordonnanciers, de centres de santé privés voire informels, lorsqu'ils n'ont pas les autorisations requises, ou encore de professionnels de la santé qui dispensent des soins à leur entourage moyennant rémunération et ceci quelque soit leur niveau de compétences (aide-soignant, aide-soignant en formation, infirmier, sage-femme, médecin). Ces « prescriptions », quelque soit la personne qui les réalise, sont généralement néanmoins perçues par la personne qui les reçoit comme tout à fait valides. Ceci souligne la complexité, dans les contextes béninois, de ce qui relève de la prescription biomédicale.

Des conseils peu nombreux, mais néanmoins informatifs de la part des vendeurs

Nous l'avons vu, les ventes qui résultent d'exposés de symptômes ou de maladies de la part des clients sont limitées (6,50 % du total des ventes en pharmacie urbaine, 9,50 % en pharmacie rurale et 4,50 % en dépôt pharmaceutique). Même s'ils sont peu nombreux, ces conseils de vente sont néanmoins informatifs et intéressants à prendre en compte. Généralement, lorsque le client expose les symptômes ou la maladie pour lesquels il recherche un traitement, le vendeur procède à une série de questions, relatives à l'âge de la personne, son sexe, l'évolution du mal dont elle souffre, les médicaments déjà consommés, etc. Les réponses lui permettront d'identifier le ou les médicament(s) approprié(s). Il s'agit la plupart du temps de l'association de médicaments de classes thérapeutiques différentes, notamment dans le cas du paludisme qui nous intéresse particulièrement ici. Mais au-delà de ce diagnostic clinique, il apparaît que souvent les médicaments conseillés (leur nombre, leur nom commercial, leur prix) sont fonction de l'apparence du client et de son statut socio-économique supposé. C'est le cas d'un homme, venu se présenter au comptoir de l'une des pharmacies ethnographiées, et qui a demandé à l'employé « *qu'est-ce que je peux prendre pour le palu pour moi-même ?* ». Le monsieur était bien habillé, il portait une veste et semblait relativement aisé. L'employé lui a proposé une CTA coûtant 4 440 frs soit presque 7 euros (Journal de terrain du 21 août 2014), alors qu'un autre jour il a été proposé de la SP coûtant 500 frs, soit moins d'1 euro, à un client ayant fait la même demande, mais ayant précisé que le médicament ne devait pas être cher (Journal de terrain du 1^{er} décembre 2014). L'acceptation ou non du ou des médicament(s) conseillé(s) dépend non seulement de la capacité financière du client, mais aussi de sa perception du médicament. Parfois,

ce dernier refuse et le vendeur tente de proposer un ou plusieurs autres médicaments.

Dans les différents lieux ethnographiés, les conseils de vente sont donnés par la personne à laquelle s'adresse le client. Cette personne peut faire partie des employés et avoir ainsi un statut d'auxiliaire en pharmacie, de caissier ou de « rayonniste » (chargé de maintenir les rayons de médicaments en état, de vérifier les dates de péremption des produits, etc.). Mais elle peut également faire partie des stagiaires, présents dans les lieux de vente pour une période relativement courte (environ 3 mois) dans le cadre de la formation qu'ils reçoivent et qui est dispensée par des écoles privées ou des ONG. Les conseils de vente peuvent aussi concerner les pharmaciens ou les propriétaires des dépôts pharmaceutiques, quand ceux-ci sont au comptoir, ce qui est plutôt rare.

Au regard de ces données, il nous reste à analyser, en matière de conseils thérapeutiques de la part des vendeurs, l'impact des intérêts financiers face aux préoccupations sanitaires ainsi que, au regard des compétences très disparates des personnes pouvant les dispenser, la pertinence biomédicale de ces conseils.

Les demandes directes de médicaments ou la question de l'automédication

Les demandes directes de médicaments de la part des clients, hors ordonnance cette fois-ci, représentent 73 % du total des ventes en pharmacie en milieu urbain et 62,5 % en milieu rural, en pharmacie et en dépôt pharmaceutique. Ces « demandes directes » de médicaments sont réalisées par les clients de différentes manières. Ils peuvent identifier le produit par son appellation commerciale, scientifique ou populaire (le paracétamol étant fréquemment appelé para, l'ibuprofène, ibu par exemple), éventuellement aussi par la couleur de son emballage, le nombre de comprimés ou les illustrations qu'il comporte et ils précisent aussi généralement les effets supposés du produit (un médicament de mal de tête, un médicament de « palu », un médicament pour le corps chaud, un médicament contre l'absence des règles, etc.). Les clients présentent aussi assez souvent une boîte vide d'un médicament ou un autre contenant (tube, blister, bouteille, etc.), pour obtenir le même produit. Nous l'avons vu précédemment, ils peuvent également montrer au vendeur un petit papier sur lequel est inscrit plus ou moins correctement le nom du ou des produits et qui souvent relève d'un conseil ou d'une commande d'un proche,

sans aucun lien avec la biomédecine. On est, dans ces divers cas, bien au cœur de la question de l'automédication.

Néanmoins, parfois, lorsque le médicament n'est pas disponible, qu'il est en rupture ou qu'il n'est pas distribué, les vendeurs sont amenés à réaliser des conseils de substitution de médicaments. Ces substitutions sont généralement acceptées, mais parfois refusées par les clients, en fonction de leur capacité financière, mais aussi de la volonté qu'ils ont d'avoir le médicament qu'ils veulent, celui qui leur a été commandé, celui dont ils ont l'expérience, celui qui est efficace pour eux...

Un constat intéressant issu de nos observations réside dans le fait que les vendeurs décident assez souvent de ne pas contredire un client au regard des produits qu'il demande en lien avec des symptômes ou maladies qu'il énonce, et ce même lorsque le vendeur se rend compte que la demande du client n'est pas justifiée d'un point de vue biomédical. Prenons pour exemple un client venu acheter Combimal®, de la SP, pour une amie qui lui a demandé au cas elle « ferait un palu ». Sonia, l'employée de la pharmacie à laquelle il s'adressait, a essayé de lui expliquer que la SP était réservée aux femmes enceintes et que ce médicament ne pouvait traiter le paludisme, mais le client insistant, Sonia s'est tue et a vendu le médicament (Journal de terrain du 1er juillet 2014).

Des décalages dans le traitement du paludisme

Les données présentées précédemment peuvent être illustrées dans le cas du paludisme et des perceptions que les vendeurs et les clients ont de cette maladie et des traitements qu'elle nécessite, par les décalages que l'on a constatés entre les antipaludiques prescrits, ceux conseillés par les vendeurs et ceux demandés directement par les clients. Alors que les soignants et les vendeurs de médicaments du secteur privé prescrivent et conseillent largement les CTA, les clients, de même que les vendeurs informels, préfèrent choisir la SP, la quinine et même la chloroquine, cette dernière molécule n'étant plus distribuée légalement au Bénin en raison des résistances du parasite responsable du paludisme à ce médicament. Quelques CTA sont demandées directement par les clients, notamment en pharmacie ; il s'agit alors de clients dont l'apparence nous permet de les classer dans les catégories les plus favorisées de la population.

Au-delà des perceptions populaires associées au paludisme, dont on sait qu'elles sont en décalage avec les perceptions biomédicales (Baxerres, 2013 ; Kpatchavi,

2011 ; Granado, 2007 ; Bonnet, 1990), ces décalages s'expliquent peut-être surtout en termes de temps d'appropriation des médicaments par les individus (voir à ce sujet l'article de Anago *et al.* dans les actes de ce colloque). Les CTA sont recommandés au Bénin depuis 2004 ; elles sont disponibles à faible coût depuis l'année 2008, mais uniquement dans le secteur public. Ainsi, les questions économiques jouent aussi sans doute leur rôle dans l'existence de ces décalages, puisque, que ce soit dans le secteur privé ou informel, les CTA restent plus onéreuses que la SP et les autres antipaludiques. Du point de vue des vendeurs également et comme précisé précédemment, ceux-ci conseillent contre le paludisme différents noms commerciaux de CTA plus ou moins chères en fonction du statut socio-économique supposé des clients.

Conclusion

L'étude du recours aux acteurs privés et informels de la vente des médicaments au Bénin met en évidence la complexité sociale qui existe autour des notions de prescriptions biomédicales et d'automédication. Nous l'avons vu, il n'est pas aisé de définir strictement ce qui relève de la prescription biomédicale et ce d'autant plus que l'on se place du point de vue des clients consommateurs de médicaments. Il en est de même, logiquement, concernant la notion d'automédication. Il apparaît globalement que les individus sont très souvent leur propre prescripteur, mais qu'il convient de prendre en compte l'ensemble du contexte social dans lequel ils évoluent, et notamment les relations qu'ils entretiennent avec leurs proches, mais également avec différentes catégories de soignants.

L'étude plus spécifique des traitements prescrits, conseillés et demandés directement concernant le paludisme souligne que les recommandations thérapeutiques mettent logiquement du temps à être adoptées par les individus et que l'accessibilité économique des médicaments a une influence certaine sur l'offre et la demande des produits. Reste à caractériser plus finement, du point de vue des vendeurs, l'impact des intérêts financiers face aux préoccupations sanitaires.

Références

- Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Les Editions des Archives Contemporaines.
- Baxerres, C. (2014). La marchandisation du médicament au Bénin : illustration locale d'un phénomène global. *Le journal des anthropologues*. pp. 138-139.
- Baxerres, C. Egrot, M. HOUNGNIHIN, R. Le Hesran, J.-Y. (sous presse). Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest. Les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance. Dans Badji, M. et Desclaux, A. *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*. Dakar: L'Harmattan Sénégal.
- Bonnet, D. (1990). Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso. Dans Fassin, D. et Jaffré, Y. (eds.). *Sociétés, développement et santé*. Paris: Ellipses-Aupelf, pp. 243-258.
- Jaffré, Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies «par terre», *Bulletin de l'A.P.A.D.* 17. pp. 63-70. Repéré à <http://classiques.uqac.ca/>
- Granado, S. (2007). *C'est le palu qui me fatigue. Une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan en Côte d'Ivoire*. Université de Basel: Inaugurale dissertation pour le titre de Docteur en philosophie.
- Kamat, V.R. et Nyato, D.J. (2010). Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program. *Social Science and Medicine*. 71(3). pp. 626-633.
- Kangwana, B.P. Kedenge, S.V. Noor, A.M. Alegana, V.A. Nyandigisi, A.J. Pandit, J. et al. (2011). The impact of retail-sector delivery of artemether-lumefantrine on malaria treatment of children under five in Kenya: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Medicine*, 8(5).
- Kpatchavi, A.C. (2011). *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest*. Cotonou: éditions AbloDé.
- Whyte, R.S. Van der Geest, S. Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

Quand l'automédication constitue un problème sociétal chez les détenus de la prison civile de Cotonou

Pascal Dohou¹ et Dodji H. Amouzouvi².

1. Doctorant en Sociologie de Développement à l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin),
Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions
Espaces et Développement (LARRED).

2. Maître de conférences/CAMES, Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions
Espaces et Développement (LARRED).

Le développement des ressources humaines de toute nation passe à priori par le maintien de leur santé. Les scientifiques ont proposé des analyses sociologiques et anthropologiques qui placent l'individu comme acteur décisionnel face au choix de l'automédication. À partir des années 1960 déjà, « la sociologie de la santé et la sociologie de la médecine ont porté un intérêt particulier pour un objet à la fois scientifique, social, marchand et économique ». (Adam *et al.* 1998 ; Carricaburu *et al.* 2004). L'automédication est comprise comme un comportement qui consiste à s'administrer sans avis du spécialiste les produits pharmaceutiques ou phytothérapeutiques pour le traitement d'une maladie. Le Bénin apparaît comme une plaque tournante de vente informelle du médicament en raison notamment de sa proximité avec le Nigéria qui inonde le marché béninois de produits pharmaceutiques. Les individus sont considérés comme dotés d'une rationalité leur permettant d'opérer des choix entre les différents types de prestation sanitaire¹. C'est ce contexte qui détermine le phénomène de l'automédication dans le monde microsociologique dans ses trois dimensions : consommation, usages et circuit de distribution.

1. Corpus méthodologique de la recherche

Cette recherche de dimension qualitative basée sur une approche descriptive, est réalisée avec des entretiens semi-dirigés et de l'observation directe. Elle est menée

1 Celui formel qui consiste à bénéficier des soins des spécialistes et l'autre informel consistant à opérer en s'écartant de la procédure légale.

dans la prison civile de Cotonou. Les entretiens ont porté sur l'automédication, ses usages, sa distribution, sa régulation. L'observation est centrée plus sur les vendeurs et les consommateurs que sur les patients à l'infirmerie de la prison (qui a priori font parfois de l'automédication) et les médicaments qu'ils reçoivent. Les discours et les récits de vie sont issus de ces entretiens. La collecte des données empiriques est faite à partir d'une combinaison de deux techniques : choix raisonné et boule de neige. Les consommateurs et revendeurs constituent l'essentiel du groupe cible qui s'élève à 61 informateurs. 73% de ceux-ci proviennent de la grande cour de la prison tandis que le reste comprend les femmes détenues² et le personnel infirmier³.

2. La pratique de l'automédication en prison

C'est une pratique qui influence la médication et l'ordonnance médicale, cela revient à se substituer au spécialiste pour décider de soi-même. Les conditions dans lesquelles les individus décident de s'automédiquer sont de dimensions « matérielles, cognitives, symboliques et sociales » (Fainzang, 2012). Dans la prison de Cotonou, 1 informateur sur 3 a reconnu avoir pratiqué l'automédication dans les deux premières semaines de sa détention qu'elle soit la première ou la énième expérience carcérale. Et 13% d'entre eux déclarent avoir avalé des médicaments les deux premiers jours à leur propre initiative compte tenu des sévices subis dans les commissariats ou gendarmeries. Une fois à l'intérieur de la prison, ils sont regroupés à un endroit défini pour les retenir en attendant qu'ils soient conduits à l'infirmerie pour la visite médicale. C'est au cours de cette visite que les premiers besoins de traitement sont exprimés : « *J'ai des blessures sur le corps avec une côte cassée. L'infirmier me l'a dit. Mais il n'y a ni soin ni médicament alors que je souffrais. C'est dans le bâtiment que j'ai acheté des médicaments pour me soulager* ». Ces discours évoquent le fonctionnement du système de santé de l'établissement qui ne tient pas compte des premiers besoins des nouveaux détenus. Le problème de celui-ci est alors de trouver un remède aux douleurs qu'il ressent au niveau de son corps et non de revenir le lendemain comme le propose l'infirmier de garde. Ainsi, le détenu a

2 La prison civile de Cotonou regroupe les reclus hommes et femmes ayant commis de divers crimes (viol, braquage à mains armées, petits vols, assassinat, etc.), condamnés ou prévenus. 10 femmes ont été approchées dans leur quartier ; les deux sexes se croisent dans un espace qui fait office du marché, au cours des réunions ou culte. Les femmes ne sont pas admises sur la grande cour réservée aux hommes et comprenant la majorité des reclus.

3 Le personnel de santé à l'infirmerie comprend 07 Infirmiers diplômés d'État dont 03 femmes et 04 hommes.

deux possibilités : la première consiste à suivre le conseil du soignant en se surpassant et en résistant aux douleurs. La seconde réside dans l'expression des souffrances, des lamentations et de la compassion des codétenus. Les propositions fusent de toute part ; prends ceci pour calmer ta douleur, passe cela sur le corps ou mets ce produit sur les plaies. À ce niveau, deux autres sous-possibilités se présentent : primo, nonobstant la satisfaction obtenue, il se réfère à l'infirmerie. Secundo, qu'il soit satisfait ou non, le reclus décide de continuer son traitement dans l'informel en usant de son savoir et de son environnement micro social. Dès lors, l'individu analyse les symptômes ressentis, tient compte de leur durée, en mesure l'ampleur avant de décider d'appliquer un traitement. Les remèdes apportés aux différentes maladies s'inscrivent dans « les pratiques quotidiennes que les individus accompagnent ou suscitent » (Zimmermann, 1989). La santé, alors, est conçue comme un élément subjectif avant d'être objectif, un élément de culture, un construit social, donc un fait social.

3. Automédication par éducation, observation, expérimentation et information

« Depuis que je suis enfant, mes parents m'ont toujours donné des médicaments sans m'amener à l'hôpital » ; « Je souffre toujours de cette maladie » ; « Je l'ai déjà eu dans le passé » ; « J'attends et j'observe puis je me soigne avec ce médicament », etc. Ces discours relèvent, non seulement de l'expérimentation ou de "l'habitus" (Montoussé et al, 1997), mais aussi de l'observation. Chaque individu « intériorise les valeurs et les normes sociales fondamentales à son groupe social, ainsi que les comportements, les savoir-faire et les savoir-être utiles pour s'intégrer et vivre dans cette société » (Durkheim, 1993). Ces comportements prennent appui sur le critère de responsabilité. Les variables socioculturelles, socioéconomiques, sociodémographiques et socio-professionnelles déterminent le comportement des utilisateurs de médicaments à l'intérieur des représentations culturelles jouant un « rôle significatif » (Fainzang, 2001). Que ce soit dans la situation de prévention ou de cure, les individus ne cessent de venir s'approvisionner en médicaments parce que moulés dans les réalités éducationnelles, expérimentales et informatives. L'expérience de la maladie passe par la connaissance de son corps. L'apparition d'un dysfonctionnement de l'organisme amène le détenu à identifier ce mal par rapport à ce qu'il est, ce qui a été vécu dans le passé ou vu. Il peut avoir comme source son environnement, les réseaux de personnes d'origine diverses. Un *bâtimentaire*⁴ conseille souvent de prendre tel ou tel médicament en raison de son efficacité : « Achète le médicament là, je l'ai utilisé et j'ai

4 Codétenu du même bâtiment selon leur appellation.

eu satisfaction ». Sur le lieu d'achat, le vendeur peut également indiquer au consommateur de prendre un type de médicament compte tenu de la nature du mal et du diagnostic réalisé. De plus, les informateurs ont révélé que les médias sont sources de d'automédication. Ainsi, ils disent que la décision d'aller à l'automédication provient parfois de la télévision, des magazines, des journaux et de l'emballage des médicaments. Les images sur les emballages, tenir la tête, montrer sa musculature..., sont indicateurs dans le choix d'un type de traitement.

4. L'automédication et la méfiance chez les détenus malades

« Je sais que les conséquences m'attendent, les conditions ici ne me permettent pas de payer les ordonnances même si je me fais consulter en cas de maladie. Il y a également des doutes sur les médicaments qu'on nous donne à l'infirmierie ». Ces discours « macroscopiques » (de Rosnay, 1975) sont révélateurs de sens, ils sont complexes et mettent en évidence la profondeur des conséquences encourues. Les médicaments donnés aux patients dans ce cadre formel ont parfois des dates de péremption dépassées d'un, deux voire trois mois. Un informateur relate : *« Quand j'ai pris les médicaments, je les ai jetés dans la poubelle. Le lendemain, je suis revenu à l'infirmierie pour prendre une ordonnance que j'ai fait payer à la pharmacie. Sur la cour, j'ai rencontré celui qui était avec moi ce jour-là et qui me disait qu'il avait vendu ses médicaments à un codétenu de son bâtiment »*. Les comportements découlant de la crise de confiance s'installent désormais entre l'infirmier et son patient. Cette crise détermine l'action de ce dernier face à l'automédication. Un soignant confie : *« Je vous raconte une histoire. Au cours d'une consultation dans la nuit, le patient était dans un état presque comateux. Il n'y avait pas de produit injectable valable et/ou alternatif. Le seul que j'ai sous la main, et indiqué pour ce mal, avait une date de péremption avancée d'au moins trois mois. Qu'allez-vous faire si vous étiez à ma place ? Vais-je le laisser mourir ou vais-je tenter de le sauver ? Je vous assure, après l'avoir soigné avec ce produit injectable que je ne veux pas nommer, le détenu est guéri. Sûr de cette expérience, je n'hésite pas à donner de médicaments même périmés en période de rupture de stock de médicaments »*. Chaque acteur selon sa position est conscient de son rôle dans cet espace de complexité de relations entre soignant-soigné. Le soigné opère alors un choix pour se traiter à partir des informations reçues çà et là puisqu'il vit désormais dans un espace spécifique qu'est la prison.

Un autre informateur souligne que : *« Chaque fois que tu te présentes à l'infirmierie, il n'y a pas des antibiotiques alors que nous pouvons nous en procurer chez les amis »*. Le recours à l'automédication dans ce milieu peut aussi être expliqué par le retard et l'absence

au poste des infirmiers. Les patients vont à l'infirmierie à 9h, y restent parfois jusqu'à 13h sans se faire consulter. Ils se retournent vers les ghettos⁵ pour s'acheter des médicaments. Leur comportement s'explique par des variables institutionnelles⁶ et la responsabilité des acteurs⁷. Les détenus se font passer parfois pour malade afin de bénéficier gratuitement des médicaments de l'infirmierie pour les revendre plus tard.

5. Vendeurs de médicaments

Ce sont des adultes de sexe masculin, qui ont entre 45 et 60 ans avec un niveau d'étude variant du primaire au secondaire. Avoir le statut de vendeur de médicaments renvoie surtout à la variable âge, distinguée en âge biologique et âge social. Les résultats ont révélé que l'âge biologique est un critère de choix du vendeur du fait de sa maturité, de son tempérament, de ses expériences du dehors et du dedans. L'âge social est relatif aux facteurs culturels⁸, mais aussi aux facteurs sociaux⁹. Selon les informateurs, la vente informelle de médicaments est une affaire de génération et se transmet d'un ancien à un nouveau détenu ayant la capacité financière nécessaire. Ce vendeur, une fois sa peine épuisée, un autre détenu le remplace : *« C'est une ressource que mon prédécesseur m'a laissée et que moi-même je dois transférer à un autre. Si on me libère vendredi, mon successeur héritera du passif et de l'actif du commerce dès ma sortie »*. De ce fait, la vente de médicaments en prison est une activité de négociations et de successions et ces vendeurs sont également pratiquants de l'automédication. À partir des expériences acquises dans ce domaine, les usages personnels rassurent et sont reproduits par l'environnement social comme effet communicateur.

5 Abris de fortune constitués de matériaux précaires récupérés çà et là à l'intérieur de la prison.

6 L'insuffisance des produits pharmaceutiques en quantité et en qualité, la faiblesse du système de sécurité à l'intérieur de la prison expliquent le comportement des détenus à opter pour le choix de l'automédication.

7 Soignant : le retard, l'absence, le manque d'accueil, rupture d'information entre soignant-soigné sur l'automédication expliquent le recours des détenus à l'automédication ; patient : ignorance, négligence, insouciance, raisons économiques, environnement social, impulsion émotionnelle du mal, souci de gagner du temps, la dépendance, éviter de long fil et de commander le médicament par personne interposée, l'impatience à résister aux conditions du cordon sécuritaire (deux détenus) à l'entrée de l'infirmierie..., sont autant d'éléments explicatifs du phénomène.

8 Facteurs culturels : famille, amis, le genre d'individu, groupes ethniques, langues, religions, nationalité, classe d'âge, l'habillement, etc.

9 Facteurs sociaux : position carcérale, ancienneté, pouvoir économique, relations inter et intra personnelles, connaissance des circuits, etc.

6. Couloir d'écoulement des produits

Plusieurs acteurs sont impliqués directement ou indirectement dans la distribution des médicaments : visiteurs¹⁰ et éléments du personnel militaire. L'établissement carcéral dispose des dispositifs sécuritaires destinés, d'une part à la surveillance des détenus et d'autre part à la fouille corporelle de tout individu étranger à l'établissement. À l'entrée du petit parloir est positionné le poste de contrôle constitué de deux gendarmes pour une permanence de 24 heures. Ceux-ci sont appuyés par quatre (04) autres petits postes constitués de détenus (hommes et femmes). Les femmes effectuent le contrôle des visiteuses et de leurs colis tandis que les hommes font le contrôle corporel, fouillent les colis et identifient chacun des visiteurs. Du grand parloir à la grande cour, un poste de contrôle appelé la douane fouille les détenus à l'entrée sur la grande cour. Malgré ce dispositif, les médicaments de trafic sont à portée de mains des détenus. Les visiteurs donnent de l'argent à ceux qui font le contrôle corporel et le contrôle des colis. Selon un visiteur : « *Sur toute la chaîne, je donne entre 2.500 et 3.000 FCFA. À la fin, j'empoche 5000 FCFA pour chaque trafic* ». Ce comportement des agents de contrôle s'explique par le fait que ce poste est un privilège et doit être générateur de revenus. À la fin de la journée, chacun de ces agents doit déposer une enveloppe de 2.500, 3.000 ou 5.000 FCFA aux responsables selon le poste occupé. Ne pas le faire constitue un abandon de poste. Une fois que le colis est remis, le détenteur vient à la douane, dépose le colis pour le contrôle, alors que celui-ci avait déjà préalablement huilé son passage. Après un semblant de fouille du colis et du corps, celui-ci s'introduit rapidement à l'intérieur avec son bagage. C'est un système latent qui met en présence les relations de « *pouvoir, d'influence, de marchandage et de calcul* » (Crozier & Friedberg, 1977). Ce n'était pas le seul itinéraire emprunté par les acteurs. Quelques agents du personnel militaire font partie également du cercle des acteurs de distribution des médicaments. Compte tenu de leur statut, ils ne peuvent être contrôlés. Alors, ils amènent directement les produits aux vendeurs moyennant des sommes considérables.

7. Usages et produits consommés

Selon un informateur, les produits vendus ou consommés dans les ghettos sont : « *quinine, paracétamol, ibuprofène, indométacine, misa grip ; antalgiques, antibiotiques, laxatifs, sédatifs* » et « *Diazépam (toutefois servi à l'infirmerie), Trabol et morphine* ». Ces produits sont souvent utilisés pour les indications suivantes : démangeaison (due à

10 Amis de confiance ou membres de famille jouent le rôle d'interface, etc.

la promiscuité), insomnie, céphalée et nervosité (dues à l'ouverture tardive des dossiers judiciaires), constipation et diarrhée (dues à la qualité de la ration alimentaire fournie par l'établissement), paludisme, fièvre, rhume, fatigue et mal de gorge. Certains provoquent des comportements déviants à caractère violents¹¹. L'utilisation de ces produits, malgré l'interdiction, est à l'actif d'un groupe social¹² donné. 6 utilisateurs sur 10 ont connu plusieurs expériences carcérales et ont développé des comportements à caractères violents et sexuels. La plupart habitent dans les bâtiments¹³ C, D, E, F et G où les violences sont enregistrées. L'utilisation prolongée de ces produits peut masquer des symptômes ou créer des interactions médicamenteuses ou encore de la dépendance.

Conclusion

La finalité de cette réflexion est de ressortir les déterminants de l'automédication chez les détenus de la prison civile de Cotonou. Les résultats révèlent que l'automédication se fait par éducation, expérimentation, information et observation. Le profil sociologique, le « *supplice* » (Foucault, 1975), le parcours biographique (de l'arrestation de l'individu jusqu'à la visite médicale, à l'infirmerie de la prison) constituent aussi des éléments explicatifs de l'automédication. La méfiance des détenus en rapport avec la qualité des médicaments pousse ceux-ci vers la déviance médicale. Le couloir de distribution informelle des médicaments présente diverses facettes indissociables du corps institutionnel. Le fonctionnement latent du dispositif sécuritaire, la responsabilité des acteurs sont autant de causes favorables à la persistance du phénomène. Malgré l'interdiction formelle de la consommation de certains produits psychoactifs, les détenus usent de stratégies de contournement de règles afin de maximiser leurs intérêts.

La santé est un fait total qui s'occupe à la fois de la vie et de la mort. Alors, le patient doit-il attendre le soin ou c'est le soin qui doit attendre le patient ? Plusieurs recherches ont porté un regard sociologique sur l'institution carcérale, sa structure, son fonctionnement, la manière dont elle est ou n'est pas et le lendemain qu'elle offre à ses usagers. Peu se sont intéressées à l'automédication dans les milieux car-

11 Blessures suite aux bagarres, tentative de suicide, vols, insultes, commérage, viols, refus du respect des règles.

12 Récidivistes ou ceux ayant fait leur première expérience recluse, ceux violents résidents sur la grande cour.

13 Bâtiments de la grande cour regroupant plus les ¾ de l'effectif carcéral. Chaque bâtiment contient parfois 5 (cinq) fois l'effectif initial estimé à 40 reclus.

céraux. La présente interpelle l'inaccessibilité aux soins comme un problème de santé publique ; mieux, le déphasage entre l'offre et la demande constitue le point de départ de la pratique de l'automédication qui se développe en dépit des pièges et des risques potentiels encourus. Il convient de prendre les mesures de sécurité qu'impose le comportement des détenus, mais aussi dans un même temps leur proposer des soins corrects et disponibles. Dès lors, il ne faut pas se lancer dans une course non-stop à une sécurité accrue et artificiellement plaquée, cela ne ferait que déboucher sur de nouvelles contradictions dans les relations administration-usagers. Instaurer ou promouvoir des relations sociales différentes en milieu carcéral est impérativement souhaité , et ce à travers les soins de santé adéquats.

Références

- Adam, P. et Herzlich, C. (1998). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan.
- Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système – les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- de Rosnay, J. (1975). *Le macroscope*. Paris: Seuil.
- Durkheim, E. (1993). *L'éducation morale*. Paris: PUF.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société, le patient, l'ordonnance et le médecin*. Paris: PUF.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication et les mirages de l'autonomie*. Paris: PUF.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Montoussé et al. (1997). *100 fiches pour comprendre la sociologie*. Paris: Bréal.
- Zimmermann, F. (1989). *Le discours des remèdes au pays des épices, Enquête sur la médecine hindoue*. Paris: Payot.

Partie 2

Ses pratiques et leurs rapports aux professionnels du soin

L'automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo

Jacques Rodriguez¹ et Jean-Michel Wachsberger².

1. Université de Lille, EA 3589 – CeRIES – Centre de recherche
« Individus Epreuves Sociétés », F-59000 Lille.

2. Univ. Lille, EA 3589 – CeRIES – Centre de recherche
« Individus Épreuves Sociétés », F-59000 Lille
et UMR 225 DIAL, IRD/Université Paris-Dauphine.

La situation de la République démocratique du Congo (RDC, ex-Zaïre) se révèle très préoccupante à bien des égards. Le pays est en effet secoué par les conflits ethniques de la région du grand rift est-africain, avec leur lot de massacres, d'exactions et de violences, notamment à l'endroit des femmes ; il est déstabilisé par d'incessantes luttes de pouvoir et handicapé par de multiples formes de déprédation de ses ressources naturelles, en particulier l'exploitation illégale des minerais par différents groupes armés (Cros, Misser, 2006 ; Busanya, 2009). Ce pays qui fait figure de véritable « poids lourd » africain – c'est le 11^{ème} État du monde par la superficie, le 2^{ème} d'Afrique, et le 4^{ème} pays le plus peuplé du continent, avec une population estimée à près de 70 millions d'habitants – présente ainsi, en dépit de ses richesses, des indicateurs socio-sanitaires très dégradés : 87% de la population se situe en dessous d'un seuil de pauvreté à 1,25 dollar par individu et par jour ; l'espérance de vie moyenne est de 48,7 ans, contre 55 sur le continent ; la mortalité infanto-juvénile y est très élevée, de l'ordre de 146 pour mille naissances vivantes (contre 95 dans la région), ce qui représente environ 500 000 décès par an ; enfin, on note une incidence très forte du paludisme puisque, à l'exception des habitants des régions montagneuses du Nord-Est, l'ensemble de la population (97%) y est exposé. Il s'ensuit que depuis une dizaine d'années, la RDC dispute au Niger la 186^{ème} et dernière place selon l'indice de Développement Humain établi par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Un tel classement traduit notamment le fait que la RDC dispose d'un système de santé très perfectible, et ce malgré les efforts déployés depuis 2001 par les auto-

rités - réorganisation territoriale de l'offre de soins, rationalisation des circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments, amélioration de la formation des professionnels de santé. De fait, ces efforts ne permettent toujours pas d'assurer une prise en charge satisfaisante des problèmes de santé. Les infrastructures, en particulier, restent largement lacunaires : on ne recense dans le pays que 393 hôpitaux généraux, 8 300 centres de santé et seulement 6 000 médecins, c'est-à-dire 1 pour plus de 12 000 habitants et, par exemple, deux fois moins que pour la région française du Nord-Pas-de-Calais. L'accès aux soins et le traitement des principales pathologies (paludisme, Sida, diarrhées, etc.) se révèlent par conséquent tout à fait insuffisants.

Dans ce contexte, il est donc intéressant d'examiner ce que font les individus lorsqu'ils sont confrontés à un épisode morbide et la place qu'ils accordent, en particulier, à l'automédication – dont les autorités et les ONG locales rappellent régulièrement les risques, liés notamment à la iatrogénie médicamenteuse. Une étude récente (Mbutiwi Ikwa Ndol *et al.*, 2013), menée à Kinshasa, souligne *a priori* l'importance (60%) de cette pratique chez des patients urbains éduqués accueillis dans les services d'urgence des centres hospitaliers universitaires (N=391). Cette étude suggère ainsi que l'automédication, entendue comme la consommation de médicaments non prescrits ou recommandés par un professionnel, serait le choix thérapeutique de la majorité de ce public, un choix facilité par la vente libre des médicaments (Baxerres, 2011). De tels résultats, qui font écho à une précédente étude (Manzambi, 2009), ne surprennent guère *a priori* dès lors que les médicaments sont aisément accessibles tandis que les professionnels de santé sont à la fois peu nombreux et coûteux. Nous verrons pourtant que cette pratique est en réalité bien moins répandue dans la métropole kinoise, et même dans les autres régions de la RDC.

Ce court article a pour objectif de mieux saisir les contours de cette pratique en posant les bases d'une analyse quantitative de l'automédication en RDC (encadré). Celle-ci permet à la fois de préciser l'ampleur et les caractéristiques du phénomène (1), mais aussi d'étudier les logiques de choix mises en œuvre par les individus : consulter, recourir à l'automédication ou s'abstenir de toute démarche de soin (2).

L'automédication au prisme d'une enquête quantitative

Le pari qui sous-tend notre propos consiste à étudier le phénomène de l'automédication au moyen d'une analyse des données (tris croisés et construction de

modèles multivariés) issues de l'enquête « 1-2-3 » menée en 2012 en RDC. Il s'agit d'une enquête nationale en trois phases : ménage et emploi, secteur informel, consommation. Pour la partie ménage de la phase 1, plus de 21 000 ménages comprenant plus de 111 000 individus, ont été interrogés, ce qui permet de disposer d'un stock de données d'une grande richesse venant en partie pallier les défaillances de l'information statistique sur les pays africains (Jerven, 2013). La méthode d'échantillonnage retenue a été un tirage aléatoire stratifié par province (26 provinces) et par milieu (trois milieux : villes statutaires, cités, territoires ruraux) à deux ou trois degrés (selon le milieu): tirage aléatoire de secteurs constituant les unités primaires de sondage, tirage aléatoire de quartiers ou villages dans ces secteurs, tirage systématique de ménages dans ces quartiers ou villages (après dénombrement des ménages). Un adulte du ménage répondait alors aux questions concernant l'ensemble des membres.

Le volet « santé » de l'enquête (phase 1) donne accès à une information détaillée sur 29 070 individus ayant eu un problème de santé dans les quatre semaines précédant la passation du questionnaire (26 % de la population). Il était notamment demandé s'ils avaient à cette occasion consulté soit un service de santé ou un pharmacien, soit un guérisseur ou un tradipraticien, et, pour ceux qui ne l'avaient pas fait, les raisons de cette non-consultation. Sur les 10 348 personnes (36 %) n'ayant pas consulté lors de ce problème de santé, 3 540 ont eu recours à l'automédication, les dernières ayant donné d'autres raisons (coût de la consultation, éloignement, manque de temps, refus d'un membre de la famille, etc.), laissant ainsi penser qu'elles se sont abstenues de toute démarche de soin¹.

La réponse « automédication » était cochée par l'enquêteur dès lors que l'enquêté mentionnait une pratique quelconque de soin à domicile sans recourir à un spécialiste. Dans ces conditions, l'automédication ne désigne pas seulement l'acte qui consiste à « consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin », que ce médicament soit acheté pour la circonstance ou déjà disponible dans

-
- 1 Les questions étaient formulées de la façon suivante :
- a) pour chaque personne du ménage ayant eu un problème de santé, ou un accident au cours des quatre dernières semaines : [NOM] a-t-il consulté un service de santé, un guérisseur, un marabout ou un groupe de prière au cours des quatre dernières semaines du fait de ce problème de santé ?
 - b) pour les personnes pour qui la réponse à la question précédente était non : Pour quelle raison principale [NOM] n'a-t-il pas consulté ? (modalités de réponse proposées à l'enquêté : Pas nécessaire ; Trop cher ; Trop éloigné ; Automédication ; N'avoir pas de temps/trop occupé ; Peur du résultat ; Refus d'un membre de famille ; Autre à préciser)

l'armoire à pharmacie (Fainzang, 2012). Il faut inclure ici le recours aux médecines et à la pharmacopée traditionnelle. Au-delà de l'utilisation de médicaments relevant de la biomédecine, l'automédication renvoie donc, plus généralement, à la prise de substances dont on attend un effet pharmacologique.

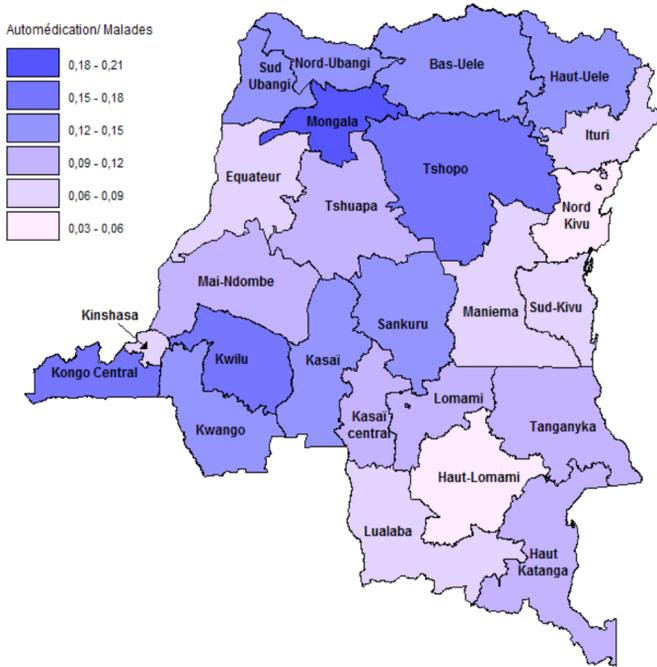
1. Les profils de l'automédication

L'analyse exploratoire des données fournit des premiers résultats intéressants et, parfois, inattendus. Nous considérons ici les pratiques de soin en distinguant, à partir de l'enquête (voir plus haut), trois modalités exclusives (à un moment donné) : consulter un service de santé, un guérisseur, un marabout ou un groupe de prière, recourir à l'automédication (moderne ou traditionnelle), s'abstenir de tous soins.

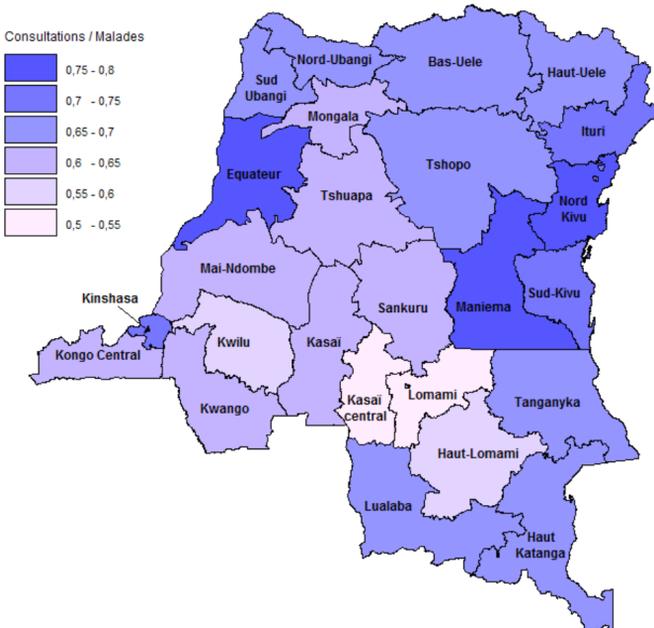
1.1 Analyses bi-variées

Avant tout, l'automédication revendiquée se situe à un niveau étonnamment bas, 11 %, et elle n'excède jamais 20 % en moyenne dans les différentes provinces (*carte 1*). S'il existe à cet égard des contrastes géographiques marqués, elle reste une pratique très minoritaire, tout particulièrement dans la région-capitale. La faible part de l'automédication dans les déclarations des enquêtés est en partie une conséquence du fort taux de consultation : les deux tiers des malades consultent en effet un professionnel de santé ou assimilé (*carte 2*). Mais elle s'explique aussi par l'importance de l'abstention de soins, 23 % en moyenne (*carte 3*).

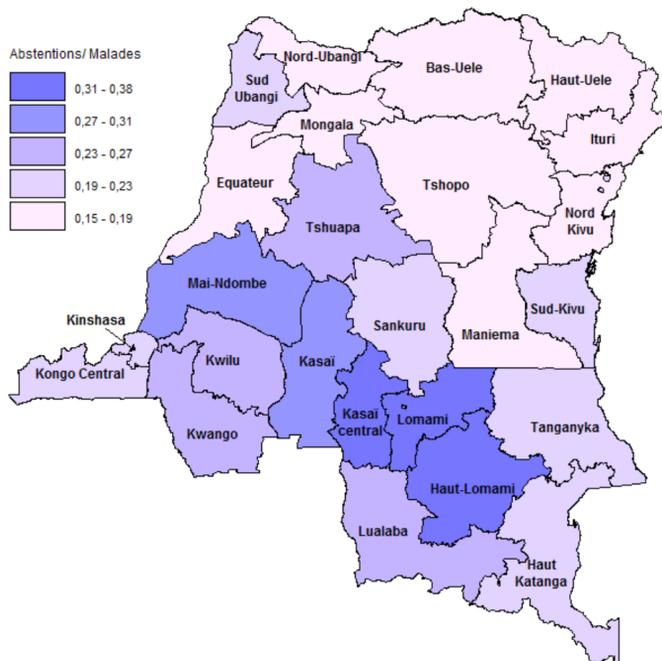
Carte 1 : Taux d'automédication.



Carte 2 : Taux de consultation.



Carte 3 : Taux d'abstention.



Ensuite, au-delà de la faiblesse du taux d'automédication, il apparaît que cette pratique diffère significativement non seulement selon les territoires mais aussi, dans une moindre mesure, selon le type ou la nature des affections, ou encore selon certaines caractéristiques des individus et des ménages. L'automédication est ainsi d'autant plus fréquente que les maladies sont moins invalidantes et n'affectent pas – ou peu – la capacité à travailler des individus ; à l'inverse, elle est plus rare dans le cas de pathologies contagieuses graves comme la fièvre typhoïde² (5%). De même, l'automédication varie selon telle ou telle caractéristique sociodémographique de la population : les patrons (chefs d'entreprises), par exemple, y recourent deux fois plus que les ouvriers qualifiés, tout comme les Catholiques sont plus enclins à se soigner eux-mêmes que les Protestants.

2 Pour chaque personne du ménage ayant eu un problème de santé, ou un accident au cours des quatre dernières semaines, il était demandé quel avait été le principal problème de santé. Les modalités cochées par l'enquêteur selon les réponses données étaient : Fièvre/Paludisme, Diarrhée, Accident/Blessure, Problème dentaire, Problème de peau, Maladie des yeux, Hypertension, Fièvre typhoïde, Ulcère, ORL, Autre. Il n'appartenait pas à l'enquêteur de nommer la maladie mais juste de reporter ce que l'enquêté lui disait.

Pour aller plus loin dans l'analyse, il est cependant nécessaire de cerner le rôle exact de ces différentes caractéristiques dans le recours à l'automédication, toutes choses égales par ailleurs. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps construit un modèle logistique binomial permettant de saisir l'importance spécifique de chacune d'elles pour expliquer cette pratique³. Dans ce modèle, la variable dépendante prend la valeur 1 si la personne ayant eu un problème de santé ou un accident a eu recours à l'automédication ; elle prend la valeur 0 dans le cas contraire. Nous introduisons comme variables explicatives non seulement les caractéristiques sociodémographiques des individus mais encore celles des ménages, en faisant l'hypothèse que l'automédication peut aussi être une pratique collective influencée par l'organisation de la famille. Nous introduisons donc dans notre modèle la taille des ménages et certaines caractéristiques du chef de ménage (sexe, âge, niveau d'éducation, religion d'affiliation, catégorie socio-professionnelle) et de son conjoint (s'il y en a). Nous prenons également en compte les caractéristiques des territoires : province, milieu (urbain/rural), distance aux infrastructures de santé. Enfin, nous contrôlons l'analyse par certaines caractéristiques liées à la santé : nature et gravité des affections, dépenses préventives de santé.

1.2 Modéliser l'automédication

Ce modèle (Tableau 1) est riche d'enseignements. Il apparaît d'abord que les différences de statut des individus au sein des ménages (genre, position dans le ménage, statut matrimonial) n'influencent pas le recours à l'automédication, contrairement à ce que l'on constate souvent dans les pays occidentaux où l'automédication se révèle une pratique plutôt féminine et maternelle (usage et prescription). Le niveau d'éducation ne semble pas être plus discriminant. Du point de vue des caractéristiques individuelles, seul l'âge entraîne des différences de pratique. Comparativement aux plus de 50 ans, les enfants de moins de 5 ans sont en effet significativement moins soignés au domicile sans passer par le recours à un spécialiste de santé.

L'automédication dépend aussi en partie des caractéristiques du ménage. Lorsque le chef de ménage est ouvrier ou employé qualifié, les membres de la maisonnée sont nettement moins enclins à se soigner par eux-mêmes que lorsque le chef est

3 Un modèle logistique binomial vise à expliquer une variable aléatoire dichotomique (ici le recours ou non à l'automédication quand on est malade) par un vecteur de variables aléatoires (dites variables explicatives).

inactif ; à l'inverse, les ménages dont le chef est patron⁴ le sont significativement plus. L'automédication est également plus fréquente lorsque le chef de ménage est sans religion (3 % des chefs de ménage), mais elle l'est moins s'il est protestant (27 % des chefs de ménage).

Les caractéristiques du territoire pèsent, de même, sur l'automédication. *Ceteris paribus*, celle-ci est moins fréquente lorsque les individus ont au moins une infrastructure de santé (hôpital, centre ou poste de santé, pharmacie) à moins de 3 km de leur domicile (ce qui est le cas pour 19 % d'entre eux) et lorsqu'ils habitent en zone urbaine⁵.

On note enfin que le modèle corrobore les résultats de l'analyse descriptive quant aux effets différenciés du type de maladies et de leur gravité. L'automédication est plus fréquente pour des affections courantes mais néanmoins potentiellement dangereuses comme la diarrhée (9 % des affections) et, surtout, la fièvre ou le paludisme (51 % des affections). Et l'analyse montre un effet fort et positif des dépenses de santé préalables à l'apparition de la maladie.

Ainsi présenté, le modèle donne à voir les variables qui expliquent l'automédication. Il ne permet cependant pas de rendre compte de la logique des choix des individus. Pour cela, il est nécessaire de resituer l'automédication dans une analyse plus globale du rapport à la maladie des individus. C'est ce que nous ferons dans la partie suivante.

⁵ population spécifique ne reflète pas l'attitude de l'ensemble des urbains.

Tableau 1 : L'automédication. Modèle logistique⁶

	Odds ratios	Intervalle de confiance à 95 %		
Caractéristiques de l'individu	Homme (référence= Femme)	1,05	0,95	1,15
	Chef de ménage		Référence	
	Conjoint du chef	0,91	0,77	1,06
	Enfant du chef	0,97	0,79	1,19
	Autre membre du ménage	1,14	0,92	1,40
	5 ans ou moins	0,76	0,64	0,90
	de 6 à 15 ans	1,11	0,93	1,32
	De 16 à 30 ans	1,12	0,96	1,30
	de 31 ans à 50 ans	1,19	1,03	1,37
	51 ans ou plus		Référence	
	Marié		Référence	
	Célibataire	1,08	0,87	1,33
	Veuf ou divorcé	1,09	0,91	1,32
	Caractéristiques du ménage	Sans éducation formelle		Référence
Éducation primaire		1,11	0,99	1,25
Éducation secondaire		1,04	0,91	1,19
Éducation universitaire		0,94	0,69	1,29
Taille du ménage		0,98	0,97	1,00
Conjoint du chef sans éducation formelle			Référence	
Conjoint du chef avec éducation primaire		1,11	1,00	1,23
Conjoint du chef avec éducation secondaire		0,99	0,88	1,12
Âge du chef de ménage		1,00	1,00	1,01
Chef de ménage catholique			Référence	
Chef de ménage protestant		0,88	0,79	0,98
Chef de ménage autre religion chrétienne		0,94	0,84	1,04
Chef de ménage musulman		0,95	0,71	1,27
Chef de ménage animiste		0,94	0,79	1,11
Chef de ménage sans religion	1,36	1,11	1,67	
Chef de ménage inactif		Référence		
Chef de ménage cadre	0,93	0,74	1,17	
Chef de ménage ouvrier ou employé qualifié	0,73	0,60	0,89	
Chef de ménage ouvrier ou employé non-qualifié	0,85	0,70	1,04	
Chef de ménage patron	1,43	1,12	1,82	
Chef de ménage à son propre compte	0,92	0,80	1,06	
Caractéristiques du territoire ⁷				
Caractéristiques liées à la santé	Urbain (ref=rural)	0,90	0,81	1,00
	Infrastructure de santé à plus de 3 km du domicile	1,11	1,00	1,24
	Diarrhée	1,28	1,10	1,49
	Paludisme	1,34	1,23	1,47
	Autres maladies		Référence	
	Pas empêché de travailler		Référence	
	Arrêt de travail de moins d'une semaine	0,79	0,72	0,87
	Arrêt de travail entre 1 et 2 semaines	0,45	0,41	0,51
	Arrêt de travail de 2 semaines ou plus	0,28	0,24	0,32
	Achat préalable de médicaments (ref=pas d'achat)	1,74	1,6	1,89

6 Les odds ratios expriment le rapport de deux risques relatifs. Le résultat de 0,76 indique ainsi que le risque relatif de recourir à l'automédication pour les enfants de moins de 5 ans est inférieur de 24 % au risque relatif de recourir à l'automédication quand on a plus de 50 ans. Un odds ratio supérieur à 1 indique un risque relatif plus important, inférieur à 1, un risque relatif plus faible. Les intervalles de confiance à 95 % permettent de tester la significativité de ces odds ratios au risque de 5 %. On a fait ici apparaître en rouge ceux qui le sont.

2. Un double arbitrage

L'automédication peut en effet être formellement comprise comme le résultat d'un double arbitrage : *a*) entre se soigner en consultant un spécialiste et se soigner en s'automédiquant, et, pour ceux qui ne consultent pas, *b*) entre l'abstention de soins et automédication. Pour mieux comprendre les logiques de ces « choix », il est donc nécessaire d'analyser simultanément les déterminants des trois options possibles. Nous avons à cette fin construit un modèle logistique multinomial non ordonné⁸ dans lequel la variable expliquée peut prendre les trois modalités ci-dessus (Tableau 3 en annexe). Les estimations du modèle nous ont alors permis de calculer les effets moyens de chaque facteur sur le choix de telle ou telle réaction face à un épisode morbide⁹ (Tableau 2). C'est ce dernier calcul qui nous permet d'avoir une évaluation plus directe du poids respectif des facteurs explicatifs dans les choix opérés.

2.1 Choix et contraintes

Les hommes et les femmes diffèrent faiblement mais significativement dans leur rapport à la maladie. Les hommes tendent en effet, à caractéristiques identiques par ailleurs, à consulter moins que les femmes (-2,1 points de %), et à compenser cet écart, à part quasiment égale, par le recours à l'automédication et l'abstention de soins.

L'âge conditionne en revanche différents types d'arbitrages. Pour les enfants en bas âge, la priorité est nettement à la consultation. Dans un pays où la mortalité infantile est particulièrement élevée, les parents semblent avoir bien intégré le risque de soigner seul son enfant voire de ne pas le soigner du tout. En revanche, au-delà de 5 ans et jusqu'à 50 ans environ, les Congolais consultent moins fréquemment et s'abstiennent plus de soins que les plus âgés. Enfin, si l'avancée en âge augmente la

7 N.B. : L'automédication dans ce modèle est aussi contrôlée par la région mais nous n'avons pas, faute de place, reporté ici les odds ratios. Comme le laissent présager les cartes précédentes, l'effet région est très souvent significatif, toutes choses égales par ailleurs. Si on peut faire l'hypothèse de cultures spécifiques, nous manquons d'éléments statistiques pour la valider. Nous ne disposons notamment pas d'informations sur l'appartenance ethnique des individus.

8 Un modèle multinomial non ordonné est une déclinaison du modèle logit binomial lorsque les modalités de la variable expliquées sont supérieures à 2 et ne peuvent pas être classées les unes par rapport aux autres.

9 Il s'agit de représenter les différences de probabilités prédites par le modèle au lieu des paramètres estimés.

probabilité d'aller consulter, cet élément doit cependant être pondéré par le statut matrimonial. Les veufs (et les divorcés), du fait de leur statut social ou de leurs ressources, s'abstiennent plus souvent de toutes formes de soin (+5,7 points).

Si le niveau d'éducation ne détermine pas de fortes variations dans le recours à l'automédication, il joue néanmoins sur l'arbitrage entre consulter et s'abstenir de tous soins. Plus les individus sont éduqués, plus ils consultent (respectivement +2,8 points et +6,2 points pour ceux ayant une éducation secondaire et supérieure). On peut noter aussi de ce point de vue le rôle du niveau de formation des conjointes du chef de ménage. Les membres d'un ménage se soignent d'autant plus fréquemment que la mère de famille a un niveau d'éducation plus élevé. L'éducation (dont on ne peut exclure qu'elle reflète aussi le « niveau de vie », mal mesuré ici) pousse donc à consulter et à prendre en charge les membres de sa famille. De fait, être mère sans éducation formelle incite moins aux soins de la maisonnée alors que celles ayant une éducation primaire recourent aussi bien à l'automédication qu'à la consultation ; quant aux plus éduquées, elles privilégient la consultation.

Le modèle fait par ailleurs apparaître que l'automédication est en partie au moins un substitut à la consultation. Lorsque des infrastructures de santé existent à une distance raisonnable, les individus tendent à privilégier la consultation à l'automédication (+1,9 points). De même, lorsque les individus ont fait préalablement des dépenses de santé, ils sont incités soit à s'automédiquer parce qu'ils peuvent piocher dans les biens de santé dont ils disposent déjà (+24,2 points), soit à renoncer aux soins parce qu'ils sont dans l'incapacité d'assumer de nouvelles dépenses de consultation (-13,4 points).

2.2 Le poids de la culture

Reste qu'à côté des effets propres du genre, de l'âge et de l'effet des contraintes liées au niveau d'éducation, de richesse et /ou de distance aux infrastructures de santé, le recours à l'automédication dépend aussi de facteurs culturels. Le calcul des effets moyens met en évidence le poids des valeurs ou cultures religieuses sur les comportements. Ainsi, les individus appartenant à un ménage dont le chef est sans religion consultent moins fréquemment que les Catholiques (-5,5 points), ce qui explique leur plus fort recours à l'automédication. À l'inverse, ceux dont le chef est protestant se soignent significativement plus à l'aide d'un professionnel de santé (+2,2 points). Quant aux musulmans, ils semblent davantage enclins à s'abstenir de se soigner.

Ces résultats amènent ainsi à réinterroger les valeurs portées par les différentes confessions. Une étude ancienne avait par exemple indiqué que l'Islam favorisait le recours à la médecine traditionnelle quand la religion chrétienne la dénonçait (Akoto *et al.*, 2002), ce qui n'est pas reflété par les données de notre enquête en RDC. Dans les pays développés, la pratique de l'automédication est plus fréquente chez les protestants, ce qui a pu être analysé comme une marque d'autonomisation « moderne » des individus, permise par cette religion (Fainzang, 2001). Par conséquent, si le protestantisme congolais diffuse les mêmes valeurs que celles promues en Occident, on peut alors faire l'hypothèse que l'automédication n'est pas essentiellement, en RDC, le signe d'une émancipation individuelle. D'ailleurs, comme on l'a indiqué plus haut, elle est notablement plus faible dans les zones urbaines, où les individus ont pourtant en moyenne des compétences plus grandes pour faire ce choix.

Les attitudes face à la maladie dépendent aussi du type d'affection. Pour la diarrhée ou encore le paludisme, affections récurrentes et familiales, l'automédication, comme l'abstention de soins, est plus marquée. On retrouve là la prégnance de comportements traditionnels dont les risques ont déjà été pointés par ailleurs (Kpanake *et al.*, 2009, Tshomba *et al.*, 2013). Ces attitudes s'infléchissent cependant nettement lorsque la maladie persiste dans le temps. Le recours à la consultation prend alors le pas (+24 points) sur l'abstention de soins et l'automédication.

Enfin, les régions exercent aussi un effet propre, indépendamment de leurs caractéristiques (notamment en termes d'équipement de santé) et de leur composition sociodémographique connues. Un travail ultérieur, intégrant notamment la dimension ethnique, devrait permettre de mieux appréhender ce phénomène. On sait en effet que les croyances étiologiques (Augé et Herzlich, 1983) peuvent attribuer certaines maladies (plus exactement certains symptômes) à un agent extérieur à la personne (esprit, sorcier) quand d'autres sont attribuées à la nature, ce qui conditionne évidemment le choix du thérapeute (Akoto, 1993 ; Adjamagbo *et al.*, 1999).

Au bout du compte, si cette double alternative – automédication vs. consultation, puis automédication vs. abstention – procède bien de décisions individuelles fortement contraintes, elle n'échappe pas à certaines logiques sociales que les modèles développés ici ont permis d'éclairer.

Tableau 2 : Effets moyens des différentes caractéristiques sur les probabilités de choix : consulter, s'automédiquer ou s'abstenir de se soigner (pourcentages)¹⁰

		Consultation	Automédication	Abstention
Caractéristiques des individus	Homme (référence= Femme)	- 2,08	+ 0,99	+ 1,09
	Chef de ménage		Référence	
	Conjoint du chef	+ 2,91	- 5,48	+ 2,58
	Enfant du chef	+ 3,53	- 7,11	+ 3,58
	Autre membre du ménage	- 0,73	- 6,50	+ 7,23
	5 ans ou moins	+ 4,19	- 3,59	- 0,59
	de 6 à 15 ans	- 4,95	- 1,07	+ 6,02
	De 16 à 30 ans	- 6,78	+ 1,13	+ 5,64
	de 31 ans à 50 ans	- 7,17	+ 1,97	+ 5,20
	51 ans ou plus		Référence	
	Marié		Référence	
	Célibataire	- 1,11	- 0,39	+ 1,50
	Veuf ou divorcé	- 9,15	+ 3,46	+ 5,69
Caractéristiques des ménages	Sans éducation formelle		Référence	
	Éducation primaire	- 0,16	+ 1,59	- 1,43
	Éducation secondaire	+ 2,81	+ 0,66	- 3,47
	Éducation universitaire	+ 6,23	+ 0,26	- 6,49
	Taille du ménage	+ 0,42	- 0,44	+ 0,01
	Âge du chef de ménage	- 0,20	+ 0,07	+ 0,13
	Conjoint du chef sans éducation formelle		Référence	
	Conjoint du chef avec éducation primaire	+ 1,61	- 2,36	+ 0,75
	Conjoint avec éducation secondaire ou supérieure	+ 5,42	- 2,47	- 2,96
	Chef de ménage catholique		Référence	
	Chef de ménage protestant	+ 2,19	- 0,39	- 1,80
	Chef de ménage autre religion chrétienne	- 1,01	+ 0,81	+ 0,20
	Chef de ménage musulman	- 1,92	- 2,92	+ 4,84
Chef de ménage animiste	- 3,95	+ 2,56	+ 1,39	
Chef de ménage sans religion	- 5,52	+ 4,44	+ 1,09	
Chef de ménage inactif		Référence		
Chef de ménage cadre	+ 3,77	- 0,98	- 2,79	
Chef de ménage ouvrier ou employé qualifié	+ 5,81	- 0,73	- 5,08	
Chef de ménage ouvrier ou employé non-qualifié	+ 0,62	+ 3,16	- 3,78	
Chef de ménage patron	+ 3,76	- 0,39	- 3,37	
Chef de ménage à son propre compte	- 0,10	+ 1,83	- 1,73	
Caractéristiques du territoire				
	Urbain (référence=rural)	+ 1,14	+ 0,78	- 1,92
	Infrastructure de santé à +de 3 km du domicile	- 1,88	+ 2,17	- 0,29
Caractéristiques liées à la santé	Diarrhée	- 6,72	+ 3,42	+ 3,30
	Paludisme	- 4,50	+ 2,57	+ 1,93
	Autres maladies		Référence	
	Pas empêché de travailler		Référence	
	Arrêt de travail de moins d'une semaine	+ 11,67	- 3,97	- 7,70
	Arrêt de travail entre 1 et 2 semaines	+ 24,24	- 8,89	- 15,36
	Arrêt de travail de 2 semaines ou plus	+ 28,01	- 11,16	- 16,85
	Achat préalable de médicaments (ref=pas d'achat)	-11,42	24,86	-13,44

¹⁰ Ce tableau présente les dérivées moyennes (pour les variables quantitatives) et différences moyennes (pour les variables nominales) des probabilités prédites par le modèle par rapport à la valeur de référence de la variable explicative, les autres variables étant fixées. Clé de lecture : avoir été empêché de travailler pendant 2 semaines ou plus augmente la probabilité de consulter un spécialiste de 28 points par rapport à une situation où la maladie n'a pas empêché de travailler ; cela diminue aussi la probabilité de s'automédiquer de 11,2 points et celle de s'abstenir de se soigner de 16,9 points.

Conclusion

Cette première exploitation des données de l'enquête « 1-2-3 » en RDC produit des résultats intéressants et intrigants.

Intéressants, tout d'abord, dans la mesure où cette analyse permet de mieux caractériser l'automédication, qui apparaît comme largement contrainte. Se soigner soi-même s'impose en effet à des individus que leur position sociale, leur appartenance culturelle, leur localisation géographique et/ou leur situation économique privent de la possibilité de s'adresser à des professionnels de santé. L'automédication apparaît alors, à bien des égards, comme un palliatif à la consultation médicale. Pour autant, il ne s'agit pas ici d'une pure contrainte, et l'automédication fait l'objet de stratégies de la part des individus. Ceux-ci recourent par exemple à l'achat préventif de médicaments, anticipant ainsi la survenue d'une maladie, et, de même, ils adossent leurs pratiques aux compétences qu'ils ont acquises avec la fréquence des épisodes morbides. C'est pourquoi, si l'automédication relève assurément de la contrainte, c'est toutefois une contrainte négociée par ceux qui la subissent.

Reste que les résultats présentés dans cet article peuvent intriguer. Comment expliquer, en effet, le caractère minoritaire d'une pratique qui est pourtant considérée comme un phénomène très répandu par de nombreux observateurs des terrains africains – chercheurs ou acteurs des politiques de santé ? On ne peut d'abord exclure la possibilité que les pratiques déclarées par les acteurs diffèrent de leurs pratiques réelles, surtout lorsque, comme en l'espèce, les frontières mêmes de la pratique sont assez poreuses. Par ailleurs, l'automédication enregistrée dans l'enquête est une des réponses exclusives à la question des raisons de la non-consultation. Il s'agit donc d'une automédication « revendiquée » qui n'exclut pas le fait que d'autres modalités citées, comme par exemple la modalité « trop cher », soient aussi associées à des pratiques d'auto-soin. Mais de tels biais ne sauraient à eux seuls expliquer l'écart entre le recours à l'automédication tel qu'il a été mesuré dans l'enquête « 1-2-3 » (11% en moyenne) et l'évaluation, parfois alarmiste, qui en est faite par ailleurs. Faut-il penser alors que les chercheurs analysant ces pratiques ont pu surestimer la portée de leurs observations, et doit-on, dans la foulée, opposer à la « mystique du terrain » la rigueur des méthodes quantitatives ? À distance de toute « querelle des méthodes », il s'agit plutôt de prendre acte de ce que l'automédication n'est pas le *primum movens* des comportements sanitaires en RDC, même si elle peut constituer une pratique courante pour soigner certaines maladies endémiques, à l'instar du paludisme. C'est le choix de ceux qui n'ont pas d'autre choix pour se soi-

gner, mais un choix qui n'est pas figé puisqu'il dépend autant des circonstances (éloignement, coût des soins, freins culturels, etc.) que de l'évaluation des risques de santé qu'ils supportent.

Annexe.

Tableau 3 : L'automédication : modèle multinomial¹¹.

		Automédication/Abstention		Automédication/Consultation		Abstention/Consultation	
Caractéristiques de l'individu	Homme (référence=Femme)	0,97		0,88	**	0,91	**
	Chef de ménage	Référence					
	Conjoint du chef	1,80	***	1,62	***	0,90	
	Enfant du chef	2,21	***	1,91	***	0,86	*
	Autre membre du ménage	2,49	***	1,67	***	0,67	***
	5 ans ou moins	1,36	***	1,51	***	1,11	
	de 6 à 15 ans	1,53	***	1,01		0,66	***
	De 16 à 30 ans	1,24	**	0,81	***	0,65	***
	de 31 ans à 50 ans	1,14		0,75	***	0,66	***
	51 ans ou plus	Référence					
	Marié	Référence					
	Célibataire	1,13		1,02		0,90	
	Veuf ou divorcé	1,01		0,64	***	0,64	***
	Sans éducation formelle	Référence					
	Éducation primaire	0,80	***	0,87	**	1,08	
Éducation secondaire	0,78	***	0,99		1,27	***	
Éducation universitaire	0,66	**	1,08		1,64	***	
Caractéristiques du ménage	Taille du ménage	1,04	***	1,05	***	1,01	
	Âge du chef de ménage	1,00		0,99	***	0,99	***
	Conjoint du chef sans éducation formelle	Référence					
	Conjoint du chef avec éducation primaire	1,28	***	1,27	***	0,99	
	Conjoint avec éducation secondaire ou plus	1,05		1,36	***	1,30	***
	Chef de ménage catholique	Référence					
	Chef de ménage protestant	0,94		1,08		1,15	***
	Chef de ménage autre religion chrétienne	0,94		0,91		0,97	
	Chef de ménage musulman	1,69	***	1,29		0,76	**
	Chef de ménage animiste	0,86		0,75	***	0,87	**
	Chef de ménage sans religion	0,74	**	0,63	***	0,86	*
	Chef de ménage inactif	Référence					
	Chef de ménage cadre	0,95		1,17		1,23	**
	Chef de ménage ouvrier ou employé qualifié	0,81	*	1,18		1,46	***
	Chef de ménage ouvrier ou employé non-qualifié	0,62	***	0,76	***	1,24	***
Chef de ménage patron	0,87		1,11		1,28	**	
Chef de ménage à son propre compte	0,77	***	0,85	**	1,09		
Caractéristiques du territoire							
	Urbain (référence=Rural)	0,84	***	0,95		1,13	***
	Infrastructure de santé à - de 3 km du domicile	0,82	***	0,80	***	0,98	
Caractéristiques liées à la santé	Diarrhée	0,88		0,66	***	0,75	***
	Paludisme	0,88	**	0,73	***	0,83	***
	Autres maladies	Référence					
	Pas empêché de travailler	Référence					
	Arrêt de travail de moins d'une semaine	0,96		1,65	***	1,71	***
	Arrêt de travail entre 1 et 2 semaines	0,95		3,12	***	3,29	***
	Arrêt de travail de 2 semaines ou plus	1,10		4,30	***	3,90	***
	Achat préalable de médicaments (ref=pas d'achat)	0,00		0,00		1,55	***

11 Le tableau présente les odds ratios obtenus en faisant varier la valeur de référence de la variable expliquée du modèle. Pour ne pas le surcharger, nous avons indiqué le degré de significativité plutôt que les intervalles de confiance. Les chiffres suivis de *** sont significatifs au seuil de 1 %, ceux suivis de ** le sont au seuil de 5 %, ceux suivis de * au seuil de 10 %, les autres chiffres sont non-significatifs.

Références

- Adjamagbo, A. Guillaume, A. Vimard, P. (1999). Santé maternelle et infantile en milieu akan (Côte d’Ivoire). Dans Adjamagbo, A. Guillaume, A. Koffi, N. (eds). *Santé de la mère et de l’enfant ; exemples africains*. Paris: IRD Edition. pp.109-130.
- Akoto, E. Kouame, A. Lamlenn, S. (2002). Se soigner aujourd’hui en Afrique de l’Ouest : pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Bénin, Côte d’Ivoire et Mali). *Les cahiers de l’IFORD*. 27. Yaoundé. 169p.
- Akoto, E.M. (1993). *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire, Hypothèses et recherche d’explication*. Louvain la Neuve. Académia.
- Augé, M. et Herzlich, C. (1983). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Ed. Des Archives Contemporaines.
- Baxerres, C. (2011). Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d’Afrique. *Politique Africaine*. 123. pp.117-136.
- Busanya, J.L. (2009). *Géopolitique et conflits identitaires en République démocratique du Congo*. Kinshasa: Éditions Compodor.
- Cros, M-F. et Misser, F. (2006). *Géopolitique du Congo (RDC)*. Bruxelles: Éditions Complexe.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l’ordonnance*. Paris: PUF.
- Fainzang, S. (2012). *L’automédication ou les mirages de l’autonomie*. Paris: PUF.
- Jerven, M. (2013). *Poor Numbers*. Ithaca & London: Cornell University Press.
- Kpanake, L., et al. (2009), Why most Togolese people do not seek care for malaria in health care facilities : A theory-driven inventory of reasons. *Psychology, Health & Medicine*. 14(4). pp.502-510.
- Manzambi, J. K. (2009), Les déterminants du comportement de recours au tradipraticien en milieu urbain africain : résultats d’une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Psychologie et Société Nouvelle*. 7. pp.3-19.
- Mbutiwi Ikwa Ndol, F. Lepira Bombeka, F. Dramaix-Wilmet, M. Meert, P. Malengreau, M. Nseka Mangani, N. Muanda Tsobo, F. Koné, D. (2013). L’automédication chez les patients reçus aux urgences médicales des cliniques universitaires de Kinshasa. *Santé Publique*. vol. 25(2). pp.233-240.
- Tshomba, O.A. Atoba, B.C. Batina, A.S. Kazadi, M.D. Kayembe, T.C. Lutumba, P. (2013). Déterminants socio-économiques de l’automédication aux antimalariens à Kisangani, RD Congo ». *Revue médicale des Grands Lacs*. 37. pp.37-51.

Besoins et pratiques de soins: mesure de « l'iceberg » à Cotonou

Jean-Yves Le Hesran¹, Inès Boko², Laurent Brutus³.

1. Directeur de Recherche, IRD - Institut de Recherche pour le Développement.

2. Master en sociologie, Université Abomey Calavy.

3. Chercheur, IRD - Institut de Recherche pour le .

Au moment de la mise en place de la couverture médicale universelle (CMU) dans certains pays du Sud, nous n'avons pas une réelle connaissance des besoins de santé de la population. Tous les événements de santé survenant chez un individu n'impliquent pas une consultation auprès d'un professionnel de santé. Beaucoup sont pris en charge à domicile. Beaucoup de facteurs peuvent entrer dans la prise de décision d'aller ou non consulter, tels que la distance au dispensaire, le coût d'une consultation ou le type de symptôme présenté. De fait, de nombreuses études ont mis en évidence un fort recours à l'automédication (Houéto *et al.*, 2007 ; Houéto *et al.*, 2008). Devant les symptômes les plus courants tels que la fièvre, les céphalées, la fatigue, "les maux du quotidien", les populations ont acquis une connaissance, soit traditionnelle souvent familiale, soit moderne apprise lors des consultations, et ils mettent à profit ces connaissances pour faire un auto-diagnostic et se traiter eux-mêmes, cette automédication étant facilitée par un accès facile, sans ordonnance, aux médicaments sur le marché public, privé ou informel.

Il existe donc tout un pan de la santé des populations qui échappe aux statistiques officielles, ce que l'on appelle la partie cachée de « l'iceberg de la morbidité » (White, 1997). Il s'agit d'une métaphore sur notre connaissance de la santé de la population : l'ensemble des besoins de santé serait représenté par un iceberg dont les soignants ne verraient que la partie émergée (Verbrugge & Ascione, 1987). Cela exclut la majorité des symptômes traités en automédication avec des médicaments ou d'autres remèdes maison, ceux qui ne perturbent pas les activités habituelles ou ceux pour lesquels aucun soin n'est donné.

Cette connaissance très partielle de la santé des populations ne permet pas de répondre correctement aux besoins des populations, tant d'un point de vue curatif que d'un point de vue préventif.

Quels sont les problèmes que rencontrent les individus dans leur vie quotidienne? À quoi ont-ils recours pour soulager leurs problèmes de santé? Quel itinéraire thérapeutique est choisi quand le problème perdure ? Nous avons mené à Cotonou, Bénin, une enquête qui avait pour but de décrire les besoins de soins dans les foyers et l'utilisation des services de soins en utilisant une approche socio-épidémiologique par questionnaire. Nous avons interrogé des foyers sur les événements de santé survenus dans la semaine précédant la visite de l'enquêteur. Un événement de santé a été défini comme la survenue d'un signe, d'un symptôme qui a nécessité une action, quelle que soit cette action, d'un simple traitement (un comprimé, une tisane, un massage....) à une consultation, voire une hospitalisation.

1. Méthodologie

1.1 Zone d'étude

L'étude s'est déroulée à Cotonou, capitale économique du Bénin. Cotonou avait en 2013 une population estimée à plus d'un million d'habitants, soit 10% de la population totale du pays. C'est une ville située sur le cordon littoral entre le lac Nokoué et l'Océan atlantique. Elle couvre une superficie de 79 km² et est subdivisée en 13 arrondissements (*voir Figure 1*).

Figure 1 : de gauche à droite le Bénin en Afrique de l'Ouest et Cotonou, avec ses 13 arrondissements et les quartiers qui les constituent.



Nous avons choisi de travailler en milieu urbain où le problème de la distance géographique aux soins ne se pose pas ou peu en raison d'une offre de santé très présente mais également très hétérogène (public, privé, informel). En effet, la distance aux centres de santé est souvent avancée pour expliquer un recours important à l'automédication. Toutefois, une étude similaire en milieu rural sera nécessaire pour vérifier cette hypothèse.

1.2 Collecte des données

Il n'existe pas au Bénin de liste de recensement de la population avec leur adresse. Notre échantillonnage a donc été réalisé avec la technique de sondage en grappe type OMS, souvent utilisée pour évaluer la couverture vaccinale dans les pays en développement. Il s'agit de tirer au sort non pas directement un individu (*sampled individuals*), mais des unités primaires (UP), dans lesquelles seront tirés au sort un certain nombre de sujets qui constitueront la grappe.

Nous avons adopté la même méthodologie que l'OMS, en sélectionnant 30 grappes de 15 foyers. Nous nous sommes procuré un plan de la ville (carte IGN) divisée en 139 quartiers (division administrative) et le nombre de foyers estimés par quartier.

Nous avons calculé un pas de sondage en faisant le rapport entre le nombre total de foyers dans la zone d'étude et le nombre de grappes fixé (30 grappes). Un tirage au sort a été réalisé dans le premier pas de sondage pour définir le foyer initial à partir duquel le pas serait reporté. À chaque pas, le foyer désigné nous a permis d'identi-

fier l'UP (quartier) dans lequel la grappe serait constituée. Cette opération a été réalisée 30 fois (technique du pas cumulatif).

Dans un troisième temps, dans les quartiers sélectionnés, nous avons identifié sur la carte l'ensemble des croisements de rues et tiré au sort l'un d'entre eux, puis nous avons tiré au sort l'une des directions possibles et enfin le côté de la rue. À partir de ce point, les enquêteurs ont visité les foyers de proche en proche jusqu'à identifier 15 adultes éligibles. Si dans un foyer il y avait plusieurs adultes présents, un adulte a été tiré au sort. Après l'avoir informé du but de notre travail, nous avons recueilli son consentement écrit. Un questionnaire a été rempli explorant les caractéristiques socio-démographiques du foyer et de l'individu et tous les événements de santé le concernant survenus lors des 7 derniers jours. Les troubles de santé ont été codés selon la classification internationale des soins primaires (CISP-2).

Ce travail a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche CER-ISBA (N°28 du 19/11/2013).

1.3 Analyses statistiques

La prise en compte du plan de sondage passe par le calcul de l'effet de sondage (design effect) et de l'effet grappe (cluster effect). Cet effet est dû à l'existence d'une similarité entre les individus d'une même unité primaire (corrélation intra-grappe). Dans le cas d'un plan, non stratifié, à deux degrés avec un sondage aléatoire simple (SAS) à chaque degré, il est calculé par la formule suivante :

$$\rho = D_{eff} - \frac{1}{n-1}$$

Où D_{eff} désigne le « design effect » et n est le nombre d'unités primaires statistiques tirées dans chaque unité primaire.

L'effet du plan de sondage mesure l'erreur faite quand on estime la variance d'une statistique en ignorant le plan de sondage, c'est-à-dire en supposant à tort qu'il s'agit d'un SAS. Il se définit comme le rapport de la variance du paramètre estimé en prenant en compte le plan de sondage et celle estimée sans le prendre en compte. Pour un paramètre θ et le plan de sondage complexe P, il est défini par :

$$D_{eff} = \frac{V_p(\theta)}{V_{SAS}(\theta)}$$

2. Résultats

2.1 Caractéristiques des enquêtés

Nous avons visité 450 foyers. Les foyers comprenaient en moyenne 5 personnes dont 3 enfants. 78 % des familles habitaient dans des logements de 1 ou 2 pièces.

L'âge moyen était de 42,5 +/- 16 ans pour les hommes et 33,6 +/- 8,8 ans pour les femmes.

9,3% des hommes n'avaient pas fréquenté l'école et 36,1 % avaient suivi un cycle primaire. Pour les femmes, 28,4 % n'avaient pas été à l'école et 41,8 % n'avaient suivi que le cycle primaire.

En très grande majorité les hommes étaient soit des petits artisans, soit des ouvriers faisant des petits boulots, travaillant pour la plupart dans l'informel. Les femmes se sont déclarées pour 55 % vendeuses ou revendeuses et pour 19 % ménagères.

Nous avons interrogé 354 femmes et 96 hommes. Le plus souvent, les hommes travaillent à l'extérieur alors que les femmes restent à domicile pour s'occuper des enfants et exercent une activité professionnelle à domicile (vendeuse ou revendeuse ou petit artisanat (coiffeuse, tailleur...)).

2.2 Besoins de soins

42 % (188/450) des adultes ont déclaré avoir présenté un problème de santé durant la semaine écoulée, 50 % chez les hommes et 39,5 % chez les femmes.

Suivant la classification CISP, 18 % des personnes ont présenté des symptômes généraux - principalement une fièvre (16 %), 21 % étaient d'origine neurologique (céphalées), 17 % étaient d'origine psychologique (fatigue), 16 % d'origine ostéo-articulaire (courbature), 11 % d'origine respiratoire (toux, 8 %) et 9 % d'origine digestive (maux de ventre, 5 %) (*tableau 1*).

Tableau 1 : Principales symptomatologies déclarées par la population à Cotonou.

Top 8	(%)
Céphalée	21 %
Fatigue	17 %
Fièvre	16 %
Courbature	16 %
Toux/rhume	8 %
Mal de ventre	5 %
Paludisme	3 %
Mal de dents	2 %

2.3 Pratiques de soins

Dans 92 % des cas, ils ont pratiqué une automédication, 65 % avec des médicaments et 27 % avec des tisanes. Dans 2 % des cas, ils ont pris conseil auprès de la famille ou d'amis. Dans 6 % des cas, ils ont été consulter un professionnel de la santé dans un centre de santé public ou privé.

Les tisanes ont été les traitements les plus utilisés en première intention (27 %). S'agissant des molécules, le paracétamol a été la plus utilisée (24 %) suivie par l'ibuprofène (10 %). Des antibiotiques ont été peu utilisés en première intention (3 %), de même que des antipaludiques (maloxine[®], quinine, 4 %). Nous n'avons pas enregistré d'utilisation de CTA (Combinaison à base d'artémisinine), association pourtant recommandée en première intention contre le paludisme. Dans 5 % des cas, les personnes ont utilisé le mixagrip[®] qui est une combinaison de plusieurs molécules (Chlorphéniramine maléate, Paracétamol, Phénylpropanolamine), essentiellement en cas de symptôme respiratoire.

Tableau 2 : Part des principaux médicaments consommés en automédication à Cotonou.

Top 10	%
Tisane	2 %
Paracétamol	22 %
Ibuprofène	10 %
Mixagrip®	5 %
Quinine	3 %
Efferalgan® (paracétamol)	2 %
Amoxicilline	2 %
Injections	2 %
Flagyl®	1 %
Maloxine®	1 %

Tableau 3 : Traitement pris en automédication en fonction du symptôme présenté.

	App neurologique	Signes généraux	App respiratoire	App digestif	App ostéo-articulaire	Parasitologie	Psychologie
Principal symptôme	Céphalée	Fièvre	Toux	Mal au ventre	Courbature	"palu"	Fatigue
Antalgique	29 (74%)	6	3	0	4	2	3
Anti-inflammatoire	0	0	0	0	22 (69%)	0	4
Antibiotique	1	1	5 (45%)	2	0	0	1
Antiprotozoaire	1	11	0	0	0	3	3
Produits naturels	8	15 (45%)	3	8 (80%)	6	0	14 (56%)
Total	39	33	11	10	32	5	25

Le tableau 3 qui présente le traitement pris en fonction d'un symptôme (cas où un seul traitement a été utilisé) montre qu'il existe une certaine maîtrise dans l'utilisation des médicaments qui sont le plus souvent adaptés aux symptômes présentés. Ainsi, en cas de douleurs osteoarticulaires, les anti inflammatoires sont largement privilégiés de même que les antalgiques en cas de céphalées ou les antibiotiques en cas de problème respiratoire. Le recours aux tisanes est fréquent, notamment en cas de problème digestif ou de fatigue.

2.4 Évolution de la maladie

Dans 95% des cas, la personne a été satisfaite de l'évolution des signes, 4 % n'ont ressenti aucune amélioration et dans 2 cas (1%) l'état de santé du patient s'est

aggravé. Pour autant, dans ces 2 cas, le traitement entrepris par la suite a été à base de plante.

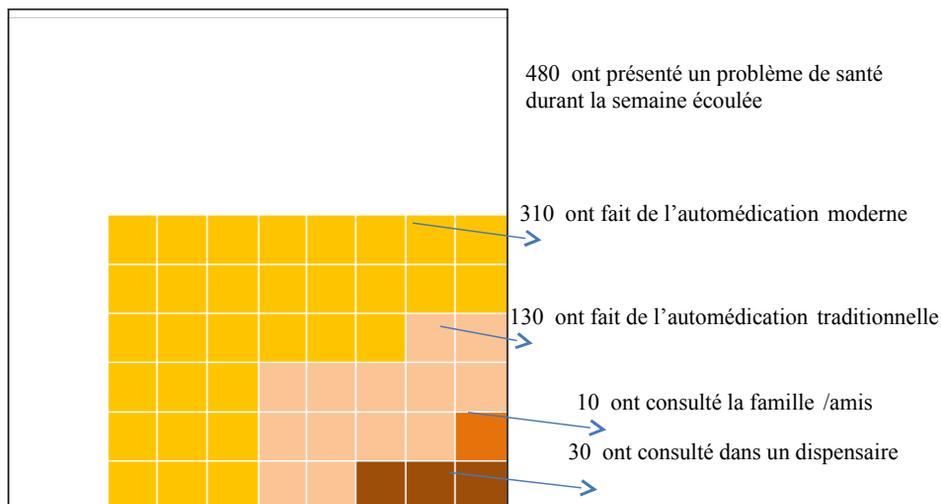
10% des personnes ont déclaré bénéficier d'une assurance santé prenant en charge les soins médicaux. Pourtant, nous avons constaté dans ce groupe le même taux de recours à l'automédication que chez les personnes ne disposant pas d'assurance santé.

2.5 L'iceberg à Cotonou

Afin d'uniformiser l'information et la rendre comparable à celle produite dans les autres études utilisant le modèle de l'iceberg, nous avons extrapolé nos résultats collectés auprès de 450 personnes à 1000 personnes exposées. Le graphe permet de visualiser la proportion de personnes ayant des problèmes de santé, la part des différentes prises en charge et notamment la proportion de personnes ayant consulté.

Sur 1000 personnes exposées, 480 ont présenté un problème de santé au cours de la semaine précédente. L'automédication prédomine largement puisqu'elle représente plus de 90 % des prises en charge. Plus des 2/3 des sujets ont eu recours à des médicaments modernes, les autres ayant recours à des tisanes. Moins de 10% des personnes ont consulté, principalement dans un dispensaire (*figure 1*).

Figure 1 : représentation du schéma de l'iceberg à Cotonou



Discussion

Cette enquête avait pour principal objectif d'estimer le niveau de besoin de soins en population générale à Cotonou et d'identifier les différents modes de prise en charge. Nous avons choisi de recueillir tous les événements de santé survenus dans la semaine précédant le passage de l'enquêteur. Ce délai est relativement court au regard de ce qui s'est fait dans d'autres études. Ainsi, Roncoletta à Rio de Janeiro (Roncoletta *et al.*, 2012) et Leung à Hong Kong (Leung *et al.*, 2005) ont recueilli l'information sur le mois écoulé. L'équipe AUTOMED, dans la région de Nantes, a choisi d'estimer ces événements sur les six derniers mois. Ces différences tiennent essentiellement aux objectifs spécifiques de chaque étude et aux méthodologies utilisées. Pour notre part, nos objectifs étaient de mesurer les besoins de soins mais également d'étudier de façon précise les pratiques de soins mises en œuvre à domicile. Nous avons donc choisi de minimiser le biais de mémorisation en remontant seulement à une semaine avant la visite des enquêteurs. Cette enquête relativement lourde d'un point de vue logistique ne nous a permis d'interroger que 450 personnes contre plus de 1000 dans les enquêtes citées plus haut. De même, le mode d'interrogatoire a une grande importance. Roncoletta a fait des interviews par téléphone, AUTOMED a adopté la technique de l'auto-questionnaire en salle d'attente. Cette diversité d'approche rend difficile une comparaison stricte de l'importance des besoins de soins entre les différents sites. Aiaich (1986) note la variabilité des données de morbidité récoltées selon les protocoles d'enquête. Ainsi, le

nombre de symptômes est multiplié par deux ou trois si, pour une même période de temps, il est demandé au sujet de tenir un journal d'observation quotidien sur les troubles et symptômes, ce à quoi s'apparente notre interrogatoire jour par jour, comparé au questionnaire global sur le mois écoulé. De même, interroger les sujets sur une liste de symptômes ne donne pas les mêmes résultats que demander aux sujets de se remémorer les symptômes ressentis.

Il reste à comparer les résultats de ces différentes études en tenant compte du mieux possible de tous ces facteurs. Si le nombre absolu de problèmes de santé rencontrés par les populations est difficilement comparable d'une étude à l'autre, la représentation de l'iceberg permet néanmoins de comparer les modes de prises de charge d'une zone à l'autre, ainsi que leur ampleur.

À Cotonou, les données montrent que, dans la semaine écoulée, près de la moitié des sujets ont eu à prendre en charge un problème de santé. Contrairement à l'idée souvent avancée qui voudrait que les populations aient très souvent recours aux médecines traditionnelles, les médicaments pharmaceutiques ont été très largement utilisés en premier recours, devant le recours à la médecine traditionnelle. Même si plusieurs dizaines de spécialités pharmaceutiques ont été citées, seulement quelques molécules constituent l'essentiel des traitements utilisés. Paracétamol, ibuprofène, amoxicilline, mixagrip® et quinine représentent plus de la moitié des traitements cités. Ils ont été pris pour répondre le plus souvent à des maux de tête, une fièvre, une fatigue, des courbatures. Une faible proportion de diagnostics a été portée. Quelques personnes ont évoqué un 'palu' qui est une entité nosologique populaire pour désigner un ensemble de symptômes regroupant une fièvre, des courbatures, des maux de tête, des vomissements, et qui serait dû au parasite du paludisme. Les patients ont eu recours soit à des traitements spécifiques (quinine, maloxine), soit au paracétamol qui, du fait de son effet antipyrétique, est réputé soigner également le paludisme.

Ces données montrent que, dans un premier temps, les populations ont largement recours à l'automédication. La comparaison des « iceberg » montre la particularité de Cotonou. Reflets des systèmes de protection sociale en place dans ces pays, les « icebergs » de Hong Kong ou de Rio de Janeiro montrent que le recours aux systèmes de soins est prédominant (consultations dans plus de 60% des cas). À Cotonou où la couverture assurance santé est faible, environ 20% (Ministère de santé Bénin 2010), plus de 90% des habitants ont eu recours à l'automédication. Ils utilisent un nombre limité de molécules dont ils semblent maîtriser les indications

et qui sont disponibles facilement, sans ordonnance et à relativement bas prix dans les pharmacies publiques, privées ou sur le marché informel. Cette pratique de l'automédication est confortée par le fait que dans près de 95 % des cas, les patients ont été satisfaits de l'évolution de la maladie, ce qui renforce la confiance des personnes dans leur capacité à maîtriser à moindre coût leurs problèmes de santé. Toutefois, nos données ne fournissent pas d'information sur l'évolution à moyen terme de la santé de la personne (rechutes, complications) et leur attitude en cas de rechute.

Ces résultats qui pourraient paraître rassurants en terme de maîtrise de l'automédication sont toutefois à relativiser. Il faudra analyser l'ensemble des symptomatologies rapportées et essayer d'estimer le nombre de cas qui aurait dû bénéficier d'une consultation en centre de santé. C'est cette part de « non-recours adapté » qui va déterminer le niveau d'accès aux soins des populations et le réel besoin de soins, besoins qui devraient être pris en charge par la future couverture universelle.

Et même dans ce domaine, il existe encore bien des inconnues. Malgré le développement des mutuelles d'assurances privées, et le début de la mise en place d'une CMU, peu de familles sont assurées (10% dans notre étude). Les familles qui n'ont pas de revenus fixes hésitent à s'engager dans un système de cotisations régulières. De plus, la notion de franchise les décourage à adhérer. Leur maîtrise de l'automédication et l'accès facile aux médicaments leur donnent l'impression d'un accès facile et peu cher aux soins, souvent moins cher que le coup de la franchise (20 à 30 % des prix de la consultation, examens complémentaires, médicaments - à quoi il faut ajouter le coût du transport et le temps dédié) qu'ils auraient à payer dans un centre de référence hospitalier. Notre analyse montre qu'il n'y avait pas de différence de pratique en terme d'automédication entre foyers assurés et foyers sans assurance. Enfin, une grande part des foyers (40 %) a constitué une "tontine" (épargne collective) qui peut servir pour couvrir un problème de santé grave.

Il est donc important, en plus des informations apportées par la représentation de l'iceberg, de prendre en compte l'ensemble du contexte social et sanitaire qui conditionne la prise en charge des soins par les individus.

Conclusion

Notre étude a permis de préciser l'importance du besoin de soins, sa nature, et les modes de prise en charge à Cotonou. Elle met l'accent sur la très forte automédica-

tion et la très forte autonomie des individus en matière de prise en charge des soins. Ces résultats sont à mettre en parallèle avec les données collectées dans le cadre d'AUTOMED et doivent permettre, grâce à l'analyse des symptomatologies présentées et de la pratique de l'automédication dans deux zones très différentes, Nantes et Cotonou, de mieux comprendre les mécanismes d'installation et de maîtrise de l'automédication par les populations.

Références

- Aiach, P. (1986). Approche sociologique des données de morbidité. *Sciences sociales et santé*. 4(1). pp. 75-95.
- Houeto, D, d'Hoore, W. Ouendo, EM, Deccache, A. (2008). Fever and malaria in children under 5 years of age in Benin: do we have accurate statistics ?. *Santé*. 18(1). pp.55-60.
- Houéto, D. d'Hoore, W. Ouendo, E-M. Hounsa, A. Deccache, A. (2007). Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Santé publique*. 19(5). pp.363-372
- Leung, GM. Wong, IO. Chan, WS. Choi, S. Lo, SV. Health Care Financing Study Group. (2005). The ecology of health care in Hong Kong. *Sociale Science & Medicine*. 61(3). pp.577-90.
- Roncoletta, A. Gusso, GD. Bensenor, IM. Lotufo, PA. (2012). A reappraisal in São Paulo, Brazil (2008) of "The Ecology of Medical Care" : The "One Per Thousand's Rule". *Family Medicine*. 44(4). pp.247-51.
- Verbrugge, LM. Ascione, FJ. (1987). Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Medical Care*. 25(6). pp.539-69.
- White, KL. (1997). The ecology of medical care: origins and implications for population-based health care research. *HSR Health Services Research* 32. pp.11-21.

La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France

Laurent Brutus¹ et Charlie Marquis².

1. Chargé de recherche, médecin généraliste, Institut de Recherche pour le Développement (MERIT) et Département de médecine générale de la faculté de médecine de l'Université de Nantes.
2. Ingénieur d'étude, Centre nantais de Sociologie (CENS FRE 3706), Université de Nantes.

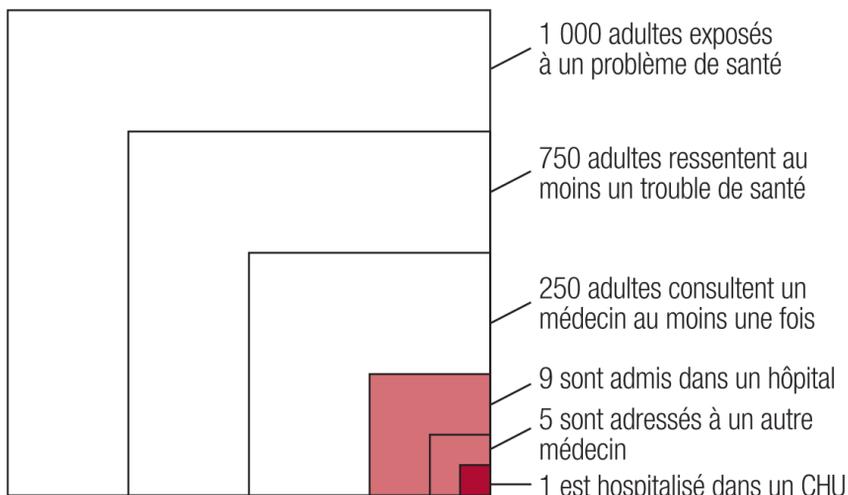
En s'intéressant aux soins primaires, les épidémiologistes établissent généralement des données de morbidité au vu des statistiques des divers services de santé. Mais quand on parle de soins primaires, ces données apparaissent à la fois biaisées et parcellaires. D'abord, elles se basent bien souvent sur les seules statistiques hospitalières et ignorent les données issues des structures de première ligne. Ensuite, de par leur mode de recueil, ces éléments statistiques ont comme principal défaut de ne comptabiliser que les problèmes de santé déclarés aux professionnels.

Or les problèmes de santé non déclarés regroupent de nombreux troubles de santé mineurs et quotidiens comme un mal de tête, une fatigue passagère ou un rhume, qui sont parfois les prémices d'affections plus sérieuses (cancer, diabète, méningite). En utilisant une métaphore bien connue, les médecins parlent des problèmes de santé non déclarés comme de la face cachée de « l'iceberg clinique ». Cela dit, la médecine s'intéresse peu aux troubles mineurs, mais concentre son attention sur la détection précoce des maladies, sur la partie immergée de l'« iceberg clinique » qui se compose d'affections non diagnostiquées par un professionnel et potentiellement graves comme le diabète, le cancer, le glaucome ou la tuberculose (Last, 1963). Celles-ci ne sont généralement pas détectées car leur développement est asymptomatique pour le patient ou bien simplement non exposées au professionnel. Plusieurs travaux ont déjà montré que seule une minorité des symptômes de maladies conduisent à une consultation médicale (Elliott *et al.*, 2011). La face cachée de « l'ice-

berg clinique » comprend donc des troubles bénins ou sévères qui mobilisent différemment les médecins et les malades.

C'est à White, Williams et Greenberg que nous devons la présentation d'un modèle d'écologie des soins médicaux, connu sous le nom de « carré de White » (White, *et al.*, 1961). Ce modèle permet schématiquement de visualiser la structuration des soins en trois niveaux et l'importance numérique des prises en charge assurées par chacun d'entre eux. Il est fondé sur des données administratives de santé. Depuis, ce modèle a été affiné à plusieurs reprises, puis utilisé pour décrire divers environnements de soins notamment en France (Michel & Sourzac, 2015). Sur 1000 adultes exposés à un problème de santé, les trois quarts ressentiraient, au cours d'un mois, au moins un trouble. Parmi ces derniers, les deux tiers n'aurait pas recours au système de santé tandis qu'un tiers seulement en viendrait à consulter au moins une fois un médecin. Alors que White et ses collaborateurs s'intéressaient à la fréquentation des différents niveaux du système de soins, ils ont négligé les comportements adoptés par les individus en amont de cette prise en charge.

Schéma 1. Le carré de White (White, *et al.* ; 1961).



En effet, les 500 adultes qui selon ce modèle ressentiraient un problème mais ne se présenteraient pas en consultation, ont vraisemblablement développé des stratégies « d'autogestion » de leur soin (Michel & Sourzac, 2015), notamment avec des médicaments achetés pour l'occasion ou procurés par ailleurs (pharmacie familiale, don) ou grâce à d'autres soins non médicamenteux. Ce que Robert Braun nommait

les « maladies sans médecin » (Braun, 1979), cette « face cachée de l'iceberg » constituée de maux perçus comme bénins, fait notamment l'objet de pratiques d'automédication : c'est tout ce qui se passe en marge de la consultation médicale. Nous concentrons notre regard avec cette enquête sur les pratiques d'automédication intervenues sans consulter ou en amont de la consultation médicale. Nous avons ignoré ici l'automédication intervenant après la consultation (prise d'autres produits en parallèle des médicaments prescrits, modification de la posologie conseillée, ignorance ou désobéissance des conseils médicaux).

Nous avons fait le choix d'étudier ces pratiques d'automédication en interrogeant leur position dans le système de santé officiel. Parce que la population française a un accès facilité au système de santé et en particulier aux soins de première ligne, l'étude de ces pratiques d'auto-soin, développées à côté de cette prise en charge, nous est apparue riche d'enseignements. À la différence des études qualitatives sur le sujet (Haxaire, 2002 ; Fainzang, 2012), il existe peu de données quantitatives sur les pratiques d'auto-gestion du soin dans la société française.

Une enquête auprès des patientèles de médecine générale

Nous avons tenté d'intégrer les pratiques d'automédication à l'écologie des soins médicaux décrite par le carré de White. Nous développons ici un regard sur la face cachée de cet iceberg, en allant chercher directement l'information dans les salles d'attente des professionnels de santé de premier recours, et en questionnant les patients sur leurs précédents troubles de santé. Que font-ils quand ils ne viennent pas consulter un médecin ? Y a-t-il une prise en charge des maux en amont de la consultation ? En quoi consistent ces différentes pratiques ? Les facteurs sociaux, ou le type des troubles ressentis, influencent-ils les comportements d'auto-gestion des soins ?

Une enquête a été réalisée entre 2012 et 2015 dans les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée dans l'ouest de la France. L'enquête a été déposée dans les salles d'attente des médecins généralistes qui, en France, sont considérés par les pouvoirs publics comme en première ligne pour les soins primaires¹. Ils sont installés sur tous les territoires, bien que la densité médicale soit nettement moins

1 Les soins primaires renvoient le plus souvent aux notions de premiers recours, d'accessibilité et de lien avec les autres secteurs. Les médecins généralistes en sont généralement des acteurs essentiels mais ils ne sont pas les seuls (infirmiers, pharmaciens, gynécologues...).

dense dans certaines zones rurales. Le questionnaire était directement rempli par les patients en attente de leur consultation, en auto-administration. Nous demandions en première instance si, au cours des six derniers mois, la personne avait rencontré un problème de santé qu'elle aurait soigné sans consulter un médecin généraliste. L'enquête a été passée dans 133 cabinets à quatre reprises au printemps et à l'automne. La première partie consistait à détailler la dernière pratique d'automédication, alors que la seconde recueillait des informations socio-démographique et sur l'environnement médical du répondant.

57 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu recours à l'automédication (47 % des hommes et 61 % des femmes, $p < 0,001$). Les personnes âgées de moins de 45 ans ont significativement davantage recouru à l'automédication (69 %) que celles âgées de plus de 45 ans (46 %, $p < 0,001$). Ce sont aussi les personnes vivant avec des enfants qui y ont eu plus souvent recours (67 % vs 48 % sans enfant, $p < 0,001$) ainsi que celles ayant au moins le baccalauréat (64 % vs 46 % sans le bac, $p < 0,001$)².

Une diversité de problèmes de santé (de symptômes et de maladies)

Le questionnaire se poursuivait avec une question ouverte interrogeant sur le problème de santé ressenti pour lequel s'est appliquée l'automédication. Les questions suivantes portaient sur les différentes réactions qui en ont résulté, incluant une nouvelle question ouverte sur les produits utilisés pour le résoudre. Il existe de nombreuses classifications médicales pour identifier les troubles et les maladies en épidémiologie, comme la CIM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous leur avons préféré l'ICPC2 (International Classification of Primary Care – 2nd Edition) ou CISP en français (Classification Internationale des Soins Primaires), éditée par l'Organisation Internationale des médecins généralistes. Elle permet de prendre en compte les maladies (diagnostics) et les plaintes (symptômes) auxquels se réfèrent les termes employés par les répondants. De plus, c'est une classification particulièrement développée sur les soins primaires.

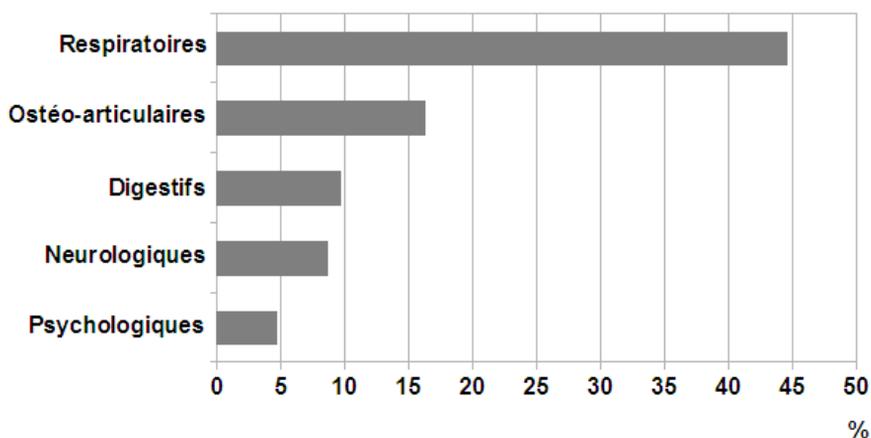
Nous avons fait le choix d'appliquer ici une catégorisation professionnelle, anatomique et médicale, pour regrouper des réponses libres et leur terminologie profane. L'objectif était d'identifier différentes aires pathologiques pour observer

2 Nous interrogeons la représentativité de la population répondante dans la partie discussion de cet article.

d'éventuelles variations de comportements. Une autre classification médicale a été appliquée aux réponses concernant les produits de santé utilisés : la Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC)³. Nous présenterons ici de premières statistiques descriptives, concernant le premier trouble de santé cité et le premier produit indiqué, certains enquêtés ayant cité jusqu'à six produits différents.

Les problèmes respiratoires sont les plus fréquemment cités (cf. *graphique 1*), notamment les rhumes (53 %), la grippe (6 %), les angines (5 %), sinusites (4 %) et bronchites (4 %). Les problèmes touchant les os et les articulations, principalement les lombalgies et les tendinites, arrivent en deuxième position, suivis par les troubles digestifs, constitués de gastro-entérites et de douleurs abdominales. Les céphalées et les migraines citées ensuite représentent l'essentiel des désordres de la sphère neurologique. Les troubles « psychologiques » viennent en cinquième position avec les symptômes d'anxiété et de dépression, les troubles du sommeil et les manifestations diverses de mal-être et d'asthénie.

Graphique 1. Proportion des 5 désordres les plus renseignés par les individus déclarant dans un premier temps s'être pris en charge par eux-mêmes pour ce problème.



3 Il a été nécessaire d'élargir cette classification en affinant les catégories non médicamenteuses (vitamines, suppléments minéraux, toniques, nutriments, etc.) et d'y ajouter des catégories non pharmaceutiques (plantes, huiles essentielles, massage, jeûne, etc.)

Face à un problème de santé, plus des trois quarts des répondants disent avoir voulu dans un premier temps se soigner seuls. Pour ce faire, ils utilisent ce qu'ils savent et ce qu'ils ont à disposition autour d'eux.

On note une forte déclaration (43 %) des antalgiques (Paracétamol...) et dans une moindre mesure des anti-inflammatoires (14 %) (cf. *Tableau 1*). Pour des troubles respiratoires, ostéo-musculaires et psychologiques, une personne sur trois utilise systématiquement un antalgique. Cette proportion s'élève à près de 70 % concernant les maux de tête et les migraines. Les troubles respiratoires et digestifs sont plutôt soignés avec des traitements symptomatiques spécifiques (Rhinadvil®, Dolirhume®, Rhinofluimucil® et Spasfon®, Smecta®...).

Enfin, il faut noter la faible utilisation des produits non médicamenteux ou « naturels », parmi lesquels nous rangeons ici sans distinction : l'homéopathie, les huiles essentielles et l'usage des plantes à des fins thérapeutiques, soit 14 % (tout problème confondu) (cf. *tableau 1*).

Par ailleurs, la moitié des enquêtés déclarent avoir utilisé des médicaments qui leur avaient été précédemment prescrits (54 %). Cette proportion est moindre (42 %) pour les troubles respiratoires très fréquents, mais elle atteint 70 % pour les troubles ostéo-articulaires qui bien souvent sont des douleurs chroniques.

Cet aspect chronique du « problème de santé » est aussi souligné par le temps durant lequel se poursuit l'automédication. C'est l'automédication pour les troubles dits psychologiques qui dure le plus longtemps, au delà d'une semaine. Cela marque le caractère souvent prolongé de ces états d'anxiété et de mal-être.

Tableau 1. Une automédication diversifiée selon les troubles identifiés (pourcentages).

		Troubles de santé				
		Respiratoires	Neurologiques	Digestifs	Ostéo-articulaires	Psychologiques
Choix d'automédication	Antalgiques	34	68	18	35	38
	Anti-inflammatoires	3	19	1	36	4
	« Produits naturels »	16	3	9	6	35
	Réutilisation médicaments précédemment « prescrits »	42	60	63	70	66
	Soins de plus d'une semaine	18	14	24	35	73

Au-delà de la réponse isolée apportée au problème de santé en auto-soin, nous nous sommes intéressés à la relation entretenue par l'individu avec les différents acteurs du système de santé.

Des automédications bornées par le recours aux professionnels

Plus de sept personnes sur dix choisissent de se soigner seules⁴. Selon leurs déclarations, quatre y parviendront sans avoir cherché aucune information ni aucun conseil auprès de professionnels de santé à propos du problème de santé ressenti.

Le type des maux semble aussi provoquer des attitudes différentes de la part des individus. Les personnes ayant déclaré des troubles respiratoires ont moins discuté avec des professionnels de santé⁵ mais recherchent davantage les informations auprès du pharmacien chez lequel ils peuvent se fournir en produits d'automédication (médicaments hors prescription ou autres produits non médicamenteux). Les individus en souffrance psychologique sont ceux qui recherchent le plus les conseils des professionnels.

4 Nous identifions ici les individus qui s'automédiquent comme ceux qui répondent avoir cherché, au moins une fois dans les six mois précédents l'enquête, à se soigner sans consulter préalablement un médecin généraliste.

5 Nous excluons ici les discussions avec un médecin généraliste dans le cadre d'une consultation, puisque la question de départ de ce questionnaire posait la limite de l'automédication à la porte du médecin traitant.

Les personnes souffrant de problèmes ostéo-articulaires se tournent davantage vers une gamme plus étendue de praticiens du soin (spécialistes médicaux, kinésithérapeutes, ostéopathes, magnétiseurs...) de même que celles en souffrance psychologique.

Enfin, près de 4 fois sur 10, ces deux catégories de personnes (souffrant de troubles ostéo-articulaires ou psychologiques) poursuivent en consultant un médecin généraliste, alors que, par exemple, elles ne sont que 13 % à le faire pour les troubles respiratoires.

Tableau 2. Automédication et recours aux praticiens de santé (pourcentages).

		Troubles de santé				
		Respiratoires	Neurologiques	Digestifs	Ostéo-articulaires	Psychologiques
Recours aux praticiens	Discussion « médicale »	8	15	14	17	19
	Informations en pharmacie	20	15	22	8	17
	Visite d'un autre praticien	5	20	22	49	37
	Consultation d'un médecin généraliste	13	18	25	39	41

Les résultats de nos enquêtes montrent une importante tendance à l'automédication et ce, bien que la population de l'étude ait accès aux professionnels des soins primaires. Face à un problème de santé, 40 % des individus se soignent sans avoir besoin de recourir au système de soins français. Par contre, ils sont tout aussi nombreux, 35 %, à rechercher des conseils auprès de professionnels de santé : les pharmaciens et en fin de compte les médecins généralistes. Ces pratiques sont souvent des étapes dans un parcours de soin, d'ordinaire non exclusives les unes des autres. Elles pourront se poursuivre après la consultation médicale, mais le regard de cette enquête s'est arrêté à la porte de la consultation.

Discussion

Nous développons ici les résultats d'une enquête administrée dans les salles d'attente des médecins généralistes. Cet espace donné à l'enquête permet d'étudier une population qui a la connaissance et la pratique du système de santé français. Des

données, issues d'une enquête nationale sur le public des consultations de médecine générale, ont révélé que la population présente en salle d'attente est plus féminine que la population générale, les moins de 30 ans sont moins présents alors que les plus de 60 ans y sont les plus assidus (Letrilliart *et al.*, 2014). Globalement, l'INSEE recense dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée 52 % de femmes et 27 % de personnes âgées de plus de 60 ans (INSEE, recensement de 2012). Nous pouvons ici pointer plusieurs différences entre nos patientèles enquêtées en Loire-Atlantique et en Vendée et ces précédentes données : si nous sommes parvenus à recueillir la parole des moins de 30 ans présents en salle d'attente, nous sous-enquêtons la parole des personnes âgées de plus de 60 ans en laissant presque de côté les plus de 75 ans qui sont pourtant très présents dans les patientèles de médecine générale. Enfin, les femmes prédominent très largement dans notre population d'enquête. Cela rejoint les constats de Galea & Tracy (2007) pour qui les participants aux enquêtes épidémiologiques sont avant tout des personnes concernées par le thème général de l'enquête et s'avèrent plus volontiers des femmes, actives, en couple et de bon niveau d'instruction.

Les conditions de la passation (auto-administration d'un questionnaire dans un lieu d'attente) peuvent aussi contribuer à expliquer cette disparité. Le formulaire est souvent passé inaperçu, les conditions matérielles ont parfois manqué pour le remplir (temps d'attente insuffisant, luminosité de la salle d'attente, crayons mis à disposition égarés) et une partie de la patientèle s'est autocensurée, ne se sentant pas concernée ou craignant le regard du médecin sur un sujet aussi sensible que ses pratiques personnelles d'automédication. Pierre Aiach (1986) a souligné combien cette problématique des procédures de recueil dans l'analyse des données de morbidité devait inciter à la vigilance en matière de production et d'interprétation des données statistiques.

Tableau 3 : Comparaison de la population d'enquête aux niveaux local et national en salle d'attente.

	ECOGEN	INSEE	SSPSM-SdA
	NATIONAL	LOCAL 44-85	LOCAL 44-85
	n=17174	n=317437	n=2196
Femme	60,0 %	51,6 %	71,6 %
Homme	40,0 %	48,4 %	28,4 %
18 - 29 ans	12,0 %	22,4 %	16,1 %
30 - 44 ans	20,7 %	26,5 %	33,3 %
45 - 59 ans	23,7 %	24,1 %	25,1 %
60 - 74 ans	24,1 %	16,9 %	19,7 %
75 ans et plus	19,5 %	10,1 %	5,9 %

La population locale recensée par l'INSEE dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée est légèrement plus jeune que la population nationale (deux points supplémentaires pour ce qui concerne les individus âgés de 18 à 29 ans révolu).

Sources : ECOGEN : Lettilliant, *et al.* ; 2014.

INSEE : Recensement de la population 2012 : données concernant les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

SSPSM-SdA : "Se soigner par soi-même" – Enquête en salle d'attente, programme AUTOMED 2013-16.

Pour le moment, malgré les disparités entre la population soumise à l'enquête, la population répondante à l'enquête et la population générale, nos résultats montrent que ce sont des femmes, particulièrement des jeunes de moins de 45 ans, des personnes ayant des enfants et au moins le baccalauréat qui se tournent vers l'automédication. Ces résultats vont dans le sens des tendances déjà mises en évidence pour la France par les travaux de Dominique Raynaud (2008) et de Patrick Laure (1998).

Dans notre enquête, près d'une personne interrogée sur deux a déclaré avoir eu recours à l'automédication pour des troubles respiratoires. Les douleurs des os et articulations ont concerné moins d'une personne sur 5 et les problèmes digestifs, une sur 10. Et elles étaient moins de 5% à signaler des problèmes psychologiques. La prédominance des troubles respiratoires dans une enquête réalisée en salles d'attente de médecins généralistes ne doit pas surprendre. En effet, les études de

Banks *et al.* (1975) et d'Elliott, McAteer & Hannaford (2011) ont montré que les individus recouraient davantage à la consultation en cas de troubles respiratoires. Cependant, les proportions de déclarations des divers problèmes de santé doivent être considérées avec précaution.

Pierre Aiach (1986) a comparé trois modes d'enquête utilisés généralement pour questionner les troubles de santé : la question ouverte (que nous avons utilisée dans les salles d'attente), la liste (non explorée ici) et le journal personnel (technique que nous avons employée dans une autre recherche (Le Hesran & Brutus, sous presse)). Aiach a observé par exemple que les maux de tête et les douleurs de dos et de reins seraient sous déclarés face à une question ouverte par rapport à la liste ou au journal et que les symptômes de type psychologique seraient déclarés au remplissage d'une liste mais oubliés dans une question ouverte et à l'écriture quotidienne.

Ces variations dues aux techniques de recueil, ont été constatées nos propres enquêtes puisque les troubles ostéo-articulaires, neurologiques et psychologiques sont sous déclarés dans cette enquête en salles d'attente, représentant moins de 35 % des plaintes tandis qu'ils ont représenté plus de 60 % des troubles signalés dans une autre enquête utilisant des journaux quotidiens de santé (Le Hesran & Brutus, sous presse). Ces mêmes troubles (fatigue, maux de tête, douleurs articulaires et du dos, insomnies) figurent aussi en tête dans l'étude anglaise de McAteer, Elliott & Hannaford (2011) ayant utilisé une liste préétablie de symptômes. Diverses études utilisant des journaux de santé tenus par des femmes ont, elles aussi, constaté des proportions similaires, comme les enquêtes de Banks en Angleterre (1975) ou de Freer au Canada (1980), où les 3 catégories de troubles les plus fréquemment citées sont les problèmes psychologiques et la fatigue, les douleurs de dos et les maux de tête.

Rejoignant les résultats de plusieurs enquêtes, les produits utilisés les plus déclarés ont été les antalgiques (43 %) dont les propriétés à la fois contre la douleur et la fièvre en font des produits de choix en automédication aussi bien pour les douleurs ostéo-articulaires, les maux de tête que pour les infections respiratoires. Par exemple, dans l'étude de Freer (1980), 48 % des produits d'automédication cités sont aussi des antalgiques.

En revanche, à peine 14 % des personnes interrogées ont déclaré utiliser des produits « naturels » ou non médicamenteux (phytothérapie ou homéopathie principa-

lement). Une explication de cette faible déclaration⁶ est à chercher du côté du contexte de la passation : nous nous adressions à une population en partie habituée à fréquenter les médecins généralistes, physiquement placée dans un environnement médical et mentalement tournée vers la perspective d'une consultation. Ces trois facteurs ont pu contribuer à expliquer la faible déclaration de l'utilisation des produits « naturels » ou non médicamenteux. De plus, comme l'a montré Brian Shelley (2009), les patients informent d'autant plus volontiers leur médecin de leur recours aux « plantes » et aux « médecines complémentaires et alternatives (CAM) » que ces derniers démontrent une attitude ouverte sur le sujet et témoignent d'un certain niveau de confiance dans les capacités d'auto-soin de leurs patients. On peut supposer que la nature de la relation médecin-patient ait joué un rôle lors de la réponse (même anonyme et auto-rédigée). Cependant, les produits naturels, homéopathiques ou non médicamenteux, ont surtout été déclarés pour les troubles psychologiques. Or comme l'a montré Claudie Haxaire (2002), les individus semblent plus enclins à considérer ces troubles comme de l'ordre du personnel et de la sphère de l'intime en ayant tendance à exclure les médecins de leur diagnostic et de la surveillance des traitements.

Nos résultats ont montré que les troubles psychologiques et les problèmes ostéo-articulaires sont ceux pour lesquels les individus reconnaissent à la fois le plus fort taux de réutilisation d'anciennes prescriptions médicales, de temps de soins prolongés et de recours plus fréquents aux autres praticiens du soin. Ces maux sont souvent chroniques et difficilement soulagés par la médecine générale et plus globalement le système de santé. Leur prise en charge nécessite une écoute et une empathie que l'on retrouve mises en avant chez les praticiens et distributeurs de ces autres formes de soins. Par ailleurs, France Lert *et al.* (2014) ont étudié les patientèles de médecins alliant une autre forme de soins (dans leur étude l'homéopathie) à leur pratique de la médecine générale. Plus souvent féminines, ces patientèles présentaient dans l'étude une proportion plus élevée de problèmes ostéo-articulaires, de troubles psychologiques et du sommeil et de problèmes cutanés que celles fréquentant des médecins généralistes pratiquant uniquement des « médecines conventionnelles » (Lert *et al.*, 2014).

Pour conclure, alors que White et ses collaborateurs (1961) s'étaient attachés à décrire les différents niveaux de recours aux soins, nous nous sommes intéressés aux pratiques des individus en amont de la consultation des professionnels de santé. Il ressort des résultats que seulement quatre personnes sur dix se soignent

6 Voir Piolot *et al.* (2015) concernant l'homéopathie en France.

seules lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé. Les autres, plus nombreuses, ont certes recours à des pratiques d'automédication mais elles prennent aussi contact avec des praticiens de la santé : en se rendant à la pharmacie (problèmes respiratoires et digestifs), en ayant recours à un autre praticien du soin (problèmes ostéo-articulaires ou psychologiques) ou finalement en consultant un médecin généraliste (problèmes psychologiques, digestifs et ostéo-articulaires). Il est remarquable que ces derniers résultats concernant le recours au système de santé, obtenus à partir d'une question ouverte posée en salle d'attente, soient strictement superposables à ceux obtenus par Elliott, McAteer & Hannaford (2011), au Royaume-Uni, au moyen d'une enquête postale construite autour d'une liste pré-établie de symptômes.

Nous avons discuté ici les résultats des deux premières vagues de cette enquête qui en comporte quatre. La troisième vague (2014) visait à répondre à trois lacunes : (1) l'exploration des patientèles du nord de la Loire-Atlantique où le réseau du département de médecine générale ne s'étend pas et où donc l'enquête était aveugle ; (2) l'augmentation des enquêtés en situation de précarité afin d'évaluer leurs pratiques à l'aune de leur situation économique et leur fragilité sociale ; et (3) ouvrir le terrain de la passation à l'extérieur des salles d'attente des médecins, à la recherche d'une population ne fréquentant pas, ou très peu, les médecins généralistes en particulier, ou le système de santé en général. Enfin, la quatrième vague de l'enquête (2015) s'est assortie d'une observation de la passation afin de caractériser les individus ne répondant pas à notre questionnaire et d'interroger les raisons de cette non participation. Les premiers résultats issus de cette base de données augmentée ne contredisent pas ce qui a été exposé précédemment mais ces améliorations nous permettront d'étoffer nos analyses avec ces nouvelles informations de contexte. L'auto-soin doit donc se concevoir comme un éventail de solutions thérapeutiques parmi lesquelles les individus choisissent le ou les recours qui leur conviennent le mieux, professionnels ou non, selon le type de problème qui se pose à eux et selon leur savoir expérientiel en la matière.

Références

- Aiach, P. (1986). Approche sociologique des données de morbidité. *Sciences Sociales et Santé*. 4(1) pp.75-95.
- Banks, M-H. Beresford, S-A. Morrell, D-C. Waller, J-J. Watkins, C-J. (1975). Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 years : a preliminary report. *International Journal of Epidemiology*. 4(3). pp.189-95.
- Braun, R. (1979). *Pratique, critique et enseignement de la médecine générale*. Paris: Payot. 512p.
- Brutus, L. et Le Hesran, A-L. (sous presse). Le journal de santé : une approche de l'automédication au quotidien.
- Elliott, A-M. McAteer, A. Hannaford, PC. (2011). Revisiting the symptom iceberg in today's primary care : results from a UK population survey. *BMC Family Practice*. 12. p.16.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Freer, C-B. (1980). Self-care : a health diary study. *Medical Care*. 18(8). pp.853-61.
- Haxaire, C. (2002). « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences sociales et santé*. 20(1). pp.63-88.
- Galea, S. Tracy, M. (2007). Participation Rates in Epidemiologic Studies. *Annals of Epidemiology*. 17. pp.643-653.
- INSEE. (2012). *Base de données du référencement de 2012*. Repéré à <http://http://nesstar.cmh.ens.fr/> Consulté le 10 octobre 2015.
- Last, J-M. (1963). The iceberg « completing the clinical picture ». *General Practice Lancet*. 2. pp.28-31.
- Laure, P. (1998). Enquête sur les usagers de l'automédication : de la maladie à la performance. *Thérapie*. 53(2). pp.127-135.
- Lert, F. Grimaldi-Bensouda, L. Rouillon, F. Massol, J. Guillemot, D. Avouac, B. Duru, G. Magnier, A-M. Rossignol, M. Abenhaim, L. Begaud, B. (2014). EPI3-LA-SER Group. Characteristics of patients consulting their regular primary care physician according to their prescribing preferences for homeopathy and complementary medicine. *Homeopathy*. 103(1). pp.51-7.
- Letrilliart, L. Supper, I. Schuers, M. et al. (2014). ECOGEN : éléments de la consultation en médecine générale. *Exercer*. 114. pp.148-57. Issu de Michel, J-F. (2014). L'écologie des soins médicaux étudiée sur une population parisienne en 2013. Thèse d'exercice de médecine générale, faculté de médecine, Paris 5 Descartes. Repéré à <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01114027/> Consulté le 15 juin 2015.
- Michel, J-F. et Sourzac, R. (2015). L'écologie des soins médicaux étudiée sur une population parisienne en 2013. *Exercer*. 118. pp.74-75.
- Piolot, M. Fagot, JP. Rivière, S. Fagot-Campagna, A. Debeugny, G. Couzigou, P. Alla, F. (2015). Homeopathy in France in 2011-2012 according to reimbursements in the French national health insurance database (SNIIRAM). *Family Practice*. 32(4). pp.442-8.

- Raynaud, D. (2008). Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue française des affaires sociales*. 1. pp.81-94.
- Shelley, BM. Sussman, AL. Williams, RL. Segal, AR. Crabtree, BF. (2009). « They Don't Ask Me So I Don't Tell Them » : Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *The Annals of Family Medicine*. 7. pp.139-147.
- White, KL. Williams, TF. Greenberg, BG. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal Medical*. 265(8). pp.85-92.

Automédication et territoire : la pertinence de la lecture géographique

Sébastien Fleuret¹.

1. Directeur de recherche, CNRS – Université d'Angers,
UMR 6590 Espaces et Sociétés (Eso).

Ce texte présente une recherche géographique sur le sujet de l'automédication dont le but est, en particulier, de savoir si les lieux et leur configuration ainsi que la façon dont chacun est en mesure (ou pas) de maîtriser et d'exploiter les ressources de son territoire de vie, influencent les pratiques d'automédication. Les propos qui suivent sont basés sur les résultats à mi-parcours du programme ANR Automed (qui étudie les formes d'automédication en région Pays de la Loire dans l'ouest de la France) et par conséquent, les résultats présentés seront partiels. L'accent sera mis dans ce texte sur la méthodologie, ce programme n'étant pas achevé une partie des données reste à traiter.

À ce stade, plusieurs sources sont mobilisées :

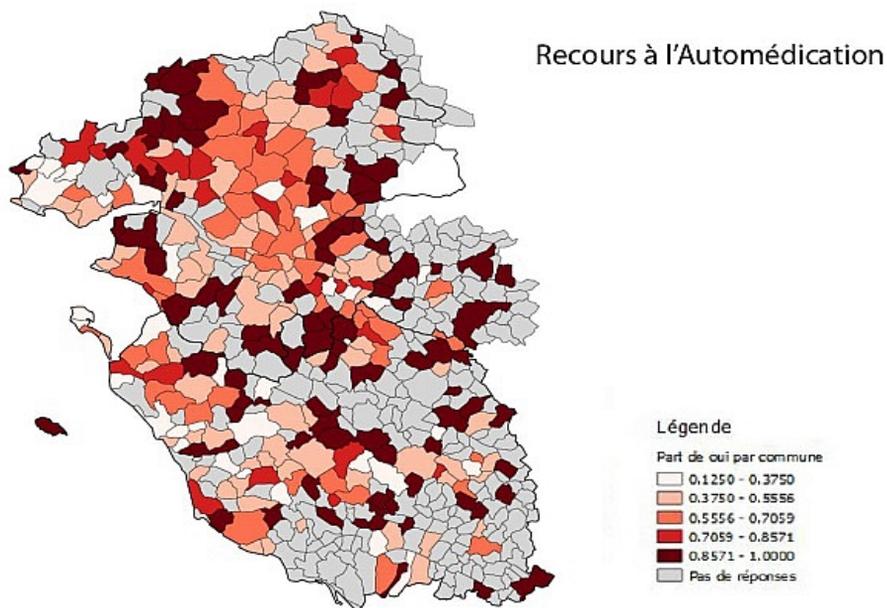
- Une enquête intitulée « se soigner par soi-même » (Sspsm), auto administrée en salle d'attente de cabinets de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée (2800 réponses exploitées pour ce texte) (2013-2014),
- Une série d'observations de consultations généralistes réalisées par des internes du département de médecine générale de Nantes dans le cadre du programme Automed (n=54)
- Une série d'entretiens approfondis avec des professionnels de santé de Loire Atlantique (30 médecins, 19 pharmaciens)(2014)
- Une exploitation des statistiques régionales des années 2008 à 2014 issues des principaux organismes producteurs en France (INSEE, DREES, ...)

Ce texte expose dans un premier temps l'intérêt d'étudier les effets de contexte qui peuvent expliquer des variations observées dans le recours à l'automédication (pour plus de détail, voir Larramendy & Fleuret, 2015). Puis dans un deuxième temps, à l'aide d'un système d'information géographique (logiciel QGIS), c'est le lien entre les pratiques spatiales, les rapports à l'espace, les usages et la maîtrise de leur territoire par les individus, qui sont utilisés pour chercher des facteurs explicatifs aux variations du taux de recours à l'automédication.

1. Variations spatiales de l'automédication et effets de contexte

Le premier constat géographique qui apparaît lorsque l'on étudie l'automédication est que le recours à cette pratique ne se fait pas de la même façon d'un territoire à un autre (carte 1). À la question « au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous soigné(e) par vous-même ? », 58% des personnes interrogées répondent oui mais cette valeur varie de 42,8 % (à Saint-Nazaire) à 70,3% à Nantes.

Carte 1 : Proportion de personnes déclarant se soigner par elles-mêmes en Loire Atlantique et en Vendée (source enquête sspsm)



À partir de ce constat initial, l'hypothèse d'effets de contexte local peut être formulée. On constate par exemple que dans le déroulement des consultations de médecine générale à Saint-Nazaire, 53,4 % des patients mentionnent leur automédication tandis qu'ils ne sont que 39,7 % à le faire dans l'agglomération nantaise et 36 % sur le littoral vendéen (tableau 1¹).

Tableau 1 : taux d'évocation de l'automédication en consultation de médecine générale (source Automed)

Zone	Taux de mention par le patient	p	Taux d'exploration par le médecin	p	Taux de prise en compte dans la prescription	p
Saint-Nazaire-Estuaire	53,4	0	66,5	<0,001	70,6	<0,001
Nantes	47,1	0,2	54,8	0,22	60,0	0,1
Nord Loire Atlantique	43,8	0,3	44,6	0,19	47,2	0,29
Nantes Agglomération	39,7	0,2	45,7	0,13	49,9	0,46
Les Mauges	41,9	0,5	43,0	0,21	54,8	0,25
Littoral sud Loire	36,0	0,1	55,7	0,07	36,3	<0,001
La Roche sur Yon	42,5	0,4	39,7	0,03	46,0	0,22
Sud Vendée	38,2	0,3	40,9	0,11	45,5	0,26

Si l'on regarde le taux d'exploration du sujet de l'automédication par les médecins durant les consultations, 66,5 % des médecins de Saint-Nazaire questionnent leurs patients spontanément sur leurs pratiques alors qu'ils ne sont que 54,8% à le faire en région nantaise. Et au moment de rédiger l'ordonnance, 7 médecins sur 10 à Saint-Nazaire incluent une réflexion sur l'automédication contre moins de 4 sur 10 sur le littoral sud Loire par exemple.

Des entretiens approfondis ont été menés à Saint-Nazaire et à Nantes auprès des professionnels de la santé et ont montré que :

- Dans les zones plus défavorisées (quartiers ouvriers autour de Saint-Nazaire), les professionnels ont la préoccupation de la capacité financière de leurs patients et intègrent le facteur « remboursement » dans leurs pres-

1 Dans ce tableau, les résultats par communes ont été regroupés en 8 grands ensembles territoriaux homogènes pour conserver des effectifs statistiques significatifs dans chaque territoire.

criptions pour éviter, par exemple, que leurs patients aient à compléter l'ordonnance prise en charge par la sécurité sociale, par une boîte d'un médicament non-remboursé. En comparaison cette préoccupation est moindre dans l'agglomération nantaise.

- Les croyances locales conduisant à certaines pratiques d'automédication sont également prises en considération de manière différenciée. Ainsi, par exemple, l'usage des vermifuges est très répandu dans l'ouest de la France pour se purger, mais également en réponse à des symptômes constatés chez l'enfant allant de l'insomnie aux maux de tête en passant par la fièvre ou la toux. À Saint-Nazaire et dans les communes proches de la Brière, on observe une plus grande « tolérance » envers ces pratiques de la part des médecins qui peuvent l'évoquer durant les consultations et dans certains cas même accéder à la demande des patients de leur prescrire du Flu-vermal, vermifuge accessible sans ordonnance mais remboursé à 65 % sur ordonnance. Là encore la situation est très différente en région nantaise où ces croyances locales sont plus largement dénigrées. Sur les 16 médecins enquêtés sur le territoire élargi de Saint-Nazaire, 14 ont évoqué spontanément les demandes de vermifuge. Une seule évocation est relevée sur les 14 médecins interrogés sur le territoire de Nantes élargi.
- Il semble qu'il existe à Saint-Nazaire une certaine communauté de pratiques parmi les professionnels de la santé, qui serait un héritage d'une expérience de centres de santé intégrés menée par le gouvernement socialiste entre 1983 et 1986 (Coutant, Lacaze, 1989). Dans ces centres, tous les professionnels étaient salariés. Le non-recours au paiement à l'acte permettait de rémunérer l'activité hors soins (éducation, prévention...) et de pratiquer une médecine laissant plus de place à l'écoute et à la discussion. En 1986, la droite a mis fin à l'expérience, mais celle-ci a manifestement eu une certaine influence sur le milieu médical et sur les patients.

Les médecins de l'agglomération nazairienne prennent donc, plus que leurs homologues nantais, le temps d'interroger l'automédication de leurs patients pour pouvoir les conseiller, les éduquer en fonction des pratiques de chacun d'eux. Ils leur permettent ainsi de s'autonomiser dans la prise en charge de leur santé selon un modèle participatif.

Ainsi, on peut penser que des facteurs contextuels ont influencé à la fois les pratiques professionnelles du soin et le rapport des individus à l'automédication à Saint-Nazaire, conduisant à un rapport différent soignant-soigné. Ceci semble avoir un effet sur le comportement des patients puisque les tendances observées dans l'étude des pratiques professionnelles (entretiens et observations de consultations) sont similaires à celles qui ressortent de l'enquête auprès des individus et se traduisent par un taux plus bas d'automédication.

2. Un système d'information géographique (SIG) pour étudier les pratiques spatiales en lien avec l'automédication

Si les effets contextuels peuvent être un facteur explicatif, ce n'est probablement pas le seul. Une autre hypothèse géographique peut être formulée, en lien avec la notion d'autonomie qui conduirait à pratiquer une automédication de façon choisie ou subie : la maîtrise par l'individu des ressources de son territoire, sa capacité à être mobile pour accéder aux services mais aussi, plus largement, pour accomplir l'ensemble des actes de sa vie sociale. Une forme de capital spatial en quelque sorte.

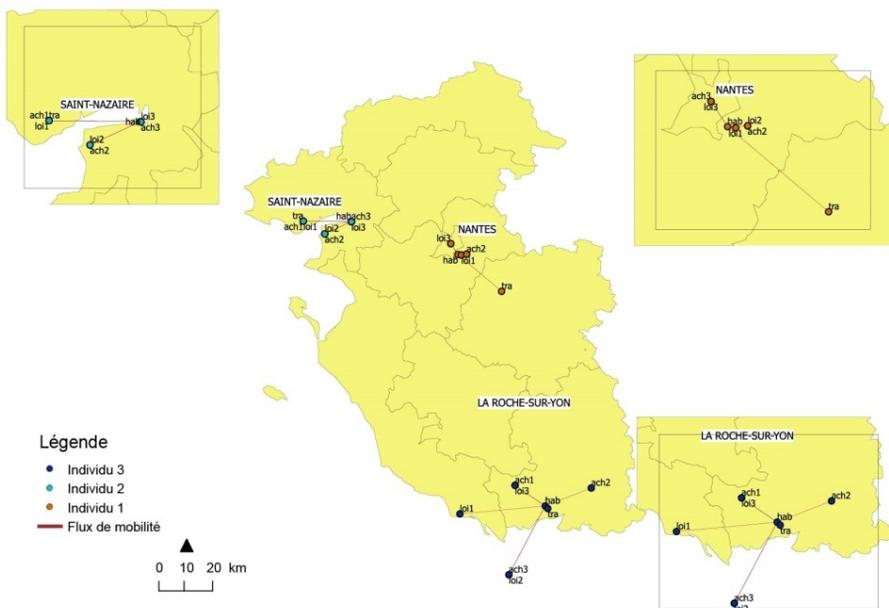
Les notions de capital économique, de capital social, de capital culturel et de capital symbolique sont aujourd'hui reconnues dans les sciences sociales, notamment sous l'influence des travaux de Pierre Bourdieu (1980) en France et de Coleman (1988) dans le monde anglophone. Les travaux de l'école anglo-saxonne présentent le capital social comme un ensemble de ressources dont un individu peut disposer (supports sociaux mesurés à travers les réseaux familiaux, amicaux, professionnels, associatifs, etc.). Dans cette seconde acception, le capital social a été utilisé en épidémiologie sociale : un meilleur capital social est relié à de meilleurs indicateurs en santé (Berkman 1987, Kawachi et al., 1997, Fassin, 2003).

Des auteurs comme J-M. Fournier (2008) ont cherché à montrer l'intérêt qu'il y aurait à compléter la notion de capital social par celle de capital spatial pour rendre compte du processus de capitalisation des pratiques spatiales.

Pour étudier les pratiques spatiales individuelles, une procédure en plusieurs étapes a été mise en œuvre à l'aide du logiciel QGIS (voir Apparicio et Cloutier, 2007, pour plus d'informations sur les systèmes d'information géographique).

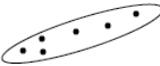
- Un premier travail a été réalisé à l'échelle de l'individu afin de tracer dans l'espace des profils individuels de mobilités (*carte 2*). Les mobilités quotidiennes déclarées par chaque individu enquêté sont calculées autour de son lieu de résidence : il s'agit des distances au lieu de travail, aux lieux de chalandises et aux lieux de loisirs.

Carte 2 : Exemples de mobilités individuelles représentées dans QGis d'après l'enquête SSPSM.



On trace ensuite des ellipses englobant les lieux des déplacements cités. Les ellipses de dispersion ainsi créées permettent de résumer la forme globale d'une distribution géographique. Elles sont utilisées ici afin de comprendre le type de mobilité déployée par chaque individu enquêté en étudiant le semis de points représentant les lieux fréquentés par individu. Cela permet de dresser une typologie des pratiques spatiales des individus (*tableau 2*) en observant la surface, la forme (ronde ou aplatie), la polarisation (centrée ou éclatée) et la segmentation des lieux à l'intérieur de l'ellipse (disposition continue ou dispersée dans plusieurs directions et position du domicile dans l'ellipse).

Tableau 2 : Indicateurs permettant de construire des ellipses de dispersion.

Indicateurs	Pratiques Spatiales		
Nombre de lieux cités			
Distance standardisée	Regroupées 	Dispersées 	
Aplatissement de l'ellipse	Anisotropie 	Isotropie 	
Surface de l'ellipse	Locales 	Régionales 	
Distance du domicile au point moyen	Ne sont pas centrées sur le domicile 	Centrées sur le domicile 	

Cette typologie basée sur une analyse en composante principale puis une classification ascendante hiérarchique à partir des indicateurs du tableau 2 fait apparaître trois catégories d'individus :

- les « domocentrés », qui sont centrés sur leur domicile,
- les « voisins », qui ont un périmètre d'action plus étendu et qui réalisent des migrations pendulaires domicile-travail, et
- les « mobiles », qui bougent beaucoup et loin autour de leur lieu de vie.

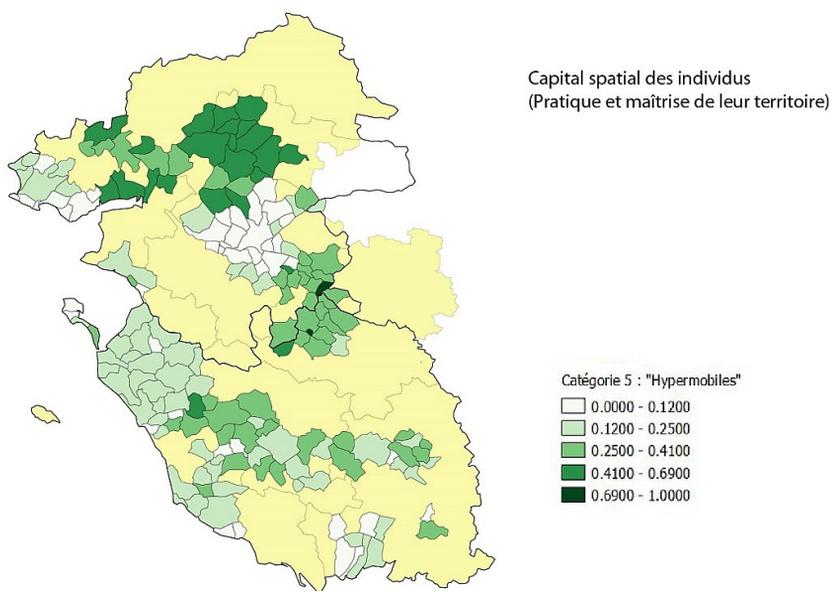
À l'étape suivante, on ajoute au modèle d'analyse deux types de données supplémentaires :

- les distances aux soins (l'indicateur utilisé est la distance domicile-médecin déclarée dans l'enquête Spsm) et,
- des informations relatives à l'intégration sociale des individus. La participation sociale est mesurée par la participation associative et le nombre de

rencontres hebdomadaires avec des proches (deux questions de l'enquête Spspm étaient destinées à recueillir ces informations).

- Enfin, un dernier indicateur est intégré dans la base de données du SIG : le niveau d'éducation (matérialisé par le niveau de diplôme déclaré dans l'enquête Spspm). La synthèse de ces indicateurs permet de cartographier le capital spatial des individus (*carte 3*).

Carte 3 : un exemple de cartographie du capital spatial en lien avec la typologie des individus, Représentation de la catégorie des « hyper mobiles »



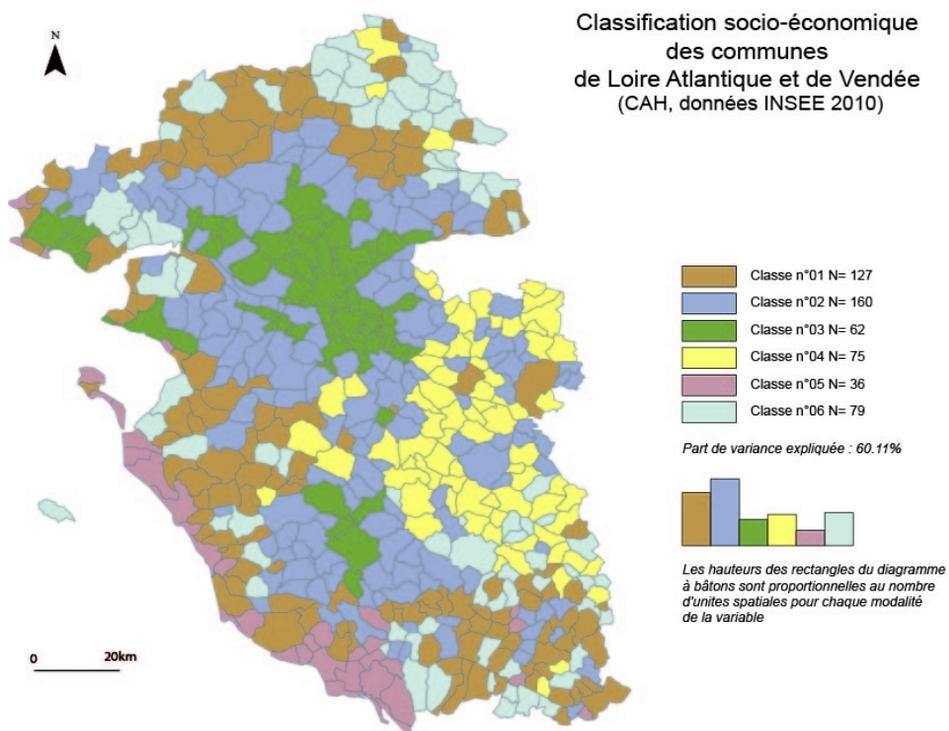
(les zones en jaune sont celles dans lesquelles la catégorie n'est pas représentée)

Pour finir la construction de la base de données, un changement d'échelle est opéré. Aux données recueillies à l'échelle des individus enquêtés sont ajoutées des données statistiques pour l'ensemble de la population, puis elles sont agrégées à l'échelle communale. Ainsi aux profils individuels, on adjoint des profils territoriaux. Ces données territoriales sont de trois ordres.

Premièrement une classification ascendante hiérarchique basée sur huit variables socio-économiques issues de données INSEE 2010 ont été prises en compte : les taux de chômage, les taux d'ouvriers et de cadres, les niveaux de diplôme obtenu (BEP et inférieur, bac+3, Bac+5 et plus), les taux de 65 ans et plus, le revenu médian

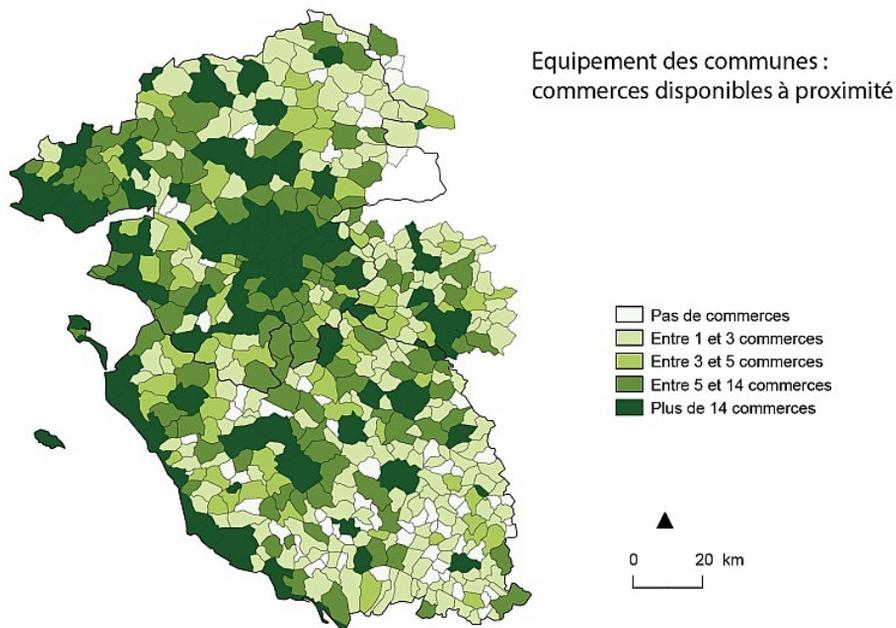
par habitant. Les contextes ainsi dégagés par la classification ascendante hiérarchique sont caractérisés par des indicateurs socio-économiques plus ou moins favorables (carte 4).

Carte 4 : profil territorial à partir de données socio-économiques



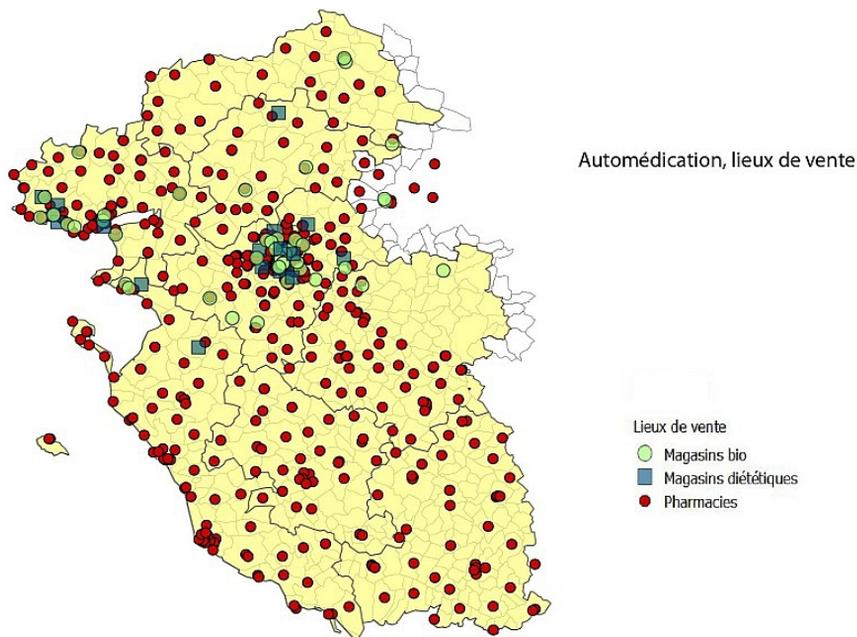
Deuxièmement, on cartographie les types de commerces présents sur chaque commune à partir d'un recensement de l'INSEE en 36 types (carte 5) ce qui produit un indicateur du niveau d'équipement des territoires.

Carte 5 : Profil territorial en fonction du niveau d'équipement (commerces)



Troisièmement, on cartographie les lieux de vente de produits d'automédication au moyen d'un recensement effectué dans le cadre du programme Automed (*carte 6*).

Carte n°6 : Géographie des points de vente de l'automédication



Une fois ce système d'information achevé, l'analyse peut donc porter sur une observation de types de comportements individuels replacés dans leur contexte territorial.

Synthèse et conclusion

Au final, cette méthode permet de prendre en compte le contexte de vie des individus dans leurs rapports aux soins et à l'automédication. La réponse recherchée à travers ce travail est bien de savoir si les profils territoriaux associés aux pratiques individuelles et à des niveaux de maîtrise différents de leur territoire par les individus peuvent expliquer les comportements observés en termes d'automédication. Pour cela il faut confronter les profils construits dans le SIG avec les réponses apportées à l'enquête « Se soigner par soi-même ».

Des résultats partiels obtenus à ce jour, il ressort que les indicateurs de maîtrise de son territoire (la mobilité, le fait de couvrir aisément la distance au médecin trai-

tant et l'intégration sociale) sont fortement corrélés à la pratique d'automédication (khîz : p-value=2,04.e-5).

On constate que les individus qui s'automédiquent sont relativement bien intégrés socialement, ont des profils de « voisins » à « mobile » et parcourent entre 1 et 10km pour aller chez leur médecin. Ceux qui ne pratiquent pas l'automédication sont principalement des individus qui présentent moins de facteurs d'intégration sociale, avec un profil « domocentré » et qui habitent à moins d'1km de leur médecin traitant.

D'autre part, le test du khi² indique une indépendance statistique entre les potentialités du territoire et les pratiques d'automédication ce qui signifie que le niveau d'équipement et l'éloignement des points de vente ne sont pas des déterminants de l'automédication².

En ce qui concerne les profils d'automédication, on constate qu'ils sont également corrélés aux pratiques socio-spatiales des individus : il semble qu'une bonne capacité à maîtriser son territoire favorise une automédication autonome et relativement courte, sans nécessité ultérieure de consulter un professionnel.

Inversement, quand la capacité à maîtriser son territoire est faible, le recours à l'automédication est moindre, traduisant une nécessité de recourir à un professionnel de santé pour se soigner et quand il y a recours à l'automédication, celui-ci est plus long et conduit souvent, malgré tout, au final à une consultation médicale.

2 Le présent texte est basé sur des résultats partiels. Le détail des résultats complets ainsi que les valeurs des tests de corrélation associés seront publiés en 2016.

Références

- Apparicio, P. et Cloutier, M-S. (2007). Système d'information géographique et santé. Dans Fleuret, S. et Thouez, J-P. (dir.) *Géographie de la santé : Un panorama*. Paris:Economica Anthropos. pp.133-149.
- Berkman, L. (1987), Assessing social networks and social support in Epidemiologic studies. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 35. pp.46-53.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. Notes provisoires. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 31.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*. 94. pp.95-120.
- Coutant, D., Lacaze, J. (1989). *Hier, une médecine pour demain. Le centre de santé de Saint-Nazaire*. Syros-alternatives, la mutualité française.
- Fassin, D. (2003). Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 51. pp.403-413.
- Fournier, J-M.(2008). Le capital spatial : une forme de capital, un savoir être mobile socialement inégal. Dans Séchet, R. Garat, I. Zeneidi, D. *Espaces en transactions*. Rennes: Presses universitaires de Rennes. pp.67-82.
- Kawachi, I. Kennedy, B. Lochner, K. Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal Public Health*. 87. pp.1491-1498
- Larramendy, S. et Fleuret, S. (2015). Automédication : l'influence du contexte local dans les perceptions et pratiques des médecins généralistes. *Revue francophone sur la santé et les territoires*. Repéré à http://rfst.hypotheses.org/files/2015/04/Larramendy_Fleuret_RFST_2015.pdf Consulté le 01 juillet 2015.

Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayíḽḽ (Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie

Pierre Codjo Meliho¹.

1. Assistant des universités CAMES, Enseignant-Chercheur, Université d'Agriculture de Kétou (UAK, Bénin), Université d'Abomey-Calavi (UAC, Bénin).

L'anthropologie du médicament s'est développée avec la médicalisation de la vie¹, mieux la pharmaceuticalisation (Alice Desclaux et Marc Egrot, 2015) des soins avec le regard porté sur l'automédication². L'automédication et l'inobservance font partie des règles de mésusages (ORS, URAM, 2003, p. 7) et l'autonomie du malade et du thérapeute obéissent à une contre indication. C'est vrai si et seulement si « [...], la médicalisation se développe grâce à un contrôle des soins [...] » (Francine Saillant, 1999, p. 33). À l'inverse de cette tendance, Sylvie Fainzang (2012) s'est préoccupée du traitement social de l'autonomie dans le contexte de l'automédication. Et, s'étant préoccupée des soins et des acteurs qui les délivrent dans l'univers domestique, Francine Saillant (1999), Francine Saillant et Eric Gagnon (1999) ont intégré la notion de responsabilité du genre dans l'entretien de la santé dans « *l'espace thérapeutique* » (Francine Saillant, 1999). Puisque la résolution des problèmes de soins au niveau du ménage fait partie intégrante du rôle traditionnel de la femme³ (Adolphe Kpatchavi, 2011, p. 172), mais désormais de l'homme, garant de la sécurité du groupe familial. La présente recherche approfondit cette réflexion au regard des

1 « Parler des soins [...] ne peut se faire sans aborder la question du médicament » (Yannick Jaffré, 1999). Cette problématique s'est développée au lendemain de la découverte du Sida dans les années 80.

2 Cf. Carine Baxerres (2012) « les usages du médicament [...] font apparaître une consommation pharmaceutique importante, quasi quotidienne et qui se pratique bien souvent sur le mode de l'automédication ».

3 Ce rôle a été pendant longtemps entretenu sur la base de l'éducation de la fille. Le garçon est le plus souvent intégré dans cet aspect des responsabilités familiales.

pratiques d'*auto-soin* (Patrice Cohen et Ilario Rossi, 2011, p. 5) et des représentations du « *se soigner au domicile* »⁴ ou de « *l'autothérapie* » dans le cas de l'angine chez les enfants. L'hypothèse de travail postule que, dans chaque territoire de soins, il existe des acteurs, qui, dans un statut de « profane » ou de « spécialiste non professionnel », apportent une expertise qui guérit par la médecine populaire ou alternative lorsque l'accès aux services publics de santé est limité.

Le *cadre de référence empirique* (Pierre Codjo Mèliho, 2014) de cette recherche est constitué de villages enclavés et reculés d'accès difficile de la Commune de Zèè (Axozonuɔɔ, Ayahunta-Fifaji, Misèb). Le milieu est constitué du groupe socioculturel Ayizo, en pleine mutation et qui réaffirme son autonomie en termes de terroir et de peuple uni, attaché à sa culture au Sud-Bénin. La phase empirique du travail a couvert la période de janvier à février et de septembre à octobre 2012 à partir d'une démarche qualitative faisant recours à l'échantillonnage par choix raisonné et à la technique dite de boule de neige, la réalisation d'entretiens semi-directifs répétés et de l'observation libre. L'étude a porté sur la collecte des « *récits de soins* » (Francine Saillant, 1999) auprès d'une quarantaine d'acteurs en interaction entre l'offre (soigneux⁵, praticiens et prestataires de soins) et de la demande (mères, pères, tuteurs, les enfants eux-mêmes). Le traitement et l'analyse des données ont recours à l'analyse thématique des récits de soins, de l'ethnomédecine⁶ et de la triangulation.

1. Taxinomie, entités nosologiques et étiologiques de l'angine entre le biomédical et le social

La taxinomie des maladies (Doris Bonnet, 1999), mieux de l'angine classifie ses formes et oriente les entités nosologiques entre la perception populaire et les significations médicales. Selon les registres nominatifs locaux, l'angine présente trois variantes. La première se manifeste à travers les narines : « e no ton gbon awontèn

4 « [...] apprendre à se prendre en charge avec les "médicaments des blancs" » (Adolphe Kpatchavi, 2011, p. 313).

5 Le soigneur, c'est celui qui soigne, qui prend soit de l'autre ou de lui-même. Il s'agit ici d'une personne qui administre les soins domestiques. À la différence du soignant ou du thérapeute, il n'est ni professionnel de la santé, ni de la médecine non conventionnelle. Il est reconnu pour ses habiletés thérapeutiques en contexte global ou populaire. Les personnes qui cassent l'angine dans le cadre de cette recherche sont des soigneurs.

6 L'ethnomédecine est une branche de l'anthropologie médicale anglo-saxonne. Elle se propose d'analyser le sens de la maladie et d'étudier les différents discours produits, dans le temps et dans l'espace, sur le corps humain, sur la santé et sur la maladie, [...] (Annie Walter, 1981-1982).

mé » (celle qui sort du nez) ; « ɔe nɔ tɔn gbɔn aga ɔi e » (voici celui qui sort par le haut) la relocalisant dans le larynx⁷. La seconde variante la présente dans l'œsophage⁸. La dernière indique l'angine dans la gorge⁹. À travers ces formes, l'angine est perçue comme *une pathologie auto-diagnostiquée* (Yannick Jaffré, 1999).

En milieu Ayízo, l'angine est nommée par : végoménu et vésuvésu¹⁰. Dans ces deux nosologies, vé = mal, faire mal, être douloureux. À propos de vésuvésu, su = fermer ; vésu = difficile à fermer. Concernant végoménu, go = bouteille ; végo = mal bouteille. En rapport avec l'anatomie humaine, végo désigne gorge ; végomé veut dire mal gorge dedans. Le monème « nu » désigne plusieurs entités : bouche, avaler, boire. Végoménu veut dire difficile à traverser la bouche, difficile à boire. Ces deux nosologies font apparaître la notion de douleur dans la gorge.

Selon la perception des prestataires, l'angine se manifeste par la fièvre¹¹ (corps chaud, yeux rouges), le frisson ou l'hyperthermie¹², le mal à la gorge : avoir du mal à avaler, à manger, les maux de tête, le vomissement. « *L'angine se reconnaît par le toucher, la palpation des épiglottes ou par l'observation ou examen buccal. Là on voit la rougeur des épiglottes. La palpation permet de rechercher la douleur¹³ et l'observation permet de constater la rougeur* » (Entretien 10, 11 octobre 2012). Cette description recoupe la perception populaire selon laquelle l'angine est « *une maladie à caractère multiépisodique* » (Blé Marcel Yoro, 2012). « *Il y a trop de l'angine ici. C'est la maladie du milieu. L'angine est la deuxième maladie après le paludisme. On identifie les cas dans tous les villages des arrondissements de Sèjè-Denu et de Sèjè-Hwégudo. C'est leur maladie dans la localité* » (Entretien 6, 9 octobre 2012). La reconnaissance de l'angine tient compte du « *système de repérage* » (Didier Fassin, 1990, p.11) avec l'évocation de toux, de pus, de

7 La partie supérieure de la bouche.

8 Partie de l'appareil digestif, canal qui va du pharynx à l'estomac (Alain Rey, 1992, p. 866).

9 Partie inférieure du cou (Alain Rey, 1992, p. 395).

10 Selon Père Basilio Segurola et Père Jean Rassinoux (2000, p. 503), vésu en fon signifie lchette. La lchette est un prolongement vertical du bord postérieur du voile du palais, formant un petit appendice charnu, à l'entrée du gosier (Alain Rey, 1992, p. 752). L'expression « E jé vésu vésu » en fon s'emploie pour dire « il a une angine » ; vésuvésu désigne amygdales, angine (Père Basilio Segurola et Père Jean Rassinoux, 2000, p. 503).

11 La fièvre n'est jugée grave que si elle persiste ou si elle est accompagnée par d'autres symptômes, tels que les vomissements, les maux de tête ou la diarrhée (OMS, USAID).

12 Élévation anormale de température.

13 La technique d'observation utilisée dans la maisonnée est le toucher comme dans la médecine : « *il faut contrôler avec la main, surtout ceux qui savent le faire* » (Entretien 1, 26 septembre 2012).

quelque chose qui ferme, qui est rouge, qui fait mal dans la gorge. Les personnes vulnérables à l'angine sont les enfants : de 0 à 5 ans, 5 à 14 ans, et les personnes âgées de 15 ans et plus. « *Certaines maladies se manifestent ainsi logiquement en fonction de l'âge de la personne et des transformations de son organisme* » (Carine Baxerres, 2012, p. 24) avec une construction des causes multivariées.

Les causes de l'angine dans la perspective éémique recourent la perception des professionnels. En premier lieu, on retrouve la cause eau : « *vègomènu ɔ, e sɔn sin wu, sin ɔe mi nɔ nu le* » (l'angine dépend de l'eau, l'eau que nous buvons) (Entretien 15, 19 janvier 2012). Ensuite, la cause alimentation avec rejet de la cause eau : « *cela peut commencer après avoir pris la banane, le sucre et autres aliments sucrés ; l'eau ne cause pas l'angine* » (Entretien 2, 26 septembre 2012). En troisième lieu, il est évoqué le défaut d'hygiène soutenu par le manque d'eau « *par manque d'eau, on ne lave pas les enfants à temps* » (sin ma tin le zɔn bɔ wu lé nu vilé nɔ ɔɔ dandan àá) (Entretien 7, 18 janvier 2012). Un enseignant renchérit : « *Les enfants mangent tôt le matin. Il y a des enfants qui ne se brossent même pas les dents avant de manger.* (Entretien du 27 mai 2010)¹⁴ La réplique d'un professionnel aborde le manque d'hygiène bucco-dentaire. « *Parce que chez les enfants, jusqu'à 5 ans, on ne prend pas soin de la bouche. Les enfants ne brossent pas les dents. Les mamans ne prennent pas trop soin de la bouche des enfants. Ailleurs, l'angine est moins fréquente.* » (Entretien 6, 9 octobre 2012) Autour d'un quatrième registre la construction des causes évoque l'attaque par la sorcellerie : « *vègomènu azon wé, e ma nye vodun nu ɔe. Amɔ, aze wa byɔ mè* » (l'angine est une maladie, ce n'est pas une affaire de vodun. Mais, la sorcellerie est rentrée dedans). Ceci traduit bien le caractère multiépisodique de l'angine à Zèè.

Ces entités étiologiques montrent la complexité des causes de l'angine selon la perception des professionnels¹⁵, des enseignants et des usagers. Repris par certains anthropologues, « *les maladies naturelles, présentes en permanence dans l'organisme des individus, se déclenchent en fonction de divers éléments et situations, tels que l'inobservance des règles d'hygiène, une mauvaise alimentation et l'exposition à certaines intempéries (froid, chaud, vent, poussière, saletés)* » (Carine Baxerres, 2012, p. 25). Cette complexité causale a fait objet de réflexion en anthropologie de l'éducation pour la santé (Bernadette Tillard, 2000). Il en résulte une reconnaissance de l'universalité de l'angine : « *chaque culture a sa façon de classer les maladies, [...]* » (Didier Fassin, 1990). Cette façon

14 Extrait du manuscrit du mémoire pour l'obtention du Diplôme d'études approfondies (DEA), 2011.

15 Cette perception s'est un peu éloignée du « *[...] discours médical savant [...]* » (Adolphe Kpatchavi, 2011, p. 331).

reprend ici les quatre entités de persécution¹⁶ : la vengeance d'un ancêtre, la possession par un esprit, le maléfice d'un humain, l'attaque par un sorcier (Didier Fassin, 1990, p. 14). Ainsi, la catégorisation étiologique de l'angine laisse-t-elle entrevoir « *une trajectoire thérapeutique* » (Blé Marcel Yoro, 2012) selon les univers de représentations entre le sens de la maladie (Jean Benoist, 1996 ; Francine Saillant, 1988) et le sens de la santé (Didier Fassin, 2005).

2. Pluralisme thérapeutique des soins de l'angine : une approche à l'interface du doigt, du médicament et de la pharmacopée

Le pluralisme médical (Jean Benoist, 1996) renvoie à des thérapeutiques syncrétisées puisque « *la maladie nommée se situe au carrefour de plusieurs axes classificatoires -le corps, les symptômes, les causes, les valeurs socio-culturelles* » (Annie Walter, 1981-1982, p. 407). Dans la médecine populaire¹⁷ applicable pendant les soins dans la maisonnée, la pratique¹⁸ documentée concerne les soins manuels¹⁹ avec le doigt²⁰ (encadré 1) où le corps est un *objet thérapeutique* (Carine Baxerres et Emmanuelle Simon, 2013).

16 Clements (1932) cité par Walter a individualisé cinq classes étiologiques : incorporation d'un objet maléfique, perte de l'âme, intrusion corporelle d'un esprit, violation d'un tabou, sorcellerie (cf. Annie Walter, 1981-1982, p. 409).

17 Annie Walter (1981-1982) parle de médecine autochtone.

18 Il s'agit bien d'une pratique spectaculaire selon Annie Walter (1981-1982).

19 Pendant longtemps, les recherches anthropologiques portant sur le corps ont évoqué les objets et les usages symboliques à travers les notions de corps et d'affects (Françoise Héritier, 2003).

20 Chacun des prolongements qui terminent la main de l'homme : le pouce, l'index, le majeur (ou médus), l'annuaire et l'auriculaire (ou petit doigt) (Alain Rey, 1992).

Encadré 1 : Démonstration de la thérapie doigtale de l'angine.

Langue Ayízo	Version française
<p>Doto lé ɔ̄ mi na wa zo ɔ, fiɔ̄ mi kplɔn ɔ̄ ɔ nɛ. Hun doto le ɔ̄esu no ɔ̄ mi ni gba ɔ̄ xwe gbe ?</p>	<p>Les agents de santé ont dit que nous allons travailler avec eux. C'est de là que nous avons appris ça. Donc les agents de santé, eux-mêmes, vous demandent de casser à la maison ?</p>
<p>Obilige ! Gbigba tɔn, nɛ kɔn no nyɛ gbɔn ? Nɛ mi no gba gbɔn ? E ji vi din, bo e gbɛ anɔ no, nyɛ no gbaɛ. Bɛ gbɛ anɔ no, wun no gbaɛ bi bɛ no no nɛ. E o ɔ̄o finɛ nɛ.</p>	<p>Obliger ! Pour casser, comment ça se passe ? Comment vous cassez-vous ? Un enfant naît et refuse de téter, moi je casse. S'il refuse le sein, je casse tout et il reste un (il se porte en bonne santé). Il est déjà là (l'amygdale infectée).</p>
<p>Mi no ze viɔ ze zín da ajaji, bo no ze alɔ do blo le. Ɖe viɔ bɛ axwàá, mi no ze dakpa, bo mi no blo le na, bo mi no gbaɛ, bo no lé lilé, bo no gbaɛ. Ɖe nyɛ agatɔn, awɔntínmɛ tɔn, alɔ mi....</p>	<p>Nous prenons l'enfant et le faisons coucher sur les côtes. Puis, nous prenons notre doigt pour faire ceci. Dès que l'enfant crie, nous le faisons coucher sur les côtes, et nous faisons ceci, et nous cassons. Puis nous tournons le doigt comme ça, et nous cassons. Celui qui sort par le haut ! Celui qui sort par le nez ! Notre doigt fait.....</p>
<p>Ada ji tɔn ɔ̄ie ! ɔ̄ie nyɛ awɔntínmɛ tɔn, bo no hu vi ɔ, le wɛ mi no ɔ̄o alɔ ɔ̄o, bo no gbaɛ (elilé alɔ sin xomè).</p>	<p>Voici celui du côté, de la gorge. Celui qui sort par le nez et qui tue l'enfant, c'est comme ceci que nous positionnons le doigt, puis nous cassons (elle tourne la paume du doigt).</p>

Source : Données d'enquête, 6 octobre 2012.

Ce récit confirme les formes d'angine selon les entités taxinomiques et nosologiques Ayízo. Cette description a un rapport avec la manière de disposer le doigt et les positions de l'enfant avant de passer à la *chirurgie doigtale*. De l'angine du nez à l'angine de la gorge, le texte illustre bien les techniques thérapeutiques prescrites dans le contexte social.

Un informateur évoque l'association de plusieurs pratiques thérapeutiques avec l'intervention du médicament. Il rapporte : « Mi no xo para kpo lindo. Para no gbo jɔhɔn, lindo no ɔ̄ie vivɛ » (Nous achetons para et indo. Para guéri le froid, indo guéri la douleur) (Entretien 13, 6 octobre 2012). Ces médicaments sont de la catégorie des antidouleur (paracétamol) et antibiotique²¹ (indocide) achetés sur le marché parallèle²² et dont l'informateur construit sa propre indication du principe actif. Cela

21 « [...], les antibiotiques ont beaucoup contribué à la popularité des médicaments » (Carine Baxerres, 2010, p. 41).

22 Cf. le marché libre (Adolphe Kpatchavi, 2011), les médicaments de la rue (Carine Baxerres, 2010, 2012 ; Adolphe Kpatchavi, 2012), la pharmacie par terre (Yannick Jaffré, 1999).

traduit une guérison sur satisfaction de signe (le froid et la douleur) par détournement de l'usage²³ des médicaments (Carine Baxerres, 2012). N'étant pas un professionnel, le soigneur²⁴ se livre à des « [...] formes de bricolage auxquelles le médicament offre un accès privilégié. » (Alice Desclaux et Joseph-Josy Levy, 2003, p. 10) Selon cet informateur, les médicaments pharmaceutiques utilisés satisfont l'efficacité d'un remède par ses vertus thérapeutiques (Yannick Jaffré, 1999), l'efficacité symbolique (Joseph Brunet-Jailly, 1993) du médicament (Madeleine Akrich, 1995). La démarche de l'utilisateur relève d'« une logique pragmatique et d'efficacité » (Blé Marcel Yoro, 2012, p. 57). Les plantes médicinales font partie du protocole thérapeutique sous forme de tisane : « Mi nɔ ba ! Mi à din ama ene !!! Mi a da... Deslégètà, Agàtùmà, Gbagloma, bo na ɔa. Vi a sɔn nu » (Nous cherchons la feuille-là... ! Nous cherchons..., Deslégètà (*Newbouldia laevis* -*Bignoniaceae*-), Agàtùmà (*Chromolaena odorata* -*Asteraceae*-), gbagloma (*Dichapetalum guineense* -*Chailletiaceae*-), puis, nous les bouillons ; l'enfant va boire) (entretien du 6 octobre 2012).

Selon la perception triangulée du soigneur dans ses prérogatives de thérapeute et des autres informateurs, le recours aux plantes médicinales et aux médicaments (Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy, 2003) renforce « l'efficacité thérapeutique résultant de la combinaison des produits traditionnels et ceux de la médecine moderne » (Adolphe Kpatchavi, 2012, p. 232). Mieux, « les plantes médicinales sont des ressources culturelles adaptées aux représentations sociales locales. » (Patrice Cohen et Ilario Rossi, 2011, p. 5)

« *Se soigner par le doigt* » montre bien que dans chaque culture, et selon chaque peuple, et à chaque époque, le développement d'une forme particulière de maladie, suscite le recours aux *savoirs locaux* (Adolphe Kpatchavi, 2011), ou *localisés* (Madeleine Akrich, 1987 ; Lazare Sèhouéto, 2006). Ainsi, l'offre locale de soins s'inscrit-elle dans une logique de renforcement de l'autonomie du malade (Carine Baxerres et Emmanuelle Simon, 2013). Le recours à la biomédecine et aux thérapeutes s'opère par décloisonnement de la sphère domestique pour tomber dans l'extra-domestique. Selon les agents de santé,

« *les gens cherchent à casser l'angine, ce qui est formellement proscrit. Ceux qui le font sont exposés à une septicémie qui peut entraîner tout de suite la mort. J'ai vu, j'ai vécu, on a cassé et ça a tué. Les germes qui créent l'angine, par exemple, les streptocoques,*

23 Il y a l'usage préconisé par la biomédecine et l'usage détourné par l'utilisation faite par le malade.

24 Qui administre les soins domestiques.

une fois cassés trouvent une porte d'entrée et peuvent traverser facilement la barrière méningée et rentrer dans le cerveau et c'est la mort. Quand ils prennent la direction du haut, on peut faire tout, c'est la mort. » (Entretien 9, 11 octobre 2011)

Cette proscription du mode de prise en charge en contexte social amène à observer le traitement médical dans une unité de soins à la périphérie. « *On utilise de l'antibiotique (péni V, chlortenfenicole, cloxaciline ou érythromycine), du flagyl contre les amibiases, de l'anti-inflammatoire (ibuprofène, dichlofénac, etc.)* » (Entretien 4, 4 octobre 2012).

En conclusion liminaire, on retient que le traitement de l'angine en biomédecine (*care*), puis les soins au malade en contexte global (*cure*), loin d'être singuliers, se chevauchent, interagissent et se complètent en réponse à une demande de soins de proximité, réduisant ainsi les *trajets thérapeutiques des malades* (Annie Walter, 1981-1982). C'est un facteur de renforcement de l'autonomie du malade et du thérapeute dans un contexte d'accès difficile aux soins de santé publique.

3. De l'autonomie thérapeutique à une anthropologie de l'autothérapie

Le recours à la « *multithérapie* » (Jérôme Souty, 2002) dans les soins et le traitement des maladies infectieuses est une réalité résultant du vécu des acteurs. On observe que « *l'itinéraire thérapeutique se fait pluriel* » (Francine Saillant, 1999) au rythme d'amélioration ou d'aggravation de la maladie dans un contexte où représentations, savoirs, pouvoirs, et pratiques s'autonomisent avec des acteurs autonomes. On a affaire à une médecine reposant sur l'usage du toucher ou de la « *thérapie doigtale* » dans une médecine d'expertise populaire en interaction avec la médecine savante (biomédicale). Ainsi, les soins domestiques sont donnés « *grâce à de petits gestes basés sur le contact corporel, la sensorialité, [...]* » (Francine Saillant, 1999, p. 34). Ce texte décrypte la réappropriation de l'automédication dont l'essence repose sur la médicalisation de l'existence dans un environnement où la maladie reste l'affaire de chacun et la « *santé pour tous* » un slogan (Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori, 1997).

En effet, la réalité de l'automédication est une pratique à travers laquelle patient et soigneux partagent une expérience ultérieure résultant d'une expertise d'acte biomédical. Puisque le médicament participe à la « [...] *construction de l'identité d'un traitement et de ses usages [...]* » (Emmanuelle Simon et Marc Egrot, 2012, p. 79). De fait, « *un patient qui fréquente un centre de santé acquiert un potentiel de savoir sur le diagnostic,*

sur les prescriptions faites et sur les modes d'utilisation prescrits par les agents, sur les soins et traitements » (Adolphe Kpatchavi, 2012, p. 235). Cette expérience fait partie du capital de savoir capté auprès des agents de santé et reproduit en contexte social par automédication (Carine Baxerres, 2012 ; Adolphe Kpatchavi, 2012). Ainsi, l'automédication participe-t-elle de la construction de l'autonomie du malade et de son entourage, « [...] autonomie dans les choix de vie et de traitement » (Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy, 2003), autonomie dans les politiques de la vie (Didier Fassin, 2005).

Conclusion

Cette recherche qui prolonge les réflexions actuelles sur l'anthropologie du médicament a analysé les trajectoires thérapeutiques des soins de l'angine chez les enfants dans un contexte de rareté des soins du service public. La recherche a montré qu'en réalité, la médicalisation de l'existence, mieux la pharmaceuticalisation de la vie renforcée par les pratiques de soins automédiqués se situe bien dans un continuum de l'acte biomédical. L'étude soutient plutôt un revirement du questionnement vers l'autonomie thérapeutique étant donné que le protocole de prise en charge biomédicale est un déterminant par excellence de l'automédication. La responsabilité de l'automédication incombe aux professionnels de façon tacite ou expresse, consciente ou inconsciente, de près ou de loin, du même ou de l'autre, d'ici ou d'ailleurs, en amont ou en aval. Le professionnel intervient toujours dans une prescription directe ou différée. Ainsi, l'automédication n'est qu'une forme de reproduction du savoir thérapeutique professionnel qui participe à la promotion des médicaments au-delà des logiques locales et des enjeux globaux. Nous glissons, de fait, de la dépendance thérapeutique à l'autonomie thérapeutique autoconstruite pour une anthropologie de l'autothérapie.

Références

- Akrich, M. (1995). Petite anthropologie du médicament. Les objets de la médecine. *Techniques et cultures*. 25-26. pp.129-157.
- Akrich, M. (1987). La description des objets techniques. *Techniques et culture*. 9. p.159.
- Baxerres, C. et Simon, E. (2013). Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les suds. *Autrepart*. 2013/1(63). pp.3-29. DOI : 10.3917/autr.063.0003
- Baxerres, C. (2012). Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales. *Revue internationale sur le médicament*. 4(1). 14-38.
- Baxerres, C. (2010). *Du médicament informel au médicament libéralisé Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*. Thèse de doctorat. EHESS / UAC.
- Benoist, J. (1996). Prendre soins. Benoist J. (dir.) *Soigner au pluriel Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala. pp.491-507.
- Bonnet, D. (1999). La taxinomie des maladies en anthropologie : aperçu historique et critique. *Sciences sociales et santé*. 17(2). pp.4-19.
- Bonnet, D., (1990). Anthropologie et santé publique Une approche du paludisme au Burkina-Faso. *Pratiques de recherche*. pp.243-258.
- Brunet-Jailly, J. (dir.). (1993). *Se soigner au Mali Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-Orstom.
- Cohen, P. et Rossi, I. (2011). Le pluralisme thérapeutique en mouvement. *Anthropologie et santé*. 2. Repéré à <http://anthropologiesante.revues.org/606> Consulté le 30 mai 2011.
- Desclaux, A. et Egrot, M. (2015). *Anthropologie du médicament au sud La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan. 284 p.
- Desclaux, A. et Lévy, J. (2003). Présentation Cultures et médicaments. Ancien et nouveau courant en anthropologie médicale ?. *Anthropologie et sociétés*. 27(2). pp.5-21.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: PUF.
- Fassin, D. (2005). Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. Dans Saillant, F. et Genest, S. (dir.). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. Paris: Anthro-pos. pp.383-399.
- Fassin, D. (1990). Maladie et médecine. *Sociétés, développement et santé*. Paris: Les Editions Ellipses. pp.38-49.
- Héritier, F. (2003). Une anthropologie symbolique du corps. Conférence Marcel Mauss. Musée de l'homme. *Journal des africanistes*. pp.9-24
- Jaffré, Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies "par terre". *Bulletin de l'APAD*. 17. pp.63-70

- Kpatchavi, A. C. (2012). Se soigner dans la rue : les usages sociaux du médicament dans les quartiers périphériques de Cotonou (Bénin). *Cahiers du CERLESHS*. XXVII(41). pp.207-239.
- Kpatchavi, A. C. (2011). *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les foon et waci du Bénin*. Cotonou: Editions Ablodé.
- Mêliho, P. C. (2014). *Constructions sociales des risques de maladies autour de l'eau en milieu Ayizo de Seje-Hwegúdò à Zèè (Sud-Bénin)*. Thèse de doctorat unique. Université d'Abomey-Calavi.
- Mêliho, P. C. (2011). *Usages de l'eau et comportements à risque chez les Ayizo du Bénin : matériaux pour une socio-anthropologie des maladies de l'eau*. Mémoire de DEA. Université Abomey-Calavi.
- OMS, USAID, (non daté). *Utiliser la recherche ethnographique pour améliorer la prise en charge du paludisme chez les jeunes enfants*. TDR. Projet SARA. 8.
- ORS Franche Comté, URCAM, (2003). *L'automédication et l'observance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Analyse sociologique et repères bibliographiques*. pp.1-38.
- Rey, A. (dir.) (1992). *Le micro-Robert poche Dictionnaire d'apprentissage de la langue française*. Paris XIII^è: Dictionnaires Le Robert.
- Saillant, F. (1999). Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. *Anthropologie et sociétés*. 23(2). pp.15-39.
- Saillant, F. et Gagnon, E. (1999). Présentation. Vers une anthropologie des soins ? *Anthropologie et sociétés*. 23(2). pp.5-14.
- Saillant, F. (1988). *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*. Montréal: Les Éditions Saint-Martin.
- Segurolo, B. et Rassinoux, J. (2000). *Dictionnaire fon-français*. Madrid: Société des missionnaires africaines (SMA).
- Sèhouéto, L. (2006). Savoirs agricoles localisés et promotion vivrière en Afrique subsaharienne. *Revue internationale des sciences sociales*. 2006/1(187). pp.127-134.
- Simon, E. et Egrot, M. (2012). Médicaments néotraditionnels : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin. *Sciences sociales et santé*. 30(2). pp.67-91.
- Souty, J. (2002). La santé publique, entre culture et politique. *Résumé Mensuel* (125). Organisations : le pouvoir invisible.
- Tillard, B. (2000). Regard anthropologique sur l'éducation pour la santé. *Revue de Recherches en Éducation* (25). pp.153-165.
- Tizio, S. et Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? *Tiers-Monde*. 38(152). pp.837-858.
- Yoro, B. M. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. *Recherche qualitative*. 31(1). pp.47-61.
- Walter, A. (1981-1982). Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives. *Cahiers ORSTOM-Série Sciences Humaines*. XVIII(4). pp.405-414.

L'autonomie en matière d'automédication et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays messin

Anne-Laure Bergot-Le Floch¹, Pierre Moulin², Claudie Haxaire³.

1. Médecin généraliste, Centre Hospitalier Universitaire de Bohars.

2. Chercheur associé à l'équipe 7 « Genre, Santé, Sexualité »,
Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP),
Unité Mixte de Recherche 1018 INSERM,
Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud.

3. Anthropologue de la santé, Faculté de médecine, chercheuse au Laboratoire
d'Études et de Recherches en Sociologie LABERS (EA 3149, Université
de Bretagne Occidentale) et associée au Centre de Recherche
Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société CERMES3
(Université Paris Descartes, École des Hautes Études en Sciences
Sociales EHESS, UMR 8211 CNRS, Unité 988 INSERM.

Depuis les années 1990 en France, le patient est incité à devenir progressivement acteur de sa santé, en attestent : l'apparition du concept de « démocratie sanitaire » (Chabrol, 2000) ; le renforcement des droits du patient (Jouet, Flora et Las Vergnas, 2010) ; la multiplication des sources d'information médicale (Renahy, Parizot, Lesieur et Chauvin, 2006-2007) ; et l'encouragement par les politiques à une automédication responsable et contrôlée par des médicaments « PMF » c'est-à-dire à « Prescription Médicale Facultative » (Coulomb et Baumelou, 2007). Mais, l'automédication ne se limite pas à l'achat en pharmacie de certains médicaments autorisés sans ordonnance médicale, elle comporte l'utilisation autonome de médicaments, y compris de ceux qui sont prescrits.

L'automédication dans ce travail de recherche est donc définie comme un comportement de consommation médicamenteuse en dehors d'une prescription médicale. Outre les médicaments achetés sans ordonnance, elle inclut soit la prise d'un médicament dans le « stock disponible » de la pharmacie familiale (issu d'anciennes ordonnances), soit l'ajustement par le patient d'un traitement prescrit (augmentation ou diminution des dosages), soit enfin l'utilisation du médicament dans un

autre objectif que celui prescrit par le médecin. L'acteur « se soigne par lui-même ». À l'extrême, le médecin est instrumentalisé pour une « autoprescription » (Karsenty, 2009)

Corpus et méthodologie

Anne-Laure Bergot a travaillé sur des comptes rendus des pratiques de consommation de médicaments présents au foyer (pharmacie familiale) à l'instar de Claudie Haxaire, (*in Haxaire et al.*, 1999) et Katell Terrien (*in Haxaire et al.*, 2003) antérieurement. Dans son cas, les entretiens avaient été menés auprès de Lorrains par des étudiants de psychologie de l'Université de Metz sous la direction de Pierre Moulin en 2004-2005. Chaque étudiant devait mener un entretien avec deux personnes (hors entourage) à leur domicile, un homme et une femme, l'un souffrant de maladie chronique et l'autre non (plus de la moitié ayant entre 40 et 50 ans – de 20 à 80 ans). Ces personnes étaient invitées à montrer chacun des médicaments présents au domicile et à parler librement de leurs usages et des différents troubles à l'origine de la prise. Il s'agissait de constituer un corpus raisonné que nous devons soumettre à une analyse lexicométrique à l'aide du logiciel Alceste, pour appréhender les déterminants du rapport aux médicaments psychotropes (article en préparation). Mais pour l'analyse thématique portant sur les déterminants de l'automédication en général, les 126 entretiens recueillis en 2004 suffisaient largement pour atteindre une saturation tant empirique que théorique.

Ces 126 comptes rendus ont été recueillis selon des principes dérivés de l'ethnométhodologie (De Luze, 1997, Garfinkel, 1967) qui postulent que chaque praticien (ici membre de la famille) peut expliciter sa pratique (de consommation médicamenteuse) s'il est mis dans les conditions de celle-ci et en présence des traces de cette pratique (les boîtes de médicaments). Les données ont ensuite été soumises à une analyse continue suivant les principes de la théorie ancrée (Strauss, 1992) en s'aidant du logiciel NVivo8.

Résultats

1. Grandes catégories de médicaments pour les acteurs

L'analyse a révélé trois types de gestion des médicaments ou remèdes, types que parfois un dispositif de rangement révèle : « *Et bien, j'ai des médicaments pour les pro-*

blèmes de tous les jours, et j'ai des médicaments plus spécifiques quand on est malade. La plupart sont dans la salle de bain : c'est la pharmacie ! Et quand on est malade, on garde les médicaments sur le buffet pour les prendre tous les jours... J'ai un étage pour les bobos quotidiens... et l'étage au-dessus, ce sont des médicaments plus spécifiques quand on est malade... ». Ils correspondent chacun à une grande catégorie de « symptômes » ou maladies : d'une part les « vraies » maladies, de l'autre les « petits maux » et les « bobos » ou les « problèmes » de tous les jours, enfin les « problèmes » relevant des « nerfs » (les psychotropes pouvant par exemple se trouver dans un sac en plastique à l'écart des autres, les hypnotiques dans la chambre).

Dans la première catégorie se trouvent les traitements plus contraignants, jugés « puissants », voire même plus dangereux (« ça ne se prend pas à la légère ») de maladies dites chroniques ou plus sérieuses (l'hypertension artérielle, les dysthyroïdies, etc.) : les « vraies maladies ». Le médecin en est le prescripteur principal, l'automédication rare. Si les quelques libertés avec l'observance relevées dans le corpus renvoient bien à un désir d'autonomie, comme Sylvie Fainzang (2011 et 2012) l'avait souligné, elle semble moins porter sur le médicament jugé principal, que se traduire par l'élimination des médicaments jugés secondaires.

La seconde contient les « petits » médicaments de PMF, parfois même considérés comme « pas vraiment un médicament » des « petites maladies », dont les symptômes sont tous jugés bénins, fréquents et gênants, mais passagers et bien connus des répondants. Par exemple, l'utilisation des antalgiques est jugée presque « banale », en tout cas évidente et bien assumée par les acteurs « ça tout le monde en prend... Enfin, je veux dire, c'est courant ; c'est dans les usages de notre société d'avoir recours à des cachets pour la douleur ». Le médecin n'a pas besoin d'être consulté et l'automédication « va de soi ».

La troisième comporte les psychotropes, en lien avec les problèmes de la vie et les stress ou fatigues qui leur sont secondaires. L'automédication va également de soi, adaptée aux circonstances : « Un demi par jour, une heure avant d'aller au lit. Ça dépend de la situation, ça dépend des cadres dans lesquels je me trouve, si je suis énervé ou si je m'énervé ou si on me, si on me stresse, j'en prends un pour me, me libérer des angoisses. ». Ces circonstances peuvent être anticipées et le remède partagé : « C'est un anxiolytique qui me détend bien. Je suis la seule à en prendre régulièrement, mais ma fille et mon mari en prennent occasionnellement [...] Lui, il en prend avant une réunion, quand il sait que ça va être houleux. ». Alors que le médecin est le premier prescripteur du psychotrope (classe thérapeutique disponible uniquement sur ordonnance), il n'est pas fait réfé-

rence au savoir médical, mais au savoir qu'ont nos interlocuteurs de ce qui risque « *d'énerver* » et partant de ce qui « *calme les nerfs* », « *libère les angoisses* » dans la vie quotidienne, seules quelques informations médicales sont intégrées (quinze jours avant que l'antidépresseur ne fasse effet).

Cette catégorisation, révélée par l'analyse thématique, est cohérente avec l'analyse lexicale et l'analyse de discours menée sur un autre corpus recueilli selon la même méthodologie, en Basse-Normandie auprès de personnes plus âgées (Cambon et Haxaire, 2000). Nous avons développé sur ce corpus et un corpus plus restreint en Finistère Sud, l'analyse du rapport spécifique des consommateurs aux médicaments psychotropes (Haxaire, Cambon et Wald ; 1999 ; Haxaire *et al.*, 2005). Nous l'avons qualifié d'AUTOMédication, au sens où il est fait usage du médical (médecin – automédication par une prescription induite) ou du médicament, de façon autonome, ce dernier comme d'une forme spécifique de ce qui « *calme les nerfs* » au même titre que l'alcool, le tabac, le cannabis, le yoga ou toute pratique qui « *détend* ». C'est parfois une forme « d'autoprescription » (Karsenty, 2009. Le produit, pourtant « médicament » dont la posologie et les indications sont cadrées par le médical, n'est pas pensé comme tel ; et de ce fait sa posologie et ses indications relèvent du savoir profane sur « *ce qui calme les nerfs* ». Il y a d'ailleurs dans le corpus lorrain plusieurs développements sur les mérites comparés du cannabis et du médicament anxiolytique pour dormir.

Ce chapitre se centre sur la deuxième catégorie. Celle dans laquelle l'analyse de discours identifiait une réappropriation du savoir médical (« *je lui ai donné de l'aspirine* » : l'article définit « *le* » marque un fléchage, signe que le médicament est connu) (Cambon & Haxaire, 2000). Il s'agit véritablement d'autoMÉDICATION. Nous nous interrogeons sur la nature de ce savoir réapproprié, et sur ses limites telles que nos interlocuteurs nous les ont posées.

2. Définition de l'automédication par ces acteurs

Pour les personnes interrogées, l'automédication est l'utilisation de médicaments en dehors de la prescription du médecin, que cette prescription ait été requise ou non.

Un stock de médicaments est en conséquence nécessaire dans la maison : « *le troussseau qu'il faut en médicaments, moi je trouve, à la maison, vous voyez ?* ». Il permet l'auto-

médication explicitée comme suit : « *C[e] [n]'est que de l'automédication. C'est-à-dire que ça part quand même de l'expérience, du fait aussi que tous ces médicaments ont eu, à un moment donné, comment dire, un résultat thérapeutique qui a été jugé très satisfaisant que ce soit pour un de nous, moi, ma femme, mes parents* ». Les médicaments ont été « expérimentés » et dans la famille, chacun selon son propre autodiagnostic puise dans le « *trousseau* » commun. Cette pratique jugée « sérieuse » se fonde sur un savoir expérientiel personnel ou familial. La femme, épouse ou mère, règne sur ces pratiques, elle qui, par expérience, a acquis un savoir lui donnant une légitimité dans le soin : « *C'est aussi sa mère qui lui a donné. Alors, elle n'est pas pharmacienne, hein ! Mais bon, elle connaît bien les médicaments, vu qu'elle a eu trois enfants, ça aide ! C'est vrai qu'à force, elle finit par savoir ce qui est bon et qui marche bien* ».

Mais tous les traitements expérimentés ne sont pas bons à réutiliser et l'automédication est aussi limitée par les expériences négatives.

Les limites de l'automédication posées par les acteurs sur certains médicaments du stock portent sur les médicaments qui ne sont obtenus que sur ordonnance, les antibiotiques, parfois les anti-inflammatoires.... : « *Le fait que ça soit sur ordonnance me rend plus méfiante et limite mon automédication. J'aurais recours à autre chose avant ce médicament* ».

« ... *Moi, je me limite à des petits trucs comme Méteospasmyl[®], Spasfon[®], paracétamol quand je fais de l'automédication. Le reste pas trop et quand ça passe à un anti-inflammatoire, c'est le médecin ou le rhumato qui me l'a prescrit. On peut dire que je ne fais pas tout à fait de l'automédication. Ça, c'est pour la gorge, le rhume, et là pour le coup c'est de l'automédication* ». Au pire, cette pratique se réfère au médecin et se fait sous son contrôle « *Donc voilà si j'ai besoin de quelque chose et que je ne suis pas sûre, j'appelle le docteur, ça c'est des restes de médicaments...* »

Nous notons de plus, une « abstention active » de soins médicamenteux pour que le corps se défende seul, afin d'être « plus fort » ou « plus résistant » :

« *Et puis, à force de dépendre des médicaments, enfin de rentrer dans cette logique médicamenteuse, on a tendance à moins se forger soi-même et tout de suite, à aller chercher un anti-quoi que ce soit. Et de ne pas se forger, s'entraîner à la résistance, se tonifier soi-même. Les défenses, il faut les entretenir. Si on a tendance à courir après le pharmacien au moindre bobo, au moindre petit germe ou quoi que ce soit, on va vite chuter* ».

Elle pourrait relever selon nous de l'automédication, certes paradoxale mais entendue au sens de rapport autonome aux médicaments (dans le sens d'un évitement).

3. Médicaments pris en automédication : pour quels symptômes ?

Il faut souligner la grande richesse des médicaments pris en automédication cités, la grande diversité des noms commerciaux et des molécules¹, à mettre en rapport avec le nombre important de symptômes soignés. Pour « *les petits maux* », « *un petit rhume* », « *les bobos* », « *les aphtes* », « *les démangeaisons* »..., l'automédication est affirmée sans ambivalence et justifiée : « *J'essaie d'abord de me guérir moi-même* », car le symptôme est jugé bénin, ce qu'atteste le qualificatif de « *petit* », et le traitement est perçu comme sans danger et efficace (ce qui ne veut pas dire qu'ils le soient pour la médecine). Les médicaments utilisés sont qualifiés de médicaments « *de tout le monde* » (expression citée 19 fois) : « *tout le monde le connaît* », « *des médicaments bénins dans la pharmacie, on a des médicaments que tout le monde utilise...* » C'est typiquement le cas des antalgiques de palier 1 (Doliprane®, paracétamol, Aspirine®, Aspégic®, cités abondamment dans ce texte). Par contre, le médecin est consulté si les symptômes persistent.

De médicaments de tout le monde, on passe à une interrogation sur le statut de médicament que la banalisation des usages suscite. Parfois la substance prise est qualifiée de « *pas vraiment un médicament* » (la vitamine C) ou le médicament est qualifié de « *naturel* » (du Carbolevure®) ou de pas un médicament tout court : « *Non, le reste, c'est pas des médicaments, c'est des crèmes, c'est des trucs contre la douleur et puis voilà c'est tout* ».

« *Oropivalone®... C'est quand j'avais mal à la gorge. ... Je ne sais pas si c'est considéré comme un médicament ?* »

1 La liste non exhaustive des spécialités prises en automédication par les personnes interrogées est (en dehors des antalgiques et des psychotropes) Homéoplasmine®, Smecta®, Collu-Hextril®, Baume du tigre®, Pensoral®, Citrate de bêtaïne®, Actifed®, Guronsan®, suppositoire à la glycérine, Humex®, Débridat®, Mucomyst®, Clarityne®, Ketum®, Bronchokod®, Maalox®, Forlax®, loperamide, Vogalene®, magnesium, Hexaspray®, Biafine®, Pivalone®, Spasfon®, Miorel®, Néo-codion®, econazole crème, Daktarin®, Zyrtec®, Zovirax® comprimé, de l'homéopathie, de la phytothérapie...

Le médicament étant lié à son efficacité, il perd sa qualité en quelque sorte s'il ne fait pas d'effet : « *Donc l'Aturgyl® ... c'est pour déboucher le nez. Moi j'ai trouvé que ça ne marchait pas du tout... Non franchement non, comme ça n'avait pas d'effet, je me suis dit que c'était pas vraiment un médicament dangereux, et je n'ai pas hésité à le prendre plus souvent que ce qui est marqué. C'est pas vraiment un médicament, c'est des pulvérisations nasales* ».

Dans le corpus, nous trouvons donc traités en automédication : les « *douleurs* », les petits syndromes viraux ORL et digestifs, la « *grippe* » - du malade - (Trebaol, 2008) ou la « *fièvre* », la « *toux* », la « *constipation* », les problèmes de peau (« *irritations* », « *plaies et brûlures* »)². Ces entités nosologiques populaires sont toutes jugées bénignes, fréquentes, et gênantes. Ces entités correspondraient à des symptômes ou des syndromes, sans qu'il n'y ait obligatoirement de maladie (au sens de *disease*) sous-jacente puisque nous reprenons ici les termes des acteurs (maladie au sens de *illness*) qui posent eux-mêmes le diagnostic (autodiagnostic - Fainzang, 2012). Cette automédication « *qui va de soi* » va dans le sens entendu par les autorités publiques.

4. Raisons rapportées

Parmi les raisons les plus fréquentes de prendre un médicament en automédication, il est argué de l'inutilité de la consultation médicale, le symptôme étant familier et l'expérience personnelle du médicament positive. Il y a donc eu au préalable l'acquisition d'un savoir empirique, qui permet de conseiller : « *Parce que justement, je sais que ça, je sais les effets, donc je sais que sur la, même sur la notice, que c'est marqué pour les problèmes euh au niveau musculaire et osseux et voilà. Donc, j'en ai proposé à ma femme, comme elle n'avait pas à aller chez le médecin pour un mal de dos* ».

2 Dans la note, les catégories nosologiques populaires (entre guillemets) sont regroupées par l'analyste, en dehors de tout acte diagnostique, en des termes (gras) privilégiant les termes utilisés pour les entités nosologiques populaires.

Par ordre d'importance décroissante dans le corpus. Les « **douleurs** » : « mal de tête », « migraine », « rhumatisme » et autres douleurs « douleur n'importe quel type » (75 citations) ; les **symptômes digestifs** : les « reflux gastro-œsophagiens », la « diarrhée », les « nausées » et « vomissements », la « gastro-entérite », le « ballonnement », la « mauvaise digestion », la « constipation » (47 citations) ; les **symptômes liés à la sphère ORL** : le « nez qui coule », la « gorge qui fait mal », le « rhume » et la « sinusite »... (43 citations de pratiques d'automédication) ; les **problèmes de peau** : les « brûlures », les « piqûres », les « plaies » (22 citations) ; la « **toux** » et les **engorgements bronchiques** (17 citations) ; la « **fièvre** » (17 citations) ; les **problèmes au niveau de la bouche** : la gencive douloureuse et « irritation aux gencives », les « aphtes » (9 citations) ; la « grippe » (4 citations) ; l'« allergie », le « rhume des foies » (2 citations) ; le « vertige » (1 citation) ; l'**infection urinaire** « cystite » (2 citations).

Dans d'autres cas, l'automédication est dite permettre une prise en charge plus précoce de la maladie (au sens de *illness*) sous-jacente, jugée bénigne à ce stade, et dont l'évolution doit être stoppée rapidement. « Bon, Toplexil[®], c'est quand j'ai mal à la gorge. Disons que si j'en prends tout de suite, ça me permet de bloquer et de ne pas dégénérer, de pas prendre d'anti...de pas prendre d'antibiotiques, voilà ! ». Il s'agit, selon nos interlocuteurs, d'éviter l'évolution du rhume vers le mal de gorge, puis, toujours selon eux, vers cet état de mal où le corps ne peut plus se défendre seul et pour lequel un antibiotique est perçu nécessaire, comme l'a montré Emmanuelle Trebaol (Trebaol, 2008 ; Trebaol, Haxaire et Bail, 2011). Le médecin est de toute façon consulté si le mal ne passe pas : « Je pose d'abord mon diagnostic personnel, ensuite, je prends mes médicaments, et lorsque ça s'avère inefficace, alors, je prends la décision d'aller chez le médecin. Le premier réflexe pour moi, ce n'est pas d'aller chez le médecin ».

L'automédication apparaît même une initiative personnelle de prévention primaire : « Ce qui me permet également de ne pas tomber trop souvent malade, c'est le fait de prendre une Aspirine[®] en prévention d'une grippe ou d'un autre microbe qui traîne... ».

Une des autres raisons retrouvées est la recherche d'un soulagement rapide, par exemple dans le traitement des douleurs par les antalgiques même si : « Il commence à avoir un petit peu mal à la gorge, alors on va commencer par de l'Aspégic[®]. Oui, et ça fait tout de suite du bien » ; ou pour soulager un symptôme gênant (constipation).

L'automédication va de soi lorsque le médicament, sous forme de spécialité à prescription facultative, n'est pas remboursé, même avec une ordonnance « [...] même les médicaments prescrits par le médecin, y'en a plein qui ne sont plus remboursés. Les gens doivent quand même payer ! Donc au maximum j'essaie de me soigner toute seule ». Ou alors, lorsque le symptôme est jugé bénin et connu du patient, elle économise le temps passé au cabinet médical.

En vacances, l'automédication - « au cas où... », « si besoin »...- permet d'éviter le recours à des médecins inconnus dont les compétences n'ont pas été expérimentées. Ceci vaut en cas de manque de confiance dans les médecins, quand une substance médicamenteuse utilisée antérieurement et partagée dans le contexte familial s'avère positive.

Conclusion

Les pratiques d'automédication analysées dans ce corpus sont fréquentes et variées tant du point de vue des symptômes traités que des médicaments utilisés. Cependant, tous les médicaments ne sont pas pris en automédication ni tous les symptômes gérés sans l'avis d'un médecin. Tous les acteurs ne s'accordent pas à dire qu'il s'agit d'une pratique banale. Ces pratiques sont jugées suffisamment sérieuses, pour être justifiées par l'acquisition d'un savoir profane, basé sur l'expérience personnelle et/ou familiale du symptôme et du remède utilisé.

Dans l'analyse du corpus, les pratiques d'automédication sont généralement bien assumées par les acteurs. Elles intègrent un schéma de prise en charge d'une entité nosographique populaire jugée bénigne, passagère, dont le remède est bien connu de l'acteur ou de sa famille. Le médecin est souvent présent dans les discours, tant comme recours si la situation dégénère, que comme premier prescripteur du médicament utilisé en automédication. Le savoir mobilisé est clairement référé au médical et le médecin semble un garant du bon fonctionnement de cette auto-prise en charge.

Médecin généraliste, Anne-Laure Bergot peut affirmer que, pour de nombreux symptômes ou « petites » maladies, le patient est encouragé à acquérir un savoir afin de pouvoir se traiter lui-même (site de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie)³. Il y a, dans certains domaines, un transfert du savoir médical, ce qui est conforme au principe d' « autonomie » du patient vis-à-vis de son soin, ce qui est encouragé comme vu en introduction. Y concourent également la médiatisation de la santé (Pouillard, 2001), les publicités des entreprises du médicament (Voisin, 2011) jointes à une grande accessibilité du savoir médical (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2011) (Renahy *et al.*, 2006-2007). L'automédication par les antalgiques de palier 1 est emblématique de ces pratiques.

Les pratiques d'automédication dans notre corpus restent généralement limitées de façon spontanée au domaine de compétence des acteurs. Une vigilance doit cependant s'imposer face à certaines classes thérapeutiques que nous n'avons volontairement pas traitées dans ce chapitre : les psychotropes. Ces médicaments utilisés en automédication font référence à une logique différente de la logique médicale, plus liée aux événements de la vie (Haxaire *et al.*, 2005). Le traitement psychotrope est craint, sa prise n'est pas banalisée comme peut l'être la prise d'an-

3 www.ameli-santé.fr ; par exemple dans les cas de mal de dos, aphte...

talgiques. Mais, il soigne des symptômes jugés gênants, dont l'origine n'est pas nécessairement perçue comme relevant du contexte ou du domaine médical.

Références

- Cambon, E. et Haxaire, C. (2000). Vieilles douleurs et bleus à l'âme : appropriation du savoir médical à travers l'étude de la dénomination des médicaments ; Dans Guerchi. (ed.) *Il dolore, La douleur, Pain, Soma. Interactions thérapeutiques et anthropologie médicale*. 2. Genova, Italie. pp.96-115.
- Chabrol, R. (2000). La démocratie sanitaire. *Revue française des affaires sociales*. Avril-juin(2). Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/rfas-2-2000-la-democratie-sanitaire-resumes.html> Consulté le 23 novembre 2015.
- Coulomb, A. et Baumelou, A. (2007). *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution: marché, comportements, positions des acteurs*. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Paris: La Documentation française. Repéré à <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000030/0000.pdf> Consulté le 23 novembre 2015.
- De Luze, H. (1997). *L'ethnométhodologie*. Paris: Economica.
- Fainzang, S. (2011). From self-diagnosis to self-medication: constructing and identifying symptoms. Dans Fainzang, S. & Haxaire, C. *Of Bodies and Symptoms. Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment*. Tarragona: URV. *Antropologia Médica*(4). pp.39-58.
- Fainzang, S. (2012). *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs (NJ) (traduction française, Paris, PUF, 2007).
- Haxaire, C. (2002). "Calmer les nerfs": automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences Sociales et Santé*. XX(1). pp.63-87.
- Haxaire, C. Cambon, E. Wald, P. (1999). La thérapeutique du mal-être relève-t-elle de médicaments comme les autres ? Réappropriation du savoir médical par les usagers. Dans Faure O. *Les thérapeutiques: savoirs et usages*. Paris: Fondation Marcel Mérieux. pp.407-427.
- Haxaire, C. Terrien, K. Bodenez, P. Richard, E. (2005). From the doctor's psychotropic medication to the patient's remedies, or subversion of medicalisation. Dans *Medical Anthropology. Welfare State and Political Engagement. II Care and Management of Illness and Distress*. Perugia, *Rivista della Societa italiana di antropologia medica*. (19-20). pp.79-92.
- Haxaire, C. Brabant, J. Cambon, E. Wald, P. Achard, P. (1999). *Usages et compétences familiales en matière de psychotropes : comparaison entre zone rurale (bocage Ouest-Ornais et Nord-Mayennais) et zones urbaines*. Rapport MIRE (Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation) en réponse à l'appel d'offres : « Médicaments et santé mentale ». 170p. et Annexes 37 pages.
- Haxaire, C. Bodénez, P. Richard, E. Terrien, K. Bail, P., Locquet, C. Noailly, M. (2003). *Rapport 2003 MILDT / INSERM / CNRS 1999. Gestion différentielle des dépendances par les médecins généralistes (zones urbaines et rurales de Bretagne Occidentale), projet 99D04, responsable scientifique Claudie Haxaire, 192p.*

- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (2011). *Dites-moi pourquoi vous recherchez de l'information médicale, je vous dirais quel patient vous êtes...* Paris: INSERM; septembre 2011. Repéré à <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/dites-moi-pourquoi-vous-recherchez-de-l-information-medicale-je-vous-dirai-quel-patient-vous-etes/> Consulté le 23 novembre 2015.
- Jouet, E. Flora, L. Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: Note de synthèse. In Usagers-experts: la part du savoir des malades dans le système de santé. : *Revue Pratiques de formation / Analyse* 58-59 : http://www-ufr8.univ-paris8.fr/pfa/textpdf/58-59synthese_sante.pdf
- Karsenty, S. (2009). Le retour hétéro-déterminé de l'automédication. *Société Santé*. Juin (30). pp.101-118.
- Pouillard, J. (2001). *L'automédication*. Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Repéré à <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/automedication.pdf?download=1> Consulté le 23 novembre 2015.
- Renahy, E. Parizot, I. Lesieur, S. Chauvin, P. (2006-2007). WHIST Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Repéré à www.inserm.fr/content/download/1423/13035/file/enquete_whist_2007.pdf. Consulté le 23 novembre 2015.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.
- Trebaol, E. (2008). *Expérience du "rhume" et du "mal de gorge" et observance de l'antibiotique par les patients. Analyse en continu de treize entretiens, selon la "théorie ancrée"*. Thèse de Doctorat en Médecine. Brest: Université de Brest-Bretagne Occidentale.
- Trebaol, E., Haxaire, C. Bail, P. (2011). Conceptions profanes de l'usage des antibiotiques et réception de la campagne de santé publique "les antibiotiques, c'est pas automatique". *Société et Santé*. Mars(33). pp.127-147.
- Voisin, P. (2011). Les chiffres clés de l'automédication en 2010. Présentation IMS Health France. Mar 10: Repéré à http://www.afipa.org/fichiers/20110310133130_Presentation_IMS.pdf Consulté le 23 novembre 2015.

Partie 3

Ses usages et leurs significations questionnées

Les bricolages singuliers de l'automédication Entre déterminations et émancipations

Véronique Guienne¹ et Anne-Lise Le Hesran².

1. Professeur des Universités, Centre nantais de Sociologie (CENS FRE 3706),
Université de Nantes.
2. Ingénieur d'étude en anthropologie, Département de médecine générale de la
faculté de médecine de l'Université de Nantes.

Notre contribution s'inscrit dans le cadre du programme pluridisciplinaire AUTOMED, de l'appel à projet DSS (déterminants sociaux de la santé) de l'ANR. La définition retenue ici de l'automédication, renvoie à toutes les réponses, y compris non médicamenteuses, que les personnes utilisent pour traiter un trouble ou améliorer leur état de santé. Nous avons donc qualifié cette pratique plutôt par l'usage que par le produit. La compréhension de cette pratique passe par l'analyse des déterminants sociaux et territoriaux, les facteurs de perception de la gravité des troubles, mais aussi les déterminations macro sociales dues aux enjeux économiques et politiques qui structurent ce marché.

La façon de caractériser cette pratique distingue l'automédication choisie de l'automédication subie, tout en étant attentif aux continuums possibles entre ces deux pôles. Le cadrage théorique de cette question, qui est marquée par la notion d'autonomie du patient, renvoie à l'analyse proposée par Robert Castel entre un individualisme négatif, dans lequel l'autonomie est vécue comme un fardeau pour celui qui n'a pas de ressources et de supports sociaux suffisants, mais vécue par contre comme une liberté s'il bénéficie des sécurités d'une affiliation sociale (Castel, 2009).

En nous appuyant sur la typologie de Robert Castel, nous confronterons les trois formes d'individus qu'il propose aux données récoltées depuis un an sur les départ-

tements de Loire Atlantique et de Vendée auprès de 44 individus¹. Cette enquête a consisté à confier à ces personnes des « journaux de santé » qu'elles devaient remplir quotidiennement durant un mois, afin d'avoir accès à leurs ressentis immédiats en termes de bien-être et de santé, et à ce qu'elles mettaient en place pour aller mieux, pour aller bien. L'écriture de ces journaux était encadrée par deux entretiens qui permettaient d'approfondir les questions de rapport à la santé, au médecin, au pharmacien ou au médicament.

En contrepoint de cette analyse des déterminations sociales des pratiques, nous interrogerons les capacités des individus à s'émanciper ainsi que la part de création que ces pratiques révèlent.

Déterminations et conditions objectives de pratiques autonomes

Robert Castel définit les conditions objectives qui permettent d'être un individu au sens fort du terme, doté d'une indépendance d'action. Poser la question en ces termes a un caractère iconoclaste. Est-ce que tout un chacun n'est pas un individu, doté d'une égale dignité, d'autant plus dans notre monde moderne qui a érigé l'individualisme en valeur non seulement cardinale mais nécessairement positive, dans laquelle il va pouvoir exercer son autonomie ?

Eh bien non, nous dit Robert Castel, parce qu'il y a individu et individu.... c'est à dire que les individus sont inégalement « supportés » pour être des individus, c'est-à-dire, dans sa théorie, bénéficient plus ou moins de supports sociaux..

Cette première analyse a des implications pour la recherche. Tout d'abord, aucune pratique individuelle ne peut être regardée indépendamment des conditions objectives de possibilité qui permettent d'être un individu, ce qui conduit à toujours analyser les conditions sociales dans lesquelles s'inscrit une pratique. Concernant les questions d'automédication, il nous faut donc distinguer les pratiques selon que les personnes ont un cadre protecteur leur permettant de se soigner (assurance sociale, mutuelle) mais aussi des réseaux d'appartenance et de support dans lesquelles elles se trouvent (proximités spatiales, sociales, accès à l'éducation...). L'exploitation des données de l'enquête décennale de Santé (2002-2003) a montré que

1 Si la recherche Automed a consisté en le traitement statistique de plusieurs milliers de questionnaires, l'un des volets de la recherche a consisté en la passation d'entretiens encadrant le remplissage par les interviewés de journaux de santé durant un mois.

l'automédication croît avec le niveau de vie et le niveau d'éducation (Raynaud, 2008), ce qui confirme que ces caractéristiques sociales augmentent la possibilité d'exercer son indépendance.

Un second niveau d'analyse peut être approfondi à partir de la typologie des trois formes d'individus proposée par Robert Castel : l'individu moderne, l'individu par défaut et l'individu par excès. Quelle lecture des pratiques de nos interviewés pouvons-nous produire avec ce cadre ?

L'individu moderne, affilié, sur le modèle du salarié, a les moyens d'une indépendance sociale et de l'exercice de sa responsabilité. Même si ces protections s'effritent, en particulier du fait du chômage et de l'emploi précaire, il reste dominant en France. D'ailleurs Robert Castel, même s'il a pu reprendre par moment la rhétorique post-moderne, insiste à de multiples reprises sur le risque qu'il y aurait à abandonner un modèle parce qu'il serait moins efficace.

Concernant notre recherche, l'individu responsable, qui développe des stratégies socialement différenciées, est celui qui combine le suivi de sa santé auprès des professionnels et des pratiques plus indépendantes, fondées sur son expérience ou sur des pratiques alternatives complémentaires. Il est très présent dans notre échantillon. Nos résultats montrent ainsi que ceux qui s'automédiquent, pour la plupart, ne consultent ni plus ni moins leur médecin. Selon notre enquête auprès des patientèles de médecine générale, 40 % se débrouillent seuls avec leurs compétences. Les autres déclarent chercher de l'information auprès des pharmaciens (17%), en parler à du personnel médical ou finissent par consulter après ou en parallèle de leurs automédications. Ils pratiquent un pluralisme médical et extra médical en fonction de leurs besoins et de la gravité selon laquelle ils perçoivent leurs troubles. À travers leur expérience de la maladie et de la santé, de la connaissance de leur propre corps et de leur rapport à la douleur, ils choisissent entre recours médical et savoir profane. Les femmes sont plus actives dans ce modèle que les hommes, ayant plus fortement dans la famille le rôle de veiller à la santé, au même titre qu'à l'ensemble des tâches de la vie domestique.

Ce pluralisme médical se base sur un ensemble de connaissances issues du parcours de vie et du parcours de santé de la personne ainsi que de son entourage social. Un arbitrage quotidien, c'est-à-dire un processus de mise en balance effectué par l'individu se met ainsi souvent en place, par exemple dans l'attention portée à la prévention afin d'éviter une trop grande consommation de médica-

ments : un régime alimentaire spécial, des activités, des cures... Il s'appuie aussi sur les représentations du médicament comme danger/poison/générateur de dépendances, en opposition à l'image du médicament comme remède/soulagement. L'individu met ainsi en balance les risques et les effets secondaires associés au traitement, et les risques associés au non-respect de celui-ci.

L'individu par défaut, qui renvoie à tout le continent du précaire, est défini par « des manques de ressources pour exister comme l'individu que l'on souhaiterait être ».

Le vagabond représente le paradigme de l'individu désaffilié, qui ne serait plus justement qu'un individu, c'est à dire pas grand-chose finalement. Robert Castel écrit : « Il n'appartient qu'à lui-même sans être l'homme de quiconque, ni pouvoir s'inscrire dans aucun collectif. C'est un pur individu, et de ce fait totalement démuné. Il est à ce point individualisé qu'il est surexposé. » Et c'est bien comme paradigme qu'il est utilisé dans la démonstration de l'auteur, qui affirme l'intérêt de dessiner cette figure comme position limite d'une multitude de situations caractérisées par une série de manques : de considération, de sécurité, de biens assurés, de liens personnels et sociaux stables. Ainsi, un individu qui ne serait qu'un individu, sans collectifs, sans appartenances, sans engagements au-delà de lui-même, n'a pas les moyens de conduire sa vie avec une certaine indépendance, c'est à dire pas les moyens d'être véritablement un individu.

Concernant l'automédication, l'individu par défaut, par manque de ressources et d'accès aux soins, vit l'automédication par contraintes, par déficit d'accès à la médecine. De ce point de vue, les comparaisons internationales, en fonction des caractéristiques de protections sociales différenciées, sont particulièrement importantes.

Compte tenu du système de santé français, cet individu par défaut, individu désaffilié, n'apparaît pas clairement dans notre échantillon, même si de nombreux travaux soulignent les inégalités sociales qui existent en matière de recours aux soins (Bazin, 2006 ; Desprès, 2013).

Dans nos entretiens, on devine des traces de ce renoncement au soin, par exemple si la nécessité de travailler prime, ou à travers la crainte d'un arrêt de travail dans le cadre d'une situation professionnelle précaire. Les soins mal remboursés par la sécurité sociale comme l'optique ou les soins dentaires peuvent également donner lieu à des choix de santé par défaut, par manque de ressources.

Un exemple marginal est celui d'un individu par défaut qui choisit sciemment, mais par impossibilité de faire autrement, de renoncer au système de soins, et d'en sortir. Ses recours en matière de santé sont aujourd'hui ses connaissances en phytothérapie ainsi qu'un réseau de personnes pratiquant des médecines non conventionnelles.

Je suis sorti de tous les régimes. [...] Mais c'est récent, là, je devais remplir les papiers et puis... C'est pas de la négligence, c'est que je rentre pas dans les cases. Voilà, je rentre pas dans les cases... [...] Donc le questionnaire qu'il y a à la CPAM alors que je suis pas dedans, ça me... Je l'ai lu, relu, rere lu, rere lu, l'assistante sociale me dit que mon cas n'existe pas... [E41, 53 ans, Donges]

L'*individu par excès* est défini comme « intégralement submergé par [sa] subjectivité au point de se déconnecter complètement de tout autre investissement » (Castel, 2009). Dans *La montée des incertitudes*, Robert Castel explique ainsi, à la suite de Gauchet dans le *Désenchantement du monde* (1985) que « l'individu contemporain est le premier à pouvoir se permettre d'ignorer qu'il vit en société ».

En écho aux « pathologies contemporaines de l'évitement et du désengagement » décrites par Marcel Gauchet (1985), Robert Castel conclut à une sorte de désaffiliation par le haut. Ces analyses rejoignent les observations qu'il a faites aux États Unis dans les années soixante-dix, autour des différents groupes de développement personnel (gestalt, rebirth,...) et sa critique de l'envahissement par la culture psychologique de ce qu'il appelait « les thérapies pour normaux ». L'analyse de ces mouvements lui permet d'avancer que le social est toujours décrit comme ce qui aliène, dont il faut se défaire donc, l'objectif de ces pratiquants étant de maximiser leurs potentiels, de devenir des individus plus riches et plus performants. Pour Robert Castel, « les phénomènes expérimentés dans ces groupes représentent la pointe avancée d'une culture psychologique généralisée... les individus sont enfermés dans leur individualité, leur individualisme s'hypertrophie, chassant le social ». S'appuyant sur des travaux importants menés dans les années 90, par Lipovetsky ou Ehrenberg notamment, il confirme ainsi que l'on est bien devant un phénomène de grande ampleur.

L'*individu par excès* investit l'automédication à la manière des « thérapies pour normaux » de l'époque précédente. C'est un état qui est recherché et non la guérison d'un trouble : cet état pourra être relatif aux humeurs, à la concentration, à la performance intellectuelle ou sexuelle, à un corps idéal... Cette « automédication

pour les bien portants », pour paraphraser Robert Castel, est en plein développement, tant du fait des contraintes de performance du monde social que par un niveau d'exigence intériorisé par les individus eux-mêmes.

Dans notre étude, l'individu par excès n'apparaît pas aussi clairement, mais se caractérise par un désir de maintien de la santé comme objectif central de son existence. Ainsi, une femme dans cette dynamique, se référant à la médecine chinoise : « le bon médecin, c'est celui dont les patients ne tombent pas malades ! ».

Ce type d'individu se caractérise également par l'envie de limiter au maximum son rapport à la médecine et de s'en sortir par lui-même en développant ses propres connaissances et son propre réseau. Le recours au médecin généraliste ne se fait qu'en cas d'obligation (certificat médical, consultation pour les enfants, ou maux inconnus...), il peut même y avoir une certaine méfiance à l'égard de la pratique du médecin et des effets du médicament. Cela se traduit par des recours autres que médicaux, des solutions au quotidien, à travers certaines pratiques alimentaires ou de maintien de la forme par le sport notamment, la consommation de compléments alimentaires, ainsi que par un recours à des professionnels de santé non conventionnels : naturopathes, énergéticiens, magnétiseurs, acupuncteurs...

Heu, alors moi et les médecins, heu, j'ai un gros problème, c'est que j'ai un médecin traitant sur le papier mais dans la pratique, j'ai jamais trouvé un médecin qui m'allait en fait. Donc moins je vais les voir, les médecins, ou mon médecin traitant, mieux je me porte. [E29, 29 ans, Donges]

Les conditions d'exercice de l'autonomie comme émancipation

Si, comme on vient de le voir, les travaux de Robert Castel nous permettent de penser les conditions de l'exercice de son autonomie, ce dernier est toujours resté très prudent pour raconter les pratiques elles-mêmes : comment les gens bricolent, rusent, inventent, et ne sont pas pour autant totalement assignés à ces déterminations sociales. Pourtant, nombre des récits recueillis dans nos enquêtes racontent ces usages. D'autres auteurs permettent de penser ces discours en complémentarité avec ce qui a été décrit précédemment.

Sur cette question de la ruse, de l'inventivité, le premier que nous convoquerons est Michel de Certeau dans son *Invention du quotidien* (1990). Pour cet auteur, le quoti-

dien s'invente à travers mille manières de braconner, réhabilitant la ruse, l'inventivité ordinaire des pratiques quotidiennes, les arts de faire, les pratiques de ceux qu'il appelle « les pratiquants ». S'il est complémentaire d'une lecture Castellienne, c'est qu'il ne peut être assimilé à une sociologie individualiste du retour du sujet. Il prend acte des déterminations, mais aussi de leur caractère pluriel et souvent contradictoire. Il ancre sa sociologie dans une analyse des situations, toujours sociales, dans lesquelles les individualités se construisent. Finalement, c'est souvent au croisement de la philosophie et de la sociologie que vont s'élaborer ces modèles en tension entre déterminations et émancipations. C'est ce que décrit Corcuff (2012) lorsqu'il propose la notion de « bricolage de soi » comme manière d'investir sa vie comme une œuvre d'art dit-il, en tout cas comme un acte de création personnelle. Il précise : « Je pense, par exemple, au petit atelier de mon grand-père, ouvrier, s'étant aménagé dans son HLM à Mérignac, en Gironde et où, inventant des objets étranges (comme par exemple un appareil à découper les oursins), il s'inventait lui-même. ». Si, pour l'auteur, ce bricolage singulier est toujours aussi transmis, incorporé, il n'est pas uniquement que cela.

Ces analyses semblent d'autant plus importantes lorsque les pratiques dont il est question se réfèrent au corps, comme toutes les pratiques de santé. Ce bricolage de soi l'est alors au sens propre, et non seulement par métaphore, par les modifications opérées par soi sur son propre corps. Il faut donc regarder dans le détail des pratiques ordinaires, comment les gens bricolent, inventent, rusent, pour eux-mêmes et dans leurs rapports avec ceux censés les éclairer, en l'occurrence le monde médical.

Ce bricolage du corps apparaît clairement lorsque les individus parlent de leur corps comme d'une machine qu'il faut faire fonctionner.

J'ai l'impression que c'est comme un diesel, faut le faire un peu chauffer, et puis voilà, c'est un peu mieux quoi. [E23, 53 ans, Nantes]

La personne part évidemment avec des ressources issues de son éducation, de son parcours de vie, mais agit, et parfois bricole, en fonction également des moyens dont elle dispose, de sa sensibilité à telle ou telle démarche, de son histoire et de sa vision de la médecine et de la santé...

Un des enquêtés, qui s'entend très bien avec son médecin, lui demande un jour « du stilnox pour l'aider à dormir ». Celui-ci refuse. Vexé, notre enquêté, n'a pas insisté,

mais nous a avoué par la suite avec un sourire que sa femme s'en fait de toute façon prescrire et qu'il y a donc accès, ce que son médecin ignore. Il en consomme donc de temps en temps lorsqu'il considère que c'est nécessaire. Même s'il n'a pas obtenu l'aval de son médecin, il fait le choix, puisqu'il a accès à ce médicament, d'en consommer un demi « de temps en temps, pas souvent », sans doute conforté par l'idée que sa femme en prend aussi.

Ben non, mais on s'arrange pour en avoir. [...] Non... (Il rit) non non mais... Ma femme y a droit... Mais moi j'en prends pas si vous voulez, mais vraiment, quand j'ai passé quand même plusieurs nuits... Plusieurs nuits ! À ne pas bien dormir, mais vraiment pas bien dormir, ben je peux vous assurer que prendre quand même... J'en prends que la moitié du cachet. C'est pas un cachet entier, c'est la moitié. [E32, 68 ans, Saint-Nazaire]

Un autre exemple pour rendre compte de cette émancipation est celui de cette femme en défiance à l'égard du milieu médical. Son médecin, lui ayant détecté une carence en fer, lui a prescrit du Tardyféron. Après quelques investigations sur internet, la patiente décide de ne pas prendre le médicament et de faire ses propres recherches afin d'adapter son alimentation, son hygiène de vie, et de chercher une solution alternative. Via internet et des discussions avec des amies, elle consulte une phytothérapeute qui lui propose la prescription suivante, dont elle sera ravie !

Elle m'a prescrit une préparation à base de plantes (radis noir, dépuratifs de la vésicule biliaire, du foie, vit. B12, D...) plus de la L tyrosine plus un cocktail de minéraux plus des oligo-éléments « spécial pré-ménopause » plus de l'oligibiane(fer + cuivre) (dynabiane) plus de la viande rouge 2 fois par semaine plus bouger beaucoup [E28, 45 ans, Missillac]

Pour conclure, notons l'importance, dans les pratiques d'automédication, de cette double analyse, entre déterminations et émancipations. Les premières sont fondées sur les conditions d'exercice de son autonomie, les secondes sur les pratiques ordinaires de ruse et d'invention.

La typologie des trois formes d'individus est importante pour observer les conditions de l'automédication et de l'auto-soin parmi une population variée. Elle apparaît encore plus pertinente quand on compare des contextes géographiques différents.

Toutefois, ce que nous observons renvoie à un continuum de « bricolages singuliers » : les ruses et l'inventivité dont font preuve les individus pour maîtriser un minimum leurs choix de santé. Ils y parviennent en multipliant les recours, en investiguant différentes sources d'informations, en effectuant un tri dans le discours de leur référent médical...

Se met alors en place une forme d'autorégulation, selon la formulation proposée par Johanne Collin (2006), qui suggère des choix raisonnés de la part de l'individu en question ; on revient ainsi à la notion de complémentarité des différents recours suivant les conditions de vie, les expériences et les choix de la personne, toujours argumentés par ses « bonnes raisons ».

Références

- Bazin, F. *et al.* (2006). Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. *Sciences Sociales et Santé*. 24(3). pp.11-31.
- Castel, R. (1999). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris: Gallimard.
- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes*. Paris: Seuil.
- Collin, J. Otero, M. Monnais, L. (Dir.) (2006). Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corcuff, P. (2012). *Où est passée la critique sociale ? Penser le global au croisement des savoirs*. Paris: Éditions La Découverte. Collection Bibliothèque du MAUSS.
- De Certeau, M. (1990). *L'Invention du quotidien*. Paris: Gallimard. (1re éd. 1980).
- Desprès, C. 2013. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropologie & Santé*. (6). Repéré à <http://anthropologiesante.revues.org/1078/> Consulté le 17 avril 2014.
- Gauchet, M. (1985). *Le Désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*. Paris: Gallimard.
- Raynaud, D. (2008). Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue Française des Affaires Sociales*. (1). pp.81-94.

Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest

Marc Egrot¹.

1. Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMR 224 Mivegec,
Maladies Infectieuses et Vecteurs :
Écologie, Génétique, Évolution et Contrôle.

Les médicaments néotraditionnels occupent dans les espaces thérapeutiques en Afrique une place importante. Ils ont été définis comme des produits à visée thérapeutique caractérisés par un syncrétisme mobilisant des références, assez souvent cumulées, à une « tradition »¹, à la nature et aux sciences biomédicales. Nous avons montré les difficultés à circonscrire cette catégorie, et néanmoins toute sa pertinence, tant du point de vue des acteurs impliqués que des anthropologues cherchant à comprendre ce fait social (Simon & Egrot, 2012). La fréquence et l'hétérogénéité de ces produits dans le domaine du sida avaient été montrées, mais aussi le fait que l'arrivée des antirétroviraux dans les Suds n'avait pas stoppé leur circulation (Hardon *et al.*, 2008).

Cette catégorie rassemble des produits hétérogènes, provenant d'origines variées. Les acteurs sociaux les désignent par différents termes en fonction des lieux d'élocution : « médicaments traditionnels » ou « traditionnels améliorés », « phytothérapie industrielle », « compléments alimentaires », « médicaments africains », « médicaments alternatifs », etc. (Simon & Egrot, 2012 : 72). Ils sont parfois fabriqués localement ; parfois aussi produits ailleurs puis importés. Mais ils possèdent suffisamment de caractéristiques communes pour être regroupés dans une catégorie et constituer un objet d'analyse cohérent et pertinent.

1 Souvent une « tradition » d'ailleurs en partie idéalisée, fantasmée et transformée.

La présente contribution propose de repenser – de manière synthétique et à la lumière de la problématique sur l'automédication –, les analyses issues de plusieurs programmes², remis en perspective avec des constats faits dans un programme plus récent³. L'objectif est d'explorer ici les liens existant entre quête de légitimité, confiance et automédication. Cette analyse permettra de proposer une ébauche de typologie de différentes formes d'automédication.

De quelques médicaments néotraditionnels :

Quelques exemples de médicaments néotraditionnels permettront d'illustrer ce que regroupe cette catégorie.

1. La spiruline de l'Ocades et Codegaz

La spiruline a connu un essor important ces 20 dernières années, en lien – notamment –, avec le sida. Elle était (et reste) produite localement, dans des « fermes spiruline ». Cette algue verte se cultive facilement dans des bassins, avant d'être récoltée en surface puis séchée. La photo 1 montre un exemple de production sous l'autorité de l'Ocades⁴ et avec le concours de Codegaz, association française fondée en 1969 et animée par des agents de GDF Suez. Ce sachet a été acheté 1000 Fcfa en 2004.

2 ANRS2241 « circulation des traitements du sida au Sénégal », 2001-03, dir. M Egrot (CReCSS-IRD); ANRS1281/sidaction « Réseau de sociabilité, quête thérapeutique et vécu des traitements pour les PvVIH au Burkina Faso », 2003-05 dir. M Egrot et A Traoré (SHADEI); ANRS12111/sidaction « Anthropologie des traitements néotraditionnels du sida en Afrique de l'Ouest », 2005-09 dir. M Egrot (UMR7043 CNRS-Un. Strasbourg, IRD) et A Traoré; PROSODIE/IMEA « Médicaments émergents dans le contexte de la mondialisation », 2005-08 dir. A Desclaux (CReCSS/IRD).

3 AMELPA « Anthropologie des méthodes de lutte contre le paludisme », LMI-LLIP (IRD) et CLIP (Centre de Lutte Intégré contre le Paludisme), 2011-15, dir. M Egrot (Mivegec-IRD) et C Baxerres (Merit-IRD).

4 Organisation catholique pour le développement et la solidarité (1998, Burkina), membre de Caritas (1897, siège au Vatican).

Photo 1 : spiruline en sachet, Burkina Faso, 2004, M. Egrot (CRECSS-IRD, ANRS1281).



Les informations stipulent au recto que la spiruline sert à « renforcer les défenses de l'organisme contre les maladies » et au verso, qu'elle « stimule les défenses immunitaires, aide à lutter contre les infections, l'anémie, le paludisme, les états immuno-dépressifs ». De la fin des années 90 jusqu'en 2009⁵, cette spiruline fut promue et consommée au Burkina Faso comme traitement du sida.

2. Réginal et autres spirulines

A la même période, d'autres spirulines circulaient. La photo 2 montre une boîte de Reginal fabriquée par une société à Bobo-Dioulasso. Achetée en 2006, elle est élaborée avec des gélules conditionnées en blisters, placés dans un emballage et accompagnés d'une notice.

5 Fin du programme ANRS12111.

Photo 2 : Reginal, Burkina Faso, 2006, A. Traore (Shadei, ANRS12111).



Les indications mentionnées sur l’emballage sont les mêmes que pour celle de l’Ocades : malnutrition, anémie, immunodéficience. La posologie fournit une procédure de prise en charge « en cas de VIH-sida ». Le chapitre « mode d’action » informe qu’elle « stimule l’activité des éléments majeurs du système immunitaire » et « empêche la fixation du virus à la membrane cellulaire, rendant ainsi la pénétration et la réplication [...] impossibles ». Elle est donc présentée – cette fois explicitement –, comme un traitement du sida.

Durant ces années, circulaient d’autres spirulines issues de fermes du Burkina Faso, vendues en sachets ou en gélules (photos 3 et 4), d’autres venant du Togo ou encore du Bénin sous forme de sachets ou de gélules de spiruline Du Bo Gan⁶.

6 « Manger pour survivre » en langue locale ; fabriqué par le CREDESA (E. Simon, ANRS 12111).

Photo 3 : Spiruline en gélules, Burkina Faso, 2008, M. Egrot (UMR 7043 CNRS/Univ. Strasbourg -IRD, ANRS12111)



Photo 4 : Spiruline en sachet, Burkina Faso, 2008, M. Egrot (UMR 7043 CNRS/US-IRD, ANRS12111)



Cette diversité s'explique par des acteurs variés et dispersés et sur des logiques hétérogènes de production et de promotion. Avec ces références synchroniques à la nature, à la « science », à la pharmacologie ou encore à une « tradition », la spiruline constitue un produit particulièrement emblématique de la catégorie des médicaments néotraditionnels.

4. Le Viralgic

Le Viralgic est un produit très différent. Fabriqué durant des années par la société Pharma-Concept gérée par un pharmacien-herboriste de la place Clichy à Paris, il a connu une histoire épique (Hardon *et al.*, 2008)(Simon et Egrot, 2012) impossible à résumer ici. Depuis 2005, il a fait l'objet de plusieurs décisions de police sanitaire et son producteur a été condamné à plusieurs reprises⁷. En lien avec ces rebondissements juridiques, son « inventeur » a décidé d'exporter la production dans une Principauté, créant une nouvelle société : Pharma-Concept HRP (Hutt River Principality).

Le Viralgic est, selon son producteur, une solution hydroalcoolique de 18 plantes amérindiennes. Il fut proposé longtemps comme un « traitement de l'infection à VIH1 et 2 ». Après les démêlés avec les services de police, l'AFSSAPS⁸ et Act-Up⁹, le libellé suivant : « déficience immunitaire, pathologies virales » est adopté.

7 R. Thibault. « L'herboriste prétendait savoir guérir le sida. Un spécialiste des plantes renvoyé en correctionnelle pour “exercice illégal de la médecine” », *Le Parisien*, 23/3/15 : 17 : www.pressreader.com/france/le-parisien-oise/20150323/281908771635259/TextView.

8 Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, remplacé par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

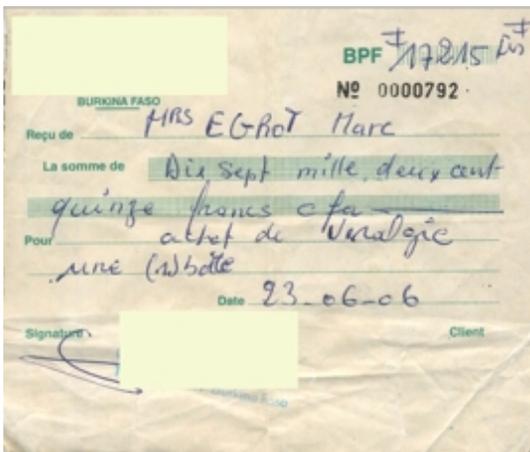
9 Association militante de lutte contre le sida créée en 1989.

Photo 5 : Flacon et étiquette du Viralgic, Burkina Faso, 2004, M. Egrot (CreCSS-IRD, 1281).



<p>VIRALGIC® Immunostimulant, bactériostatique, bactéricide et antiviral Extraits de plantes médicinales</p> <p>Indications : déficience immunitaire, pathologies virales. Posologie : administration par voie orale.</p> <p>AGITER LE FLACON AVANT USAGE</p> <p><i>Verser les gouttes dans un verre et ajouter une boisson ensuite</i></p> <p>Adultes : 20 gouttes matin, midi et soir Enfants de 10 à 15 ans : 10 gouttes matin, midi et soir Enfants de 5 à 9 ans : 6 gouttes matin, midi et soir</p> <p><i>Le produit doit être pris tous les jours, minimum 5 minutes avant le repas, pendant une durée indéterminée en cas de syndrome d'immunodéficience.</i></p>	<p>Formule phytothérapique du Dr JP Raveneau composée d'un mélange homogène de molécules aromatiques dérivées de triterpènes, d'alcaloïdes et d'hétérosides extraits de plantes médicinales.</p> <p>Date de péremption : DEC 2008 N° lot : 412 Fabriqué sous licence Pharma-Concept</p> <p>Distributeur : Transgalaxy S.A. Genève (CH) Pharma@Transgalaxy.biz</p> 
--	--

Photo 6 : Facture de Viralgic, Burkina Faso, 2006, M. Egrot (UMR 7043 CNRS/US-IRD, ANRS1211)



Le Viralgic sur la photo 5 a été acheté en 2004 à Ouagadougou à 17 215 Fcfa dans une officine (photo 6), sur les conseils d'un médecin spécialisé dans la prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Il était promu par un délégué médical faisant aussi la promotion d'antibiotiques et d'antirétroviraux pour des firmes pharmaceutiques. Il a été prescrit sur ordonnance par certains médecins, quelquefois vendu en officine. Il a également fait l'objet d'expérimentations humaines bricolées sur quelques dizaines de personnes¹⁰.

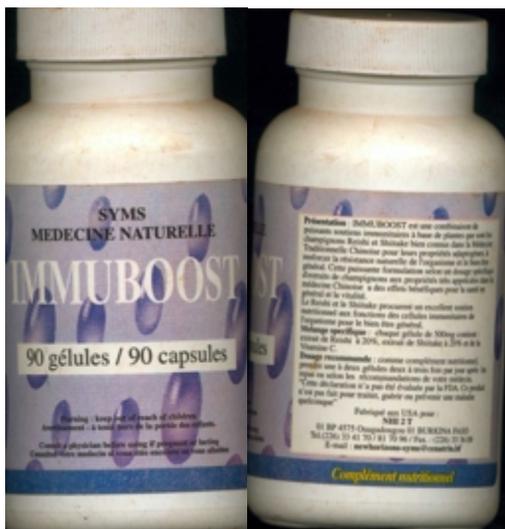
5. ...et bien d'autres produits

Bien d'autres produits néotraditionnels auraient pu être évoqués ici.

Par exemple l'Immubooost, fabriqué au Burkina Faso à base de champignons chinois placés dans des gélules, elles-mêmes contenues dans un flacon plastique importé des Etats-Unis, puis commercialisé comme « complément nutritionnel » (photo 7) par un acteur social, fondateur et directeur d'une entreprise appelée NHI2T et qui en assurait la promotion sur une radio d'obédience protestante. Ce produit fut recommandé et prescrit dans les années 2000 pour le sida. Les acteurs légitimant cet usage sont nombreux.

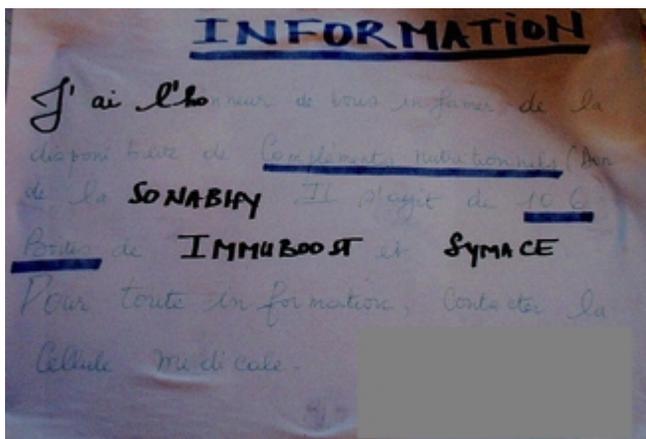
¹⁰ Plusieurs rapports d'expérimentations sur quelques dizaines de personnes sont cités au début des années 2000 sur le site www.viralgic.org (qui aujourd'hui n'existe plus). Le site évoquait une première évaluation faite au Burkina Faso par l'Unité phytothérapeutique de prise en charge des PvVIH ; la seconde à Abidjan au Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan, une dernière en Guinée à l'Hôpital Régional de Mamou.

Photo 7 : Immubooost, Burkina Faso, 2004, M. Egrot (CRECSS-IRD, ANRS12111).



L’affiche visible sur la photo 8 témoigne de la place occupée par ce type de produits au sein des associations de PvVIH, mais aussi d’un mode de légitimation répandu à propos de ces médicaments : le don par des entreprises ou des institutions (ici la Sonabhy¹¹). Toujours au sein d’une association de PvVIH, une agence de coopération internationale d’un pays européen avait incité à la création d’une activité génératrice de revenus grâce à un don d’Immubooost, revendu ensuite aux PvVIH.

Photo 8 : Affiche sur un don d’Immubooost dans une association, Burkina Faso, 2006, M. Egrot (UMR 7043 CNRS/US-IRD, ANRS12111)



11 Société nationale burkinabé des hydrocarbures.

Le Toabacoak's, une solution hydroalcoolique d'une dizaine de plantes, était fabriqué au Togo par un acteur se présentant comme « guérisseur ». Ce produit, commercialisé au Togo puis au Burkina Faso comme « antiretroviral à base de plantes » a été évoqué dans un précédent article (Hardon *et al.*, 2008).

Photo 9 : Etiquette du Tobacoak's, Burkina Faso, 2006, M. Egrot (UMR 7043 CNRS/US-IRD, ANRS12111).



L'Aloe Vera produit par une entreprise américaine est analysé par A. Desclaux dans un autre chapitre de ce livre.

Afin d'élargir le champ au delà des seuls traitements promus pour traiter le sida, un dernier produit, l'ApiPalu, médicament néotraditionnel, produit par la société Api-Bénin comme un traitement du paludisme (photo 10) est tout juste évoqué ici.

Photo 10 : Api-Palu, Bénin, 2013, M. Egrot (IRD, Amelpa).



Néanmoins, au delà de la diversité de ces produits, plusieurs invariants existent qui permettent d'aller plus loin dans l'analyse des dynamiques sociales qui se construisent autour de ce type d'objets.

Synchrétisme et porosité des frontières

Mieux comprendre les pratiques relatives à ces produits situés en marge d'autres objets thérapeutiques oblige à revenir sur leur statut ambigu. Par définition, cette catégorie est construite autour de synchrétismes qui articulent de manière variable des références hétérogènes.

La dimension naturelle est présente avec un vocabulaire ancré dans les registres de la phytothérapie, de la botanique ou encore de l'ethnopharmacologie. L'autre référence souvent convoquée utilise une rhétorique de la « tradition », parfois locale, mais aussi – bien souvent –, lointaine, d'un point de vue historique (jusqu'à l'anti-

quité) ou géographique (du lac Tchad à la Chine en passant par l'Amérique du Sud). Enfin, un axe important du syncrétisme permet une articulation entre médicaments néotraditionnels et biomédicaux.

Au quotidien, ces frontières sont largement perméables, particulièrement poreuses, mais aussi parfois imperceptibles du point de vue de certains des acteurs impliqués, en particulier les principaux concernés : les personnes souffrantes. Par exemple, ces frontières peuvent s'estomper, jusqu'à s'effacer, dans les vitrines ou les étagères d'officines au Bénin (Simon et Egrot, 2012). Au Sénégal et au Burkina Faso dans les années 2000 (ANRS 2241, 1281 et 12111), ils étaient prescrits sur ordonnance par des médecins, dans des centres de santé privés, à l'hôpital, voire dans des Centres Hospitalo-Universitaires. Certaines associations de PvVIH délivraient de manière similaire des ARV et des médicaments néotraditionnels promus comme des boosters de l'immunité, parfois comme des produits agissant sur le virus, et présentés, voire perçus, comme de véritables ARV. Au delà de la prescription, la délivrance et la vente, ce sont aussi les pratiques de promotion qui viennent brouiller les limites entre ces deux catégories d'objets.

Le flou entretenu vient aussi du fait que les médicaments néotraditionnels imitent les médicaments biomédicaux au travers d'analogies construites, des plus frustrées aux plus élaborées. Elles sont parfois visibles à travers le nom du produit (Immo-boost pour immunité boostée, Viusid proche de virucide, Viralgic pour... un virus qui aurait mal ?). Certains articulent une référence à une « tradition », ou à la nature, avec une référence à la biomédecine : Metrafais (Médecine Traditionnelle Africaine + AIDS) ; ApiSida ; ApiPalu, etc. Les étiquettes ou les notices regorgent de termes empruntés : bactériostatique, bactéricide ; antirétroviral ; inhibition de la réplication, etc. La formulation (gélules, comprimés) et le conditionnement (blisters, emballage, étiquette, notice) participent parfois de cette imitation, avec des informations sur le fabricant, les indications, la posologie, une composition, les modalités d'action, la fabrication, la péremption, rarement les effets secondaires.

Les indications se réfèrent souvent, avec plus ou moins de rigueur sémantique ou orthographique (notamment en anglais), à des entités nosologiques biomédicales : paludisme, infection à VIH, diabète, etc. Les explications fournies sur les modalités d'action utilisent aussi des notions venant des sciences biologiques. Les imitations reposent parfois sur des modalités d'expérimentation. Enfin, du fait de leur statut ambigu, ces médicaments circulent au sein d'espaces identifiés comme relevant de la biomédecine (lieux d'exercice et circuits pharmaceutiques formels).

Popularité et légitimité

Les médicaments néotraditionnels ont un succès important auprès de bons nombres d'acteurs : les populations ; les mondes associatifs ou caritatifs ; certains soignants ; les autorités politiques ou économiques. Certes, les attitudes sont hétérogènes et oscillent — pour reprendre ici l'opposition faite pour les médicaments biomédicaux –, entre popularité et scepticisme (Geest et Whyte, 2003). Néanmoins, ce gradient de popularité se construit ici sur des aspects le plus souvent très différents de ceux qui ont été décrits pour les médicaments biomédicaux.

Un litre de tobaccoak's (par ex.) n'a rien à voir avec un comprimé ! Il est moins pratique, moins facile à transporter, moins accessible, sans aucune légitimité biomédicale immédiate et consensuelle. Ainsi, l'expérience pratique ou la tangibilité (Geest et Whyte, 2003) du Tobaccoak's peuvent difficilement être retenues comme facteurs de popularité.

En revanche, la vie sociale de ces médicaments laisse penser que leur popularité est imbriquée avec la quête de légitimité opérée par leurs promoteurs. Leur visibilité dans des espaces biomédicaux et les références multiples à la science sont par exemple deux des nombreux facteurs qui participent pleinement de cette quête de légitimité. Celle-ci puise aussi dans le registre de la science au travers d'expérimentations humaines empruntant quelques éléments méthodologiques aux procédures d'essais cliniques¹². Elle se fonde aussi sur la notoriété ou la position sociale, lorsque par exemple les promoteurs de ces produits sont eux-mêmes des soignants ou des acteurs universitaires utilisant, parfois implicitement, l'argument du « scientifi-

12 Ce chapitre ne discutera ni des conditions de réalisation de ces expérimentations et ni de leur appréciation par les instances sanitaires, les scientifiques, les médecins, ou encore les pouvoirs publics. La présente contribution ne porte pas spécifiquement sur ce point précis. Traiter cette question imposerait en effet de prendre en compte une diversité d'aspects, d'innombrables documents ou publications, les logiques sociales d'une très grande diversité d'acteurs. Ces expérimentations humaines bricolées mériteraient certes une analyse spécifique qui ont été et pourraient être développée dans d'autres publications (Simon, 2015).

quement prouvé »¹³ dans leur discours (lors d'entretiens notamment), et parfois en référence à des expérimentations humaines.

Une autre forme de quête de légitimité rencontrée est cette habitude de mise en avant d'un brevet (photo 10 par ex.), comme si cet enregistrement d'un nouveau procédé de fabrication ou d'une nouvelle recette par une organisation de la propriété intellectuelle était susceptible d'apporter la preuve d'une efficacité, une garantie de qualité, ou un intérêt quelconque pour le consommateur. Sur cette photo, l'emballage témoigne de cette propension à mettre en avant des prix obtenus pour le caractère inventif d'une recette, ce qui montre encore la confusion qui existe entre reconnaissance d'une nouveauté et éventuelle administration de la preuve d'une possible efficacité. Elle témoigne *a minima* de ce besoin de multiplier les registres de légitimité.

Les autres registres (la nature et la tradition) se traduisent par le fait que ces produits ont aussi une vie sociale en dehors des espaces biomédicaux. Ils sont prescrits, recommandés, conseillés par des acteurs sociaux qui ne sont pas des professionnels de la biomédecine ; ils sont vendus ou délivrés par des acteurs qui ne sont pas des pharmaciens et en des lieux diversifiés qui ne sont ni des officines, ni des dépôts pharmaceutiques agréés.

Par exemple, la référence aux plantes permet parfois d'affirmer, sans justification aucune, l'absence d'effet toxique, l'inexistence d'interaction, ou encore l'innocuité pour les femmes enceintes et les enfants. Ainsi, la notice de l'ApiPalu stipule : « Ce médicament est d'origine organique, il ne contient aucun produit synthétique, il peut donc être associé à tout autre produit »¹⁴. Et ces oppositions sont parfois très

13 Les discours sur l'efficacité scientifiquement prouvée s'appuient parfois, pour certains produits, sur des expérimentations qui, pour une grande majorité, ne reprennent que quelques-unes des obligations méthodologiques (et éthiques) des essais cliniques. Il est impossible de citer ici toutes celles qui ont été faites au cours des dernières années. Mais surtout, il n'est pas possible de le faire dans un article aussi court et surtout dans une contribution dont l'objectif n'est pas spécifiquement l'analyse de la légitimité du point de vue biomédical, mais de la quête de légitimité sociale qui utilise entre autres des arguments reposant sur la science et la médecine. Peu de ces études ont fait l'objet d'une publication dans une revue. Elles sont souvent accessibles en ligne sur des sites de promotion des produits. A titre d'exemple, les études sur le Viralgic étaient pendant longtemps accessibles en ligne mais jamais publiées.

14 Cette affirmation n'est pas possible *a priori* comme en témoigne l'interaction de certaines plantes avec des médicaments (*par ex.* millepertuis et ARV).

fortes, certains promoteurs inscrivant leur discours en opposition franche avec les médicaments biomédicaux. Dans le registre de la nature, le caractère nécessairement inoffensif et non toxique est souvent mis en avant, en opposition aux effets indésirables des médicaments biomédicaux, à l'absence de traitement efficace, ou encore à des traitements incapables de guérir.

La convocation d'une « tradition » s'associe aussi à des discours sur l'innocuité et l'efficacité, qui se mesurent souvent à l'échelle de l'ancestralité d'un usage, parfois même cristallisé en un concept avancé par quelques ethnobotanistes : l'« évidence ethnomédicale ». Selon eux, elle dispenserait de s'interroger, et ce même lorsque le mode de préparation est différent de celui qui est présenté comme « traditionnel »¹⁵.

Le succès de ces médicaments est donc en partie lié au fait que leur circulation et leur utilisation reposent sur de multiples processus de légitimation. En effet, si ce qui légitime l'usage d'un médicament biomédical reste principalement l'essai clinique, il n'en va pas de même pour les médicaments néotraditionnels. Il importe donc pour leur(s) promoteur(s) de montrer leur légitimité d'une autre manière, notamment en multipliant les registres de légitimation.

Légitimité et automédication

L'automédication par médicaments néotraditionnels est largement facilitée en Afrique de l'Ouest pour différentes raisons.

L'une de ces raisons, – pour nombre de ces produits –, est leur accessibilité, et surtout pour certains, une disponibilité dans de nombreux lieux, parfois très différents : boutiques spécialisées ou non en phytothérapie ; magasins de cosmétiques ; alimentations ; officines ; vendeurs ambulants, etc.

Une autre raison vient de l'ambiguïté à propos des frontières entre la catégorie des médicaments néotraditionnels et d'autres catégories de produits à visée thérapeutique, qui se manifeste de différentes manières, en différents lieux (associations de PvVIH, institutions internationales, ONG, services de l'état, officines, salles de consultation, etc.), en lien avec différents acteurs sociaux (responsables d'associa-

15 Le fait de préparer, à partir du même végétal, une tisane, une décoction, une huile essentielle ou une solution hydroalcoolique change la composition de la préparation finale.

tions, délégués médicaux, soignants, prescripteurs, pharmaciens, responsables de services, etc.).

De surcroît, l'articulation entre cette porosité des frontières et cette circulation diversifiée, – en particulier hors des espaces biomédicaux –, participe aussi pleinement à la dynamique de la pharmaceuticalisation des sociétés en Afrique (Desclaux et Egrot, 2015). Le fait que les médicaments néotraditionnels cherchent à imiter les médicaments biomédicaux a pour conséquence qu'ils se trouvent de fait entraînés dans le flux de la pharmaceuticalisation. En retour, – et du fait de la confusion qui existe dans les représentations sociales de multiples acteurs –, ils sont eux-mêmes inducteurs de ce processus en cours d'expansion. Ainsi, tout comme d'autres produits frontières, ils deviennent des catalyseurs mondialisés de la pharmaceuticalisation, synonyme notamment d'un usage de produits thérapeutiques en dehors des espaces biomédicaux, dans bien des cas par automédication. De manière connexe, cette ressemblance entre catégories participe aussi à la banalisation de l'automédication pour les médicaments biomédicaux.

Ces deux constats faits, avançons sur une autre piste : cet usage banalisé des médicaments néotraditionnels, notamment par automédication, est en partie lié (et même induit) aux procédés utilisés pour en accroître la légitimité sociale. Leurs facettes multiples sont en effet constitutives de leur dimension syncrétique, mais elles le sont surtout du fait d'une quête de légitimité effectuée dans de multiples registres, dans des espaces sociaux hétérogènes et, bien souvent, dans des parcours mondialisés complexes. Une proposition d'analyse pourrait permettre d'articuler quête de légitimité et différentes formes d'automédication.

Comme souligné, la légitimité se construit dans le registre d'une notoriété sociale issue des différents référents mobilisés, et déclinée souvent comme une preuve implicite d'autorité : un guérisseur réputé, parfois aussi le simple petit fils d'un guérisseur connu ; des acteurs religieux renommés, bien évidemment dignes de foi, comme l'Ocades, un pasteur protestant, un prêtre dirigeant une église charismatique ; des institutions de soins réputées ou des personnalités issues du monde médical, de la recherche ou de l'université. Ainsi, l'une des constantes de l'acquisition de ces légitimités est qu'elle se caractérise par la confiance accordée au locuteur qui assure la promotion du produit.

De la même manière, la décision de s'automédiquer ne repose-t-elle pas aussi sur la confiance accordée, aux vendeurs, aux prescripteurs (formels ou informels), à cette

personne du réseau social qui en conseille l'usage ? Et cette lecture par le prisme de la confiance ne peut-elle permettre de définir plusieurs types d'automédication ?

Certes, l'automédication peut se construire socialement, dans les contextes qui nous occupent, en référence aux notions de popularité et de scepticisme. Il est alors tentant de s'intéresser au lien social qui unit celui qui décide par lui-même de consommer un médicament, avec celui qui le vend, le vante, le recommande ou encore le prescrit.

L'analyse sociologique de la confiance comme élément structurant la relation sociale (Watier, 2008) peut s'appliquer à l'automédication. En adoptant cette perspective, différentes automédications peuvent être différenciées en lien avec la confiance, tout comme nous l'avons proposé avec Aline Sarradon à propos de l'observance (Sarradon-Eck *et al.*, 2008).

Au delà d'une simple alternative entre automédication subie ou choisie, une typologie de différentes automédications peut alors se dessiner, en lien étroit notamment avec le degré de confiance ou de défiance qui existe entre celui qui choisit de s'automédiquer et celui qui lui recommande ou lui vend un médicament.

Certes, une automédication choisie pourrait bel et bien être distinguée, mais le simple fait de choisir recouvre finalement des situations bien différentes, en lien étroit avec les éléments contextuels sur lesquels ce choix s'est construit. Et la réalité sociale montre justement que les choix sont souvent nuancés et complexes. Il apparaît alors nécessaire de distinguer d'autres formes d'automédication.

Il peut s'agir d'une automédication par empathie ou automédication affective, lorsque le choix repose sur un lien social plus ou moins fort entre individus qui offrent et qui consomment. S'automédiquer pour faire plaisir, par affection, pour ne pas froisser, plus que par conviction.

Inversement, il existe parfois des automédications raisonnées voire des automédications par conviction, par adhésion, lorsque la personne qui décide de s'automédiquer est convaincue, partiellement ou non, par les arguments fournis.

L'automédication concédée ou consentie est en quelque sorte une automédication « faute de mieux » lorsque l'acteur concerné n'est pas vraiment convaincu, ni vraiment confiant. Et ne serait-il pas opportun de définir des automédications orien-

tées ou influencées, lorsque la personne se décide sous pression d'un acteur influent de son réseau. Ne pourrait-on aussi distinguer des automédications par dépit, ou même des automédications par défiance, voire par opposition, lorsque la décision de se soigner se prend suite à une autre expérience décevante voire délé-tère.

Enfin, il resterait peut-être une automédication subie, par autorité ou par vulnérabilité selon que l'on s'intéresse à celui qui induit l'automédication ou à celui qui la subit. Cette modalité de l'automédication pourrait convenir pour des pratiques concernant des individus sous autorités ou sous dépendance comme des enfants, de personnes handicapées, des personnes âgées, mais aussi, par exemple, de personnes souffrantes embrigadées dans des structures de soins, par exemple des PvVIH sous ARV dans des associations, fortement dépendantes des services offerts par cette institution.

Ces différentes modalités proposées sont loin d'être exhaustives. Par contre, certaines pratiques d'automédication pourraient bien s'inscrire simultanément dans plusieurs de ces modalités. Cette ébauche de typologie témoigne au moins du fait que les déterminants d'une automédication sont particulièrement nombreux et qu'une typologie uniquement dichotomique serait un reflet bien pauvre de la complexité du social.

Références

- Desclaux A. et Egrot M. (2015). Dynamique de la pharmaceuticalisation au Sud. Dans *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: Editions de l'IRD/L'Harmattan. pp.251-272.
- der Geest, S.V. et Whyte, S.R. (2003). Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropologie et Sociétés*. 27(2). pp.97-117.
- Hardon, A. Desclaux, A. Egrot, M. Simon, E. Micollier, E. Kyakuwa, M. (2008). Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 4(16).
- Sarradon-Eck, A. Egrot, M. Blanc, M.-A. Faure, M. et al. (2008). Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins*. 39(1). pp.3-12.
- Simon, E. (2015). L'expérimentation humaine en médecine traditionnelle, une pratique à la croisée de deux questionnements éthiques. Analyses à partir du Bénin. Dans Badji, M. et Desclaux, A. (éds.). *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*. Dakar: L'Harmattan-Sénégal. pp.283-299.
- Simon, E. et Egrot, M. (2012). "Médicaments néotraditionnels" : une catégorie pertinente ?. *Sciences sociales et santé*. 30(2). pp.67-91.
- Watier, P. (2008). *Éloge de la confiance*. Paris:Belin.

Quand la plante dialogue avec le corps Se soigner en utilisant le savoir herboristique

Ida Bost¹.

1. Doctorante en Ethnologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, école doctorale « Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent » (ED 395), Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative (LESC).

En France, le 11 septembre 1941, un décret supprima le certificat d'herboriste, condamnant le métier à disparaître progressivement avec les derniers herboristes certifiés (voir notamment Aubry, 1993 ; Rebillard, 2002). Mais, dans les années 1970, l'attrait pour l'environnement et les médecines dites « alternatives » remit l'herboristerie sous les feux médiatiques, et suscita de nouveaux intérêts. Depuis les années 1980, la multiplication des enseignements privés et des stages (cours de l'ARH¹, de l'EDPP², de l'Ecole Lyonnaise de Plantes Médicinales³, de l'Ecole Française d'Herboristerie⁴, etc.) a rendu de nouveau accessibles les savoirs herboristiques. Leur succès, associé à la multiplication des manuels d'herboristerie (Compain, 1939 ; Duhamel, 1961 ; Blisson, 1961 ; Bénard et Vaesken, 1979 ; Bonneval, 1981, 1999 ; Robert, 1986 ; Pierre, 2002 ; Mulot, 2005 ; Thévenin, 2008 ; etc.), témoigne d'un intérêt croissant pour l'utilisation des plantes dans l'objectif de se soigner.

Cet article se propose d'identifier les caractéristiques principales de l'herboristerie qui expliqueraient cet engouement, à partir du discours que portent ses utilisateurs

-
- 1 Association pour le Renouveau de l'Herboristerie, <http://www.arh-herboristerie.org/>, dernière consultation le 29/05/2015.
 - 2 L'Ecole des Plantes de Paris, <http://www.ecoledesplantes.net/>, dernière consultation le 29/05/2015.
 - 3 L'Ecole Lyonnaise de Plantes Médicinales et des Savoirs Naturels, <http://www.ecoledeplantesmedicinales.com/>, dernière consultation le 29/05/2015.
 - 4 L'Ecole Française d'Herboristerie, <http://www.ecole-francaise-herboristerie.com/>, dernière consultation le 29/05/2015.

sur leurs pratiques et sur la biomédecine. Il s'appuie sur les résultats d'un travail de thèse, en Ethnologie, effectué à l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense. Une trentaine d'entretiens de type semi-directif ont été réalisés, entre 2012 et 2014, à Paris et dans la banlieue parisienne, auprès de vendeurs de plantes se revendiquant comme « herboristes »⁵ et d'individus concernés par la transmission du savoir herboristique (enseignants en herboristerie, élèves et responsables de formation). Ces entretiens ont été complétés par des observations effectuées dans deux centres d'enseignement en herboristerie, à Paris, ainsi que lors des différents Congrès des Herboristes (2013, 2014 et 2015)⁶. Afin de comprendre les enjeux de l'herboristerie actuelle, j'ai moi-même suivi un cursus de deux ans dans l'une de ces écoles (septembre 2012 à juin 2014). L'article s'appuie par ailleurs sur l'analyse des manuels d'herboristerie, des années 1970 à aujourd'hui, ainsi que sur les thèses en Ethnologie et en Anthropologie de Raphaële Garreta (Garreta, 2004) et d'Aline Mercan (Mercan, 2012), qui abordent l'herboristerie contemporaine. Ces différentes données sont mises en regard avec la littérature sur les médecines dites « alternatives ».

1. Faire de l'herboristerie aujourd'hui

Dans les écoles d'herboristerie, les étudiants apprennent à reconnaître et à utiliser les plantes médicinales fraîches et sèches. Ces dernières sont essentiellement employées sous forme de « tisanes », c'est-à-dire principalement en infusion⁷, pour les parties les plus fragiles, comme les feuilles et les fleurs, ou en décoction⁸, pour les parties les plus dures, comme les racines et les écorces. Du fait que le métier d'herboriste n'existe plus officiellement, les connaissances acquises dans ces écoles semblent avoir d'abord une utilisation personnelle. « Les élèves veulent apprendre à se soigner et à soigner leurs proches » confirme un enseignant. L'observation des questions posées par les étudiants pendant les cours témoigne de l'intérêt éminemment pratique qu'ils voient dans leur apprentissage : « J'ai ma belle-sœur qui est enceinte, puis-je lui donner cette plante ? » « Comment faire cette préparation avec ce que l'on a chez nous ? » De fait, la simplicité de la préparation d'une tisane permet une certaine autonomie dans l'acte de soin. Les plantes sont utilisées en

5 Le métier d'herboriste ayant officiellement disparu avec les derniers certifiés, j'utiliserai ce terme avec des guillemets, même si les personnes interrogées s'en revendiquent.

6 Ces congrès ont été initiés par l'Institut pour la Protection de la Santé Naturelle, l'entreprise Natura Mundi, l'Ecole Lyonnaise de Plantes Médicinales et des Savoirs Naturels et l'Herboristerie du Palais Royal à Paris.

7 La plante est plongée dans de l'eau chaude.

8 La plante est plongée dans de l'eau froide qui est ensuite chauffée.

l'état, séchées tout au plus. En outre, nombre d'entre elles sont communes dans nos régions, comme le pissenlit (*Taraxacum officinale* Weber ; *Asteraceae*) ou l'ortie (*Urtica dioica* L. ; *Urticaceae*). L'acquisition du savoir herboristique pourrait donc permettre de maîtriser l'ensemble des étapes du soin : la préparation, l'acquisition, la prescription et l'utilisation du médicament.

A l'image de la naturopathie (Grisoni, 2011, p. 197), cet apprentissage prend place dans une représentation plus globale de la santé qui s'appuie sur le « terrain »⁹. Cette notion renvoie à l'idée que le corps est un état d'équilibre pouvant être perturbé par des agents tant physiques que psychiques (stress, pollution, apports médicamenteux, etc.), ce qui entraînerait l'apparition des maladies. Elle était d'ailleurs déjà présente dans les écrits des derniers herboristes certifiés, comme Marie-Antoinette Mulot : « Toute manifestation extérieure d'un mal, que ce soit douleur, boutons, etc., n'est que le reflet d'un déséquilibre intérieur tant physique que psychique » (Mulot, 2005, p. 535). Parce que la frontière entre son extérieur et son intérieur est supposée poreuse, le corps nécessiterait un entretien régulier. Pour conserver ou rétablir son équilibre, la première action sera de le « drainer », c'est-à-dire de renforcer l'action des « émonctoires », ces organes chargés de l'élimination des déchets, comme la peau, les reins, les intestins, les poumons ou le foie. « La première tisane sert à faire le nettoyage » explique une enseignante, avant d'ajouter : « plus le corps est nettoyé, plus le message aura un impact efficace ». Comme dans bien des médecines dites « alternatives », la purification est un élément clé dans l'herboristerie (Garreta, 1998). Bien plus que les huiles essentielles ou les gélules de plantes, la tisane apparaît comme une forme liée au nettoyage du corps, ne serait-ce qu'en activant la diurèse par l'eau qu'elle contient. Et si l'infusion est souvent prise en interne, elle peut aussi être utilisée pour laver le corps en externe : on en fait des lotions, des bains oculaires, de siège, de pieds, des eaux de rinçage pour les cheveux, des gargarismes, etc.

Cette représentation de la santé implique une perception « holistique » de l'acte de soin : puisque tout élément peut, potentiellement, venir perturber l'équilibre du corps, soigner, c'est considérer l'être humain dans sa globalité, en prenant en compte autant son histoire personnelle que son environnement de vie. L'individu

9 Ce mot n'a pas de définition stricte. Ainsi, les naturopathes l'utilisent selon une définition similaire à celle utilisée en herboristerie (Grisoni, 2011, p. 197). En revanche, un médecin phytothérapeute comme le docteur Belaïche lui donne un sens plus restreint et l'assimile à « l'ensemble des possibilités d'agents biologiques qui combattent contre toutes les possibilités d'agents pathogènes » (Bourret, 1980, p. 53).

est ainsi extrait de l'anonymat (Mercan, 2012, p. 462), pris en compte dans ses particularités et dans son histoire. Ainsi, théoriquement du moins, toute tisane utilisée en herboristerie sera nécessairement établie au cas par cas, en fonction de l'utilisateur. Même si, de manière concrète, une perception entièrement holistique est difficile à tenir (voir Mercan, 2012, p. 323), l'utilisation des plantes permet, de fait, d'aller au-delà d'une réponse symptomatique : il existe toujours plusieurs plantes possibles pour une action, et, à l'inverse, chaque plante possède plusieurs propriétés, certaines plus marquées que d'autres. En les conjuguant, il est possible d'orienter une tisane selon plusieurs directions thérapeutiques, afin de l'adapter au profil de son utilisateur. Par exemple, dans le cas d'une femme ayant des difficultés à digérer et qui, par ailleurs, vit dans un environnement stressant, la tisane pourra contenir de la mélisse (*Melissa officinalis* L. ; *Lamiaceae*), pour son aspect antispasmodique mais aussi de sédatif léger, ou de la verveine (*Aloysia triphylla* Britton ; *Verbenaceae*), digestive mais aussi calmante.

2. Herboristerie vs biomédecine

Du point de vue des acteurs interrogés, l'herboristerie serait fondamentalement différente de la biomédecine. Elle partage, avec les médecines « parallèles » (Laplantine et Rabeyron, 1987, p. 21), la revendication d'être une pratique « traditionnelle », renvoyant ici à l'idée d'un savoir ancestral transmis de génération en génération (Mercan, 2012, p. 325). Alors que les médecins sont supposés ne s'intéresser qu'aux symptômes, la pratique herboristique permettrait de s'attaquer aux causes fondamentales de l'apparition d'une maladie, c'est-à-dire au déséquilibre du corps qui en est la source. « Les médecins soignent les effets de la maladie sans trouver la cause » explique une « herboriste ». En outre, l'herboristerie permettrait une action respectueuse du corps et essentiellement indirecte : il s'agit d'abord d'aider le corps à se soigner de lui-même, en renforçant ses fonctions, et non d'agir à sa place.

Par ailleurs, l'utilisation de la plante entière serait moins nocive que l'utilisation de principes chimiques extraits. La plante entière présente un équilibre d'une grande complexité : « dans la plante, il va y avoir cent/deux cents molécules qui vont interagir entre elles » explique un « herboriste ». Cette complexité est renforcée par le fait que la part de principes actifs varie en fonction des conditions de culture (climat, sol, etc.), de récolte et de conservation. Le mot « totum » sert alors à qualifier l'action groupée et indissociable des molécules. Contrairement aux principes actifs extraits et mesurés, l'utilisation « traditionnelle » de la plante, c'est-à-dire en l'état, est imprécise. « Quand on fait une infusion, nous n'allons pas chercher une

molécule précise. [...] Dans l'herboristerie traditionnelle, on est incapable de doser les principes actifs » explique un autre « herboriste ». Or, paradoxalement, c'est cette imprécision même qui ferait la force de la plante entière. Les utilisateurs de l'herboristerie font confiance à la plante pour harmoniser ses composants, afin d'être efficace et assimilable. « Ce n'est pas le fait qu'une substance soit présente dans la plante qui fait qu'elle va agir, c'est la façon dont la plante organise ses substances » déclare, ainsi, une enseignante. Un « herboriste » de Paris explique que la plante, contrairement au médicament chimique, ne provoque pas d'effet secondaire. « Le médicament végétal, originaire de la matière vivante est généralement mieux toléré par l'organisme que de nombreuses substances de synthèse » écrit Martine Bonnabel-Blaize, qui dirige une herboristerie à Marseille (Bonnabel-Blaize, 2011, p. 17). De ce point de vue, le « naturel » devient un synonyme de « non agression » (Schmitz, 2006, p. 21).

Si l'herboristerie se présente comme fondamentalement différente de la biomédecine, elle peut aussi apparaître comme complémentaire. La préparation d'une tisane (mettre de l'eau à bouillir, faire infuser les plantes puis boire l'équivalent d'un mug) nécessite davantage de temps et d'investissement que d'avaler une pilule ou un cachet. L'opération sera renouvelée deux à trois fois dans la journée, et durera environ trois semaines. « Avec les plantes, tu ne peux pas t'attendre à un résultat comme ça. Il faut du temps » explique une enseignante. En 1986, l'herboriste certifiée Suzanne Robert la baptisait d'ailleurs de « médecine lente » (Robert, 1986, p. 19). Et puisque l'herboristerie n'est pas une réponse rapide, on n'attend pas d'être malade pour se soigner : les plantes sont utilisées pour purger le corps au printemps, le renforcer à l'automne, etc. « L'herboristerie est plus dans la prévention » déclare un « herboriste », « la grande différence avec la pharmacie c'est qu'en principe, on n'attend pas d'être malade pour venir se soigner ». Puisque l'environnement de vie influence le « terrain » d'un individu, il est nécessaire d'en prendre soin jour après jour. L'alimentation, en particulier, comme pour les naturopathes (Estager, 2001) ou les végétariens (Ouédraogo, 1998), est supposée jouer un rôle fondamental dans la conservation d'une bonne santé. Dans une émission de *France Culture*, réalisée en mai 2012, Thierry Thévenin, producteur de plantes et « herboriste », explique : « On est plus proche de l'alimentaire. On est plus là pour prendre soin de sa santé, pour rester en bonne santé, c'est plus de l'ordre de l'hygiène de vie et ce n'est pas... On n'est pas là pour soigner, lutter contre la maladie »¹⁰. Pratiquer l'herboristerie est donc un acte d'attention au corps qui dépasse largement le

¹⁰ <http://www.franceculture.fr/emission-terre-a-terre-le-printemps-des-simples-2012-05-12>, dernière consultation le 2/04/2014.

moment de la maladie, et s'ancre dans le quotidien. A l'inverse, le médicament « chimique » est supposé fournir une réponse rapide et les « herboristes » reconnaissent généralement la nécessité d'y avoir recours en cas de maladie grave. « La médecine chimique, elle devrait être une médecine de recours », explique un « herboriste », « de recours quand on ne peut pas faire autrement, car pour certaines pathologies, on ne peut pas faire autrement ». Une idée largement répandue parmi les utilisateurs de plantes, et que reprend Aline Mercan : « aux CAM¹¹ le champ de la chronicité, à la biomédecine le champ de l'aigu, de l'urgence » (Mercan, 2012, p. 370).

S'opposent donc, d'un côté, une biomédecine supposée apporter une réponse symptomatique, efficace en cas d'urgence, mais basée sur un médicament « chimique » potentiellement dangereux, et, d'un autre côté, une herboristerie apportant une réponse dans la lenteur et dans la profondeur, mais davantage en harmonie avec l'individu. Cette opposition invite à penser la frontière entre le normal et le pathologique. En herboristerie, le mal-être physique n'est pas interprété comme un problème en soi, mais comme un message signalant un état de déséquilibre. L'écoute du corps permet de rendre visible l'invisible : la pollution, le stress, l'accumulation de déchets, etc. Le recours au médecin ne se fera que si la tisane s'avère inefficace, nécessitant un autre type de traitement. En ce sens, l'herboristerie questionne le niveau à partir duquel une indisposition deviendra préoccupante, nécessitant une réponse curative adéquate, et où l'individu pourra proprement être qualifié de « malade ». Mais elle n'est pas qu'un moyen de donner un sens à la maladie et de permettre à l'individu de devenir acteur de sa propre santé. Elle est aussi une façon de créer un autre lien avec la Nature.

3. Des Hommes et des plantes

Claudine Herzlich écrit que l'entrée par la maladie et le soin rend visible une critique de la société et de l'ordre social (Augé et Herzlich, 1984, p. 202). De fait, derrière l'opposition au médicament chimique, le recours à l'herboristerie s'inscrit plus généralement dans l'opposition à une société dénaturée, dont les grands scandales sanitaires (affaires du « sang contaminé », de la « vache folle », du « médiateur », etc.) en seraient l'expression (Mercan, 2012, p. 350). Cette société aurait perdu le lien à la Nature, c'est-à-dire à l'équilibre fondamental (Garreta, 2004, p. 181). « L'homme a perdu le contact avec la Nature » écrit Patrice de Bonneval, fondateur de l'Ecole Lyonnaise de Plantes Médicinales (Bonneval, 1999, p. 5). « Les gens veulent se

11 Médecines Complémentaires et Alternatives.

tourner vers la Nature, vers l'essentiel » déclare une vendeuse dans une herboristerie. « L'herboristerie est plus proche de la terre, du vrai, du nature » confirme une élève de l'ARH. Par opposition au médicament chimique, la plante, même séchée, est considérée comme vivante. Par suite, ce caractère vivant est transmis à la tisane elle-même. « La preuve c'est qu'à vingt degrés, elle tourne » explique une « herboriste », signifiant en cela que la tisane réagirait à la température. L'ingestion, de quelque produit que ce soit, n'est jamais neutre : « l'absorption d'un aliment nous remplit de ses qualités qui deviennent les nôtres. Il ne s'agit pas simplement de ses qualités nutritionnelles, mais de tous les attributs que l'imagination collective a pu lui conférer » rappelle Annie Hubert (Hubert, 2001). Avaler une tisane est donc un symbole particulièrement fort.

D'ailleurs, la pratique herboristique est parsemée de représentations de la Nature. La tisane comporte toujours plusieurs plantes, sur le modèle de la diversité naturelle des plantes sauvages : « aucune plante ne doit être utilisée seule. Les plantes travaillent en synergie. Le vivant ne s'exprime que sous une forme diversifiée » explique un enseignant. En outre, l'herboristerie implique l'inscription dans les cycles de la Nature. Pour être efficace, la tisane doit être prise à intervalles réguliers, tout comme le jour succède à la nuit, ou l'inspiration à l'expiration. « Nous sommes des êtres de rythme » rappelle un enseignant. Et cela pendant vingt-et-un à vingt-huit jours, ce qui correspond à un cycle naturel (le cycle de la femme ou de la lune). Ce discours n'est pas récent, puisqu'en 1961, l'herboriste certifiée Paulette Duhamel le reprenait dans son manuel d'herboristerie (Duhamel, 1961, p.8). La cueillette elle-même nécessite le respect d'un rythme, car les propriétés de la plante varieront fortement selon l'époque où elle a été récoltée, son âge et son milieu : les racines se récoltent en automne ou au printemps, les feuilles juste après l'apparition des boutons, les fleurs au début de leur épanouissement, voire en boutons, les fruits à maturité, etc.

Plus encore, l'herboristerie permet à l'individu de développer une relation fortement personnalisée avec les plantes. Les « herboristes », pour qualifier leur lien avec elles, n'hésitent pas à utiliser des mots comme « amitié », « amour », « passion », « respect », « confiance », etc. « Un herboriste c'est quoi ? C'est un monsieur qui fait confiance et qui est dans l'amour. Amour de le faire, amour de ses clients, amour de ses plantes » déclare l'un d'entre eux. « Il y a une valeur de confiance en l'humain, en la plante et en soi-même » explique un autre. En tant qu'être vivant, la plante serait de la même nature fondamentale que l'être humain (Mercan, 2012, p. 355). Et, à l'image des relations interhumaines, chaque utilisateur entretient des rapports

plus étroits avec certaines plantes. « Dans la grande diversité qu'offre la flore, il est alors courant d'effectuer un choix, d'avoir un nombre réduit de plantes privilégiées : celles qui nous correspondent le mieux » explique Raphaële Garreta (Garreta, 2007, p. 101). Dans sa thèse, Aline Mercan rapporte les propos d'une organisatrice de stages d'herboristerie : « il faut essayer de trouver la plante qui correspond le mieux à la personne pour être efficace, quand on l'a trouvée on peut se dire "ah tiens, c'est ma plante" ! » (Mercan, 2012, p. 363). André Georges Haudricourt (voir notamment Haudricourt, 1962 ; Haudricourt, 1987) appelle le chercheur à étudier les rapports d'une société avec son environnement, pour mieux comprendre les comportements de ses membres et son histoire. En suivant son exemple, on peut se demander jusqu'où, lorsque l'utilisateur d'herboristerie parle de la plante, n'est-il pas en train de parler, en creux, de la société humaine. Derrière cette relation très positive à la plante, ne se cache-t-il pas des représentations des liens idéaux que devraient avoir les Hommes entre eux ?

Conclusion

L'herboristerie n'apparaît donc pas seulement comme un outil permettant de se soigner par soi-même, en évitant le recours au système biomédical. Elle s'inscrit dans un espace spécifique, où la santé est interprétée par le biais du « terrain » et où la maladie se mesure à l'aune du déséquilibre. Ce faisant, les « herboristes » repoussent la biomédecine dans un autre domaine, dans lequel ils sont impuissants : celui de l'urgence, du traitement des symptômes, du « chimique » et des maladies qui ne peuvent être guéries avec des tisanes. De la même manière que les « herboristes » souhaitent rendre compte des limites de la biomédecine, cette dernière témoigne des limites de l'herboristerie, qui ne peut être une réponse thérapeutique absolue. C'est que l'herboristerie semble d'abord être un moyen de donner un sens au quotidien, plus respectueux de l'individu, du corps et de l'environnement, et qui valorise fortement l'expérience personnelle. En apprenant à utiliser cet être vivant qu'est la plante pour entretenir sa santé, l'utilisateur de l'herboristerie établit une relation particulière et extrêmement forte avec son environnement. En ce sens, elle est aussi un moyen d'action et de critique à l'encontre d'une société contemporaine, perçue comme ayant perdu le lien avec la Nature. En 1984, Marc Augé écrivait : la maladie est « à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses » (Augé & Herzlich, 1984, p. 36). De fait, l'étude de l'herboristerie en France offre une configuration possible des significations que peut prendre l'acte même de se soigner, qui est assurément bien plus qu'une action visant à supprimer un symptôme.

Références

- Aubry, I. (1993). *L'herboristerie : historique et devenir*. Thèse de doctorat en Pharmacie, Université René Descartes, Paris.
- Augé, M. et Herzlich, C. (Eds.) (1984). *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Bénard, S. et Vaesken, B. (1979). *L'herboriste et vous : son métier, ses recettes, votre santé*. Neuilly-sur-Seine: Dargaud.
- Blisson, E. (1961). *Le Formulaire de l'herboriste: 150 maladies, comment les soigner et les guérir par les plantes avec l'aide de la radiesthésie*. Aubenas: imprimerie Habauzit.
- Bonnabel-Blaize, M. (2011). *Santé & bien-être par les plantes: conseils & recettes d'une herboriste d'aujourd'hui*. Aix-en-Provence: Édisud.
- Bourret, J.-C. (1980). *Les nouveaux succès de la médecine par les plantes*. Paris : Hachette.
- Compain, M. (1939). *Guide de l'herboriste et du droguiste avec les remèdes vétérinaires*. (3è éd.). Limoges: Compain.
- De Bonneval, P. (1990). *Manuel Pratique de l'herboriste*. Saint-Vincent-sur-Jabron : Editions Présence.
- De Bonneval, P. (1999). *L'herboristerie, manuel pratique de la santé par les plantes pour l'homme et l'animal: phytothérapie, aromathérapie, oligothérapie, vitaminothérapie*. Méolans-Revel: Editions Désiris.
- Duhamel, P. (1961). *Les cures de l'herboriste*. (3è éd.) Paris: imprimerie Roger Belleville.
- Estager, M.P., (2001). La naturopathie en Aquitaine. *Anthropology of food, S1*. En ligne <http://aof.revues.org/1164>.
- Garreta, R. (1998). *Ces plantes qui purifient : De l'herboristerie à l'aromathérapie*. Terrain, (31), 77-88.
- Garreta, R. (2004). *Des simples à l'essentiel : de l'herboristerie à l'aromathérapie, pratiques et représentations des plantes médicinales*. Thèse de doctorat en Ethnologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- Grisoni, A. (2011). *Sous les pavés, la terre: culte du bien-être et nouveaux métiers : La naturopathie en transformation à la conquête du marché*. Thèse de doctorat en Sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.
- Haudricourt, A. G. (1962). Domestication des animaux, culture des plantes et traitement d'autrui. *L'Homme*. 2(1), 40-50.
- Haudricourt, A. G. (1987). *L'homme et les plantes cultivées*. Paris: Métailié.
- Hubert, A. (2001). Alimentation et Santé : la Science et l'imaginaire. *Anthropology of food, S1*. En ligne <http://aof.revues.org/1108>.
- Laplantine F. et Rabeyron P. L. (1987). *Les médecines parallèles*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Mercan, A. (2012). *Le meilleur de la Science, de la Nature et de la Tradition : Ethnographie des enseignements de phytothérapie en France*. Thèse de doctorat en Anthropologie, Université d'Aix-Marseille, Aix-Marseille.
- Mulet, M. A. (2005). *Secrets d'une herboriste : 315 plantes médicinales, 100 maladies courantes, conseils de beauté, adresses utiles*. Paris: Éditions du Dauphin.
- Ouédraogo, A. P. (1998). Assainir la société: Les enjeux du végétarisme. *Terrain*. 31. pp.59-76.
- Pierre, M. (1982). *Les plantes de l'herboriste*. (4^e éd.). Paris: Robert Jauze.
- Rebillard, L. (2002). *L'herboristerie en France : genèse d'un métier, disparition d'une profession*. Mémoire principal de DEA Sciences Sociales, ENS-EHESS, Paris.
- Robert, S. (1986). *Tous mes secrets de santé*. Paris: Artefact.
- Schmitz, O. (Ed.) (2006). *Les médecines en parallèle : Multiplicité des recours au soin en occident*. Paris: Karthala.
- Thévenin, T. (2008). *Les plantes sauvages : Connaître, cueillir et utiliser*. Saint-Paul: Lucien Souny.

S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre-t-il les habitudes de consommation des familles ?

Emilienne Anago¹, Audrey Hemadou², Carine Baxerres³.

1. Étudiante en Master 2 de Sociologie du Développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Assistante de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance
3. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Pour une même pathologie, les traitements se succèdent et les recommandations thérapeutiques sont régulièrement modifiées. Or les individus prennent des habitudes de consommation de certains médicaments qu'ils associent ou non à leurs indications biomédicales. En anthropologie on parle d'appropriation d'un médicament de la part des individus lorsque ceux-ci utilisent ce médicament de leur propre chef, pensant, selon leurs propres logiques et perceptions, en connaître les effets (Baxerres, 2013). On est là bien au cœur de la question de l'automédication, puisque, en déplaçant ou non aux médecins, les individus s'automédiquent avant tout avec des médicaments qu'ils se sont appropriés¹. Depuis 2004, le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Bénin recommande les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) en traitement de 1^{ère} intention du paludisme simple. Or depuis que cette maladie sévit dans le pays, les individus ont développé au cours des années, sous l'influence mutuelle de la biomédecine et des savoirs ancestraux, des modes de traitements spécifiques contre celle-ci. Dans ce contexte, il est important de chercher à comprendre comment les CTA intègrent les

1 Le dictionnaire Petit Larousse illustré, version 2007, donne comme définition du terme s'approprier : « se donner la propriété de, faire sien, s'attribuer », p. 102.

habitudes de consommation pharmaceutique des individus. Peut-on parler d'appropriation à leur sujet, de la part de quel type d'individus et si oui, qu'est-ce qui motive cette appropriation ?

Pour répondre à ces interrogations, nous menons depuis novembre 2014 une étude au Bénin à la fois en milieu urbain, à Cotonou et dans sa périphérie, et en milieu rural, dans le département du Mono situé également dans le Sud du pays². Cette comparaison entre le milieu urbain et le milieu rural permet d'interroger les différences d'usages des CTA dans ces deux contextes. Des différences d'utilisation des médicaments ont globalement été soulignées au Bénin dans une étude précédente (consommation plus forte de remèdes de phytothérapie en milieu rural) (Le Hesran, 2010). Le recueil d'informations s'appuie sur une démarche qualitative, à laquelle nous associons un outil de collecte d'inspiration quantitative. Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès de 30 mères de famille ayant des enfants de moins de cinq ans. La moitié de ces familles résident en milieu rural, l'autre moitié en milieu urbain. Les familles ont été choisies en fonction de leurs statuts socio-économiques (revenus, logement, possession de véhicule, types d'activités réalisées, niveau de scolarisation) de manière à rencontrer un panel le plus large possible des situations socioéconomiques existantes dans les deux contextes étudiés. Nous réalisons également l'inventaire des pharmacies domestiques de ces 30 familles. En outre un suivi bimensuel de la consommation médicamenteuse de chacun des membres de ces familles est en cours et se fera pendant un an. Enfin, les lieux de vente des médicaments ainsi que les structures biomédicales et les professionnels de la santé mentionnés par les familles lors des entretiens seront visités et des entretiens y seront réalisés. Toutefois, en raison du démarrage récent de cette étude, le présent article se base sur les informations collectées auprès de 20 mères de famille.

2 Cette étude fait partie du projet de recherche Globalmed, « Les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique ». Ce programme est en cours (2014-2018) et est financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (Merit – UMR 216), du CNRS (Cermes3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Institut Pasteur du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des étudiants.

Perceptions populaires du *palu*

Plusieurs études anthropologiques ont porté sur les perceptions populaires du paludisme en cours en Afrique de l'Ouest (Bonnet, 1990 ; Baxerres & Le Hesran, 2004 ; Granado, 2007 ; Faye, 2009 ; Kpatchavi, 2011 ; Baxerres, 2013). Elles ont toutes montré que les perceptions populaires du paludisme n'étaient pas congruentes avec celles de la biomédecine. Il y a des décalages entre ce que les individus nomment variablement suivant les contextes dans les pays francophones *palu*, mais aussi *sibidu* au Sénégal, *hwevo* au Bénin, *sagba* au Burkina Faso, etc., et ce que les médecins appellent paludisme. Selon les perceptions populaires, le *palu* – terme que nous utiliserons pour désigner ces perceptions populaires associées au paludisme, par commodité et parce qu'il est aujourd'hui le plus employé au Bénin – est une maladie fréquente, régulière et plutôt bénigne même si les individus perçoivent, semble-t-il de plus en plus, de possibles aggravations. De plus, il n'y a pas dans ces perceptions populaires de lien direct et unique avec le moustique comme cause du *palu*. Pour les individus, d'autres causes sont associées à cette maladie parmi lesquelles on retrouve le soleil et plus globalement la chaleur, les travaux difficiles, certaines denrées alimentaires comme l'huile et les matières grasses, l'environnement, les tracas, etc. Ces différentes perceptions du *palu* génèrent des pratiques de traitements curatifs, c'est-à-dire quand les symptômes sont déjà là, mais également préventifs, avant que les symptômes n'apparaissent, lorsque en fonction des activités menées ou du temps qu'il fait ou encore en fonction des situations de vie que l'on traverse, on pense que le *palu* va se manifester. Ces perceptions ont bien entendu une influence sur les usages que les individus font des antipaludiques qui leur sont recommandés par les autorités sanitaires nationales et internationales.

Modification régulière des recommandations thérapeutiques contre le paludisme en Afrique

Diverses recommandations ont été faites à travers le temps en Afrique contre le paludisme. Du début des années 60 jusqu'au début des années 90, la chimioprophylaxie de masse à base de chloroquine était préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les enfants (Sarrassat, 2009). Cette recommandation a été suspendue par la suite et c'est une politique de traitement présomptif du paludisme simple au moyen de la chloroquine et sur la base d'un diagnostic clinique qui prenait surtout en compte la fièvre, qui a été mise en avant (Souares, 2007). Le préventif en matière de paludisme cédait ainsi le pas au curatif. Mais à partir des années 1980, des résistances des parasites responsables du paludisme à la chloro-

quine se sont développées. Ainsi en alternative à ce médicament, la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) ou la méfloquine pouvaient être utilisées également en traitement présomptif du paludisme (Bloland *et al.*, 2001). Depuis 2000, un traitement préventif du paludisme à base de SP est recommandé mais seulement pour les femmes enceintes³.

En raison des résistances à ces antipaludiques (chloroquine, SP, méfloquine), depuis 2004 les autorités sanitaires du Bénin recommandent l'utilisation des CTA pour la prise en charge des cas de paludisme simple. Des CTA subventionnés sont disponibles dans les centres de santé publics depuis l'année 2008. La chloroquine n'est aujourd'hui plus distribuée légalement au Bénin. Parallèlement à cela, la quinine et l'artésunate injectable sont recommandées pour les cas de paludisme grave.

Lorsque l'on prend la mesure de la complexité de ces recommandations et surtout de l'enchaînement des protocoles thérapeutiques contre le paludisme, on peut se demander comment les individus comprennent ces différents messages et comment les intègrent-ils dans leurs habitudes de consommation pharmaceutique.

Évolution récente de l'utilisation des antipaludiques au Bénin : de la prescription à l'automédication

Des études antérieures réalisées à Cotonou, l'une de 2005 à 2007 (Baxerres, 2013) et l'autre en 2013 (Hèmadou, 2015), ont porté sur l'utilisation des antipaludiques. La première a révélé que le couple « chloro-para » (chloroquine et paracétamol), selon l'appellation populaire, était très utilisé en automédication préventive contre le *palu*. La quinine, elle, était utilisée mais plutôt en automédication curative. La seconde étude a montré que bien que les antipaludiques prescrits étaient de préférence la quinine mais également les CTA, ceux utilisés en automédication par les familles étaient la quinine et la SP. Les CTA n'avaient été utilisées que par une seule famille dont le statut socioéconomique était favorisé et ce, en curatif.

En comparaison avec ces données recueillies à Cotonou entre 2005 et 2007 et en 2013, l'étude en cours (2014-2015) à Cotonou et dans le département du Mono révèle que plusieurs antipaludiques sont prescrits aux familles en cas de paludisme

3 Une politique de traitement préventif intermittent saisonnier contre le paludisme pour les enfants est actuellement en réflexion à l'OMS et testée dans plusieurs pays dans lesquels la transmission du paludisme est saisonnière (Tanzanie, Sénégal).

simple à Cotonou. Il s'agit pour les enfants, des CTA mais également de la quinine, surtout dans ce que Carine Baxerres appelle « les petits centres de santé privés », qui fixent volontairement bas le prix de leur consultation de manière à capter une clientèle plus large et dont la qualité des soins et les compétences des soignants sont très hétérogènes (Baxerres, 2013). Pour les adultes, les prescriptions se portent généralement sur la quinine, notamment dans les « petits centres de santé privés » qui sont beaucoup consultés par les adultes des familles avec lesquelles nous travaillons, mais également sur les CTA. Tandis que dans le Mono, où les familles se rendent plus fréquemment en consultation dans les centres de santé publics, les CTA sont généralement prescrits aux enfants. Quant aux adultes, les CTA peuvent être prescrites mais aussi la quinine et même la chloroquine, auprès de certains « petits centres de santé privés ».

En matière d'automédication curative, des variations de la consommation d'antipaludiques ont été notées à Cotonou entre des familles de statuts socio-économiques différents. Pour les familles que nous avons catégorisées parmi les plus nanties, les CTA sont souvent utilisées en automédication curative. Par contre, les familles intermédiaires oscillent entre les CTA, la quinine ou la SP. Les familles les plus démunies, pour leur part, utilisent rarement les CTA et consomment plus fréquemment la quinine, la SP ou la chloroquine. Dans toutes les familles cotoñoises avec lesquelles nous travaillons, d'autres médicaments et notamment des antipyrétiques, des antibiotiques, des vitamines et des vermifuges et ces derniers surtout pour les enfants, sont associés aux antipaludiques contre le *palu*. En milieu rural, l'automédication curative à base d'antipaludiques est peu pratiquée. La prise de décoctions de plantes, à laquelle sont souvent associés des antipyrétiques et des anti-inflammatoires, occupe une place de choix.

Les données sont sensiblement les mêmes en ce qui concerne l'automédication préventive. Des différences de consommation d'antipaludiques entre les statuts socioéconomiques peuvent être soulignées à Cotonou. Les familles les plus démunies pratiquent fréquemment des cures de chloroquine pour les enfants qui durent plusieurs jours et sont régulièrement répétées. Les adultes de ces familles consomment généralement la SP, la quinine ou la chloroquine. Les familles intermédiaires, pour leur part, utilisent en préventif les CTA pour les enfants, sous différentes modalités comme par exemple une prise quotidienne pendant trois jours qui sera répétée tous les 3 mois. Les adultes de ces familles utilisent les CTA, la SP ou la quinine. Les familles les plus nanties ne pratiquent que peu l'automédication préventive à base d'antipaludiques, sûrement parce que, de leur point de vue, elles

peuvent plus fortement se permettre d'attendre que les symptômes se manifestent même si cela entraîne ensuite des coûts de prise en charge supérieurs. Elles utilisent par contre fréquemment des vermifuges en prévention du *palu*. En milieu rural, comme précédemment, les familles pratiquent très peu l'automédication préventive contre le *palu* au moyen d'antipaludiques, elles préfèrent en la matière consommer des décoctions de plantes, des antipyrétiques, des vermifuges et des anti-inflammatoires, ces derniers étant surtout consommés par les adultes.

Conclusion

Les données qui viennent d'être présentées sont en cours d'analyse. Pour les consolider, il est important d'associer des études sur les pratiques concrètes des individus, ce que le suivi bimensuel des consommations pharmaceutiques de chacun des membres des familles va permettre, ainsi que des études quantitatives qui seront réalisées par ailleurs dans le cadre du même projet de recherche (Globalmed). Toutefois, il est possible d'ores et déjà de souligner que les CTA sont largement prescrits pour les cas de paludisme simple dans les centres de santé, notamment publics, et qu'un accent tout particulier, sûrement le reflet de la politique du PNLP, est mis en la matière sur les enfants. Néanmoins, les prescriptions de quinine, de SP et de chloroquine ont toujours cours, notamment dans « les petits centres de santé privés » en ce qui concerne les adultes.

En prenant en compte les études réalisées précédemment, notamment tout récemment (en 2013), il semble qu'il y ait eu une diffusion rapide et très récente des usages populaires des CTA à Cotonou. Toutefois cette automédication reste surtout curative et concerne plus fortement les familles dont le statut socioéconomique est supérieur. On peut ainsi parler aujourd'hui d'une appropriation progressive des CTA par les familles qui vivent en milieu urbain. Ces résultats soulignent le problème de l'accessibilité financière des CTA, puisque ces médicaments sont subventionnés uniquement dans les centres de santé publics. Or des études ont mis en évidence qu'en cas de paludisme, les individus recourent surtout aux secteurs privés et informels (Kamat & Nyato, 2010 ; Kangwana *et al.*, 2011 ; ACTwatch⁴ ; voir à ce sujet l'article de Djralah *et al.* dans les actes de ce colloque).

4 ACTwatch mène des études majoritairement quantitatives sur la distribution et la consommation des CTA dans 10 pays où le paludisme est endémique, dont le Bénin : www.actwatch.info, consulté en avril 2015.

Notre étude met aussi en évidence l'incroyable présence simultanée des différentes molécules antipaludiques, que ça soit la quinine, la SP, les CTA et même la chloroquine qui n'est plus distribuée officiellement au Bénin, dans les habitudes de consommation des familles mais également dans celles de prescription des soignants. Elle permet ainsi de prendre la mesure du temps d'appropriation des nouveaux protocoles thérapeutiques par les individus, principalement les familles mais également les professionnels de la santé. En effet, il semble qu'il ait fallu dix ans, nous l'avons vu la recommandation des CTA au Bénin date de 2004, pour qu'une progressive appropriation des CTA par les familles soit amorcée. L'empilement des recommandations thérapeutiques pour une même pathologie, qui sont parfois différentes pour les enfants, les adultes et les femmes enceintes, pose de façon certaine des difficultés de compréhension et d'appropriation aux individus, malades comme soignants. Les recommandations ne s'effacent pas les unes après les autres; elles sont associées dans la mémoire individuelle et collective.

Il nous reste à décrire à présent les modalités et logiques de cette appropriation des CTA en automédication et à considérer s'il y a conformité ou non entre les pratiques des individus et les recommandations biomédicales. Dans ce sens, allons-nous constater prochainement le développement d'une automédication préventive, sous la forme par exemple de cures et de prises quotidiennes, à base de CTA, comme l'extrait d'entretien suivant laisse le présager. « *Chaque trois mois, j'achète les médicaments du palu, c'est l'agent de santé qui me l'a conseillé. J'achète souvent les CTA, du fer, amoxicilline et du vermifuge pour traiter mes enfants* » (Inès, mère de deux enfants, famille « nantie », Cotonou). Ce serait, si c'était le cas, un enseignement de l'anthropologie que la santé publique devrait prendre en compte.

Références

- Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Éditions des archives contemporaines. 317p.
- Baxerres, C. et Le Hesran, J.-Y. (2011). Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin). *Social Sciences and Medicine*. 73(8). pp.1249-1256.
- Baxerres, C. et Le Hesran, J.-Y. (2004). Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies. *Sciences Sociales et Santé*. 22(4). pp.5-23.
- Bloland, P.B. Ettlting, M. Meek, S. (2001). Traitements antipaludiques associés en Afrique : faut-il y croire ? *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Recueil d'articles N°4. pp.134-144.
- Bonnet, D. (1990). Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso. Dans Fassin, D. et Jaffré, Y. *Sociétés, développements et santé* (pp. 243-258). Paris: Ellipses- Aupefl.
- Faye, S. (2009). Du « sumaan ndiig » au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer Sinig (Sénégal). *Sciences Sociales et Santé*. 27(4). pp.91-112.
- Granado, S. (2007, Janvier). *C'est le palu qui me fatigue. Une étude en l'anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan, Côte d'Ivoire*. Thèse de Doctorat, Université de Basel.
- Hèmadou, A. (2015, Janvier). *Médicaments et Paludisme : Introduction des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine dans les pratiques des familles à Cotonou*. Mémoire de maîtrise, Université d'Abomey-Calavi.
- Kamat, V.R. et Nyato, D.J. (2010). Soft targets or partners in health ? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program. *Social Science and Medicine*. 71(3). pp.626-633.
- Kangwana, B.P. Kedenge, S.V. Noor, A.M. Alegana, V.A. Nyandigisi, A.J. Pandit, J. et al. (2011). The impact of retail-sector delivery of artemether-lumefantrine on malaria treatment of children under five in Kenya: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Medecine*. 8(5).
- Kpatchavi, A. C. (2011). *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et Waci du Bénin*. Cotonou, Bénin: Ablodè/UAC. 355p.
- Le Hesran, A.-L. (2010). *Questions anthropologiques portant sur l'utilisation des médicaments pharmaceutiques et des tisanes en automédication à Allada et à Sékou (Bénin)*. Mémoire de Master 2, Muséum National d'Histoire Naturelle à Paris.
- Sarrassat, S. (2009). *Mise en place des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour traiter le paludisme simple en Afrique Subsaharienne : De la théorie à la pratique*. Thèse de Doctorat de Santé Publique et d'Épidémiologie, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie.

- Souares, A. (2007). *Mesure et déterminants de l'observance des prescriptions de combinaisons thérapeutiques dans le traitement de l'accès palustre simple chez l'enfant au Sénégal*. Thèse de doctorat de Santé Publique, Université de Paris 6 Pierre et Marie Curie.

Écart entre recommandations officielles et pratiques des acteurs : éléments d'analyse de l'automédication en cas de fièvre en milieu rural à Dassa-Zoumé (Bénin)

Roch A. Hounghinihin¹.

1. Anthropologue, enseignant – chercheur, Université d'Abomey-Calavi (UAC).

Au Bénin, le paludisme se situe au premier rang des principales maladies dont souffre la population ; il représente 42,8 % des consultations et 26,8 % des hospitalisations dans les centres de santé (Ministère de la Santé, 2013). Selon la même source, le paludisme est la première cause de décès (26,4 % des cas) ; la plupart de ces décès surviennent à domicile, hors des centres de santé. Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative « Faire reculer le paludisme » (FRP), le Bénin a-t-il opté pour la prise en charge du paludisme à domicile (Pecadom¹), en s'appuyant sur les orientations définies au niveau international (World Health Organization, 2005). De nombreuses études ont démontré la faisabilité et l'efficacité de cette stratégie, au moyen de laquelle plusieurs pays sont parvenus à un impact significatif en matière de lutte contre cette maladie (Sirima *et al.*, 2003 ; Agyepong *et al.*, 2002 ; Pagnoni *et al.*, 1997). Mais cette politique a été confrontée à la résistance du *Plasmodium falciparum* (parasite responsable du paludisme) à la chloroquine, principal antipaludique disponible. Face à l'échec thérapeutique élevé (35,2 %) de ce médicament (Programme national de lutte contre le paludisme, 2002), il a été décidé en 2004, de réviser la stratégie nationale, désormais orientée vers les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) dont l'efficacité a bien été prouvée (Dorsey *et al.*, 2007 ; Falade *et al.*, 2005). Ainsi, diverses approches fondées sur une large distribution des CTA ont été mises en place, favorisant leur disponibilité aussi bien dans les centres de santé qu'au niveau communautaire.

1 La Pecadom est une stratégie basée sur la prise en charge des cas de paludisme à domicile ; elle est promue par l'OMS dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne à la faveur de l'initiative « Faire reculer le paludisme » (FRP) adoptée en 1998. Sa mise en œuvre devra contribuer à réduire d'au moins 50%, la morbidité et la mortalité dues au paludisme, à travers une série d'interventions dont la disponibilité de médicaments efficaces et de bonne qualité à domicile (World Health Organization, 2005).

Mais des travaux de recherche socio-anthropologiques ont démontré que la disponibilité d'antipaludiques efficaces et de bonne qualité n'est pas garante d'une utilisation effective ou d'une adéquation entre les usages réels et les recommandations nationales et internationales (Baxerres & Le Hesran, 2004 ; Roger, 1993).

Ainsi, la présente étude vise à analyser les pratiques sociales et le vécu des médicaments utilisés pour le traitement du « palu » en milieu rural au Bénin. La recherche s'est déroulée spécifiquement à Dassa-Zoumé, une commune qui compte environ 93.967 habitants, soit une densité de 52 habitants au km². Les enfants de moins de cinq ans représentent 20 % de la population totale (Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2012). Dans cette localité, on dénombre onze infirmiers, soit un ratio d'un infirmier pour environ 8.542 habitants. Un seul médecin assure les soins au niveau du centre de santé communal (Ministère de la Santé, 2013).

Le choix de la commune de Dassa-Zoumé se justifie par le fait qu'elle a bénéficié des toutes premières interventions relatives à la mise en œuvre de l'initiative « Faire reculer le paludisme », notamment la Pecadom et la distribution à grande échelle des CTA et des moustiquaires imprégnées.

Approche méthodologique

L'étude est à la fois quantitative et qualitative. La population de l'enquête quantitative est composée des mères d'enfants de moins de cinq ans, choisies selon une méthode probabiliste. Le calcul de la taille de l'échantillon est basé sur la formule suivante : $n = Z^2 p (1-p) d/i^2$, avec un intervalle de confiance (0.05). Au total, l'enquête a porté sur 785 mères d'enfants sélectionnées dans trente villages retenus au moyen d'un tirage aléatoire simple. La technique de sondage en grappes à deux degrés a été utilisée pour la sélection des cibles. Ce dispositif a révélé que la très grande majorité des femmes interrogées a moins de 40 ans ; celles-ci ont en moyenne deux enfants de moins de cinq ans.

À ce groupe d'acteurs, ont été ajoutés trente informateurs clés sélectionnés de façon raisonnée dont : cinq vendeurs de médicaments, dix agents de santé (aides-soignants, infirmiers, sages-femmes et médecins), dix mères de famille et cinq guérisseurs dits traditionnels. Le nombre d'enquêtés a été défini de façon inductive, au seuil de saturation de l'information recherchée.

L'observation, le questionnaire et l'entretien semi-structuré sont les techniques utilisées pour la collecte des données, qui s'est déroulée au cours du deuxième semestre 2014. Le traitement des informations qualitatives a été réalisé selon la méthode d'analyse thématique, tandis qu'un traitement statistique a été appliqué aux données quantitatives, saisies et analysées au moyen du logiciel Epi-Info version 6.

Résultats

Un modèle étiologique différentiel du paludisme

Dans la commune de Dassa-Zoumé, le « palu » est cité par 98 % des mères comme étant la principale maladie dont souffrent les enfants de moins de cinq ans. Le symptôme évoqué par 92 % des mères fait référence au « zozo », synonyme de corps chaud. D'autres signes évocateurs du « palu » se rapportent aux maux de tête, au manque d'appétit, aux pleurs incessants de l'enfant...

Par ailleurs, 90 % des mères identifient le moustique comme étant le principal agent causal du « palu ». À ce modèle étiologique, sont associés subsidiairement le manque d'hygiène individuelle, l'environnement malsain et la consommation d'aliments spécifiques. Les facteurs spirituels et surnaturels intègrent de moins en moins l'étiologie du « palu », perçu de plus en plus comme une « maladie naturelle ». Cette perception explique d'ailleurs le non recours des acteurs sociaux aux guérisseurs dits traditionnels en cas de « palu ». On observe donc aujourd'hui, une certaine convergence entre les savoirs populaires et l'approche biomédicale, induite par une évolution des perceptions des mères qui s'inscrivent, par contre, toujours dans une interprétation multicausale.

En effet, d'autres approches interprétatives émergent, lorsqu'il s'agit du « palu asu », signifiant littéralement « palu mâle ». En plus du « zozo », ce type de « palu » se caractérise surtout, selon les acteurs sociaux, par des vomissements incoercibles et une asthénie générale. Les modifications des urines et la pâleur des paumes et du visage marquent le début des inquiétudes chez les mères (Houngnihin *et al.*, 2013). Le « palu asu » fait dans ce cas, appel au registre de la persécution (envoûtement et sorcellerie). Il est parfois confondu à des pathologies ayant des symptômes similaires, tels que l'hépatite et l'ictère. Cette perception a été décrite en Afrique de l'Ouest par nombre d'auteurs (Baxerres & Le Hesran, 2004 ; Roger, 1993 ; Bonnet, 1990).

Une gamme variée d'antipaludiques en usage à domicile

En cas de maladie chez les enfants, 88 % des mères recourent au centre de santé comme principal lieu d'approvisionnement en médicaments. Néanmoins, un nombre important de ces acteurs associe aux médicaments des centres de santé, les médicaments vendus dans les marchés (22 %), ceux cédés par les vendeurs ambulants (16 %) ainsi que ceux proposés par les « bonnes dames » du quartier (47 %). Le nombre important de lieux de distribution ou d'acteurs de la vente (formels comme informels), stimulent l'automédication. Ainsi, face au « palu » chez les enfants, 88 % des mères recourent en première intention, à l'automédication, tandis que 3 % d'entre elles se réfèrent directement à l'agent de santé. Le reste des mères (9 %) opte pour diverses approches (églises, spécialistes des religions dites traditionnelles...).

Dans cette perspective, les principales méthodes de traitement du « palu » à domicile reposent sur l'enveloppement humide pour faire chuter la fièvre (78 % des mères) et l'usage des « médicaments de brousse »² (45 % des répondantes). Ainsi, le recours aux thérapies dites traditionnelles est une pratique bien courante à Dassa-Zoumé. Parallèlement, on retrouve une gamme variée de remèdes « modernes » entrant dans le traitement du « palu » chez l'enfant. Au rang desdits remèdes, figurent trois catégories de médicaments : les médicaments à propriétés antipaludiques (chloroquine et CTA notamment), les antipyrétiques ou analgésiques (aspirine et paracétamol) et les médicaments qui sont censés « augmenter le sang que le palu a détruit » (les vitamines) ou « tuer les vers souvent responsables de l'apparition du palu » (les vermifuges).

Ainsi, les pratiques d'automédication en vogue font apparaître un syncrétisme thérapeutique qui se manifeste par une combinaison de remèdes issus aussi bien de la médecine dite moderne que de celle dite traditionnelle. Il s'agit de préparations à base de plantes médicinales que les mères combinent aux médicaments issus de l'industrie pharmaceutique pour traiter le « palu » chez les enfants.

2 Les « médicaments de brousse » se rapportent aux racines, aux feuilles et/ ou aux écorces ayant des vertus médicinales, préparées sous la forme de décoction ou d'infusion.

Tableau : Médicaments « modernes » utilisés selon les mères pour traiter le « palu » chez l'enfant.

Médicaments	Effectifs	Pourcentage
Chloroquine	369	47
CTA	348	44
Fansidar	2	0
Quinine	4	0
Paracétamol/aspirine	675	91
Autres (vermifuges, vitamines...)	30	4

Ainsi, malgré l'échec thérapeutique de la chloroquine, ce médicament continue d'être utilisé en automédication par 47 % des mères pour traiter le « palu » chez l'enfant.

Les coûts indirects, un facteur incitant à l'automédication

Les raisons financières (citées par 24 % des mères) expliquent les types de recours observés. En effet, dans les centres de santé, malgré le dispositif de gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans au moyen des CTA, 91 % des mères affirment que le traitement d'un épisode du « palu » coûte en moyenne 1.000 FCFA, ce que 85 % d'entre elles jugent élevé. Cette situation peut s'expliquer par la présence parfois, de frais supplémentaires dont notamment la prescription d'antipyrétiques injectables (500 FCFA) en cas de forte fièvre, les frais de consultation (100 FCFA) et les frais d'achat de carnet (100 FCFA). On devra ajouter les coûts indirects variables d'un patient à un autre : longues files d'attente synonymes de perte de temps et d'argent, prix du transport et de l'alimentation... Ces éléments influent certainement sur les pratiques d'automédication rapportées par les mères. Il s'agit de contraintes qui incitent les mères à s'approvisionner en antipaludiques auprès des vendeurs du marché ou du quartier. Dans ce cas, la possibilité d'acquisition du médicament à crédit échelonné sur plusieurs jours ou par dose (achat de quelques comprimés au lieu de l'entièreté du traitement requis) est un élément motivant. Le traitement hors du circuit officiel coûte entre 50 FCFA et 100 FCFA.

De façon générale, les mêmes médicaments (chloroquine, CTA, fansidar, quinine...) se retrouvent aussi bien dans les centres de santé, les dépôts pharmaceutiques qu'auprès des vendeurs informels. Ainsi, les CTA demeurent toujours inaccessibles pour les populations, surtout rurales.

Conclusion

L'étude a mis en évidence une combinaison de facteurs d'ordres socioculturel, économique et organisationnel qui affecte la stratégie de prise en charge du paludisme simple au moyen des CTA. Elle a révélé une évolution de la perception du « palu » chez les mères d'enfants de moins de cinq ans, dans un contexte où les CTA ne sont pas toujours disponibles et où l'automédication est une réalité tangible.

Ces résultats sont confortés par les données nationales qui révèlent que « [...] parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre, 38 % ont pris des antipaludéens, dont la majorité a pris la chloroquine (14 %), une combinaison avec artémisinine (12 %) » (Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2012, p. 25). N'ayant pas toujours à leur disposition les médicaments recommandés (les CTA), les populations continuent de s'en remettre aux vertus thérapeutiques de la chloroquine dont elles ont par ailleurs, une très bonne expérience.

En perspective, le paludisme pourra être contrôlé grâce à l'intensification des activités à base communautaire et de mobilisation sociale. Des populations bien informées seront capables de développer de bons réflexes de prise en charge du paludisme au moyen des nouveaux médicaments. Ce dispositif suppose au préalable la mise à disposition de médicaments efficaces et accessibles financièrement et géographiquement.

Références

- Agyepong, I.A. Ansah, E. Gyapong, M. Adjei, S. Barnish, G. Evans, D. (2002). Strategies to improve adherence to recommended chloroquine treatment regimen: a quasi-experiment in the context of integrated primary health care delivery in Ghana. *Social Science and Medicine*. (55). pp.2215-2226.
- Baxerres, C. et Le Hesran, J-Y. (2004). Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies. *Sciences Sociales et Santé*. 4(22). pp. 5-23.
- Bonnet, D. (1990). Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina-Faso. Dans Fassin, D. et Jaffré, Y. (Dir.). *Sociétés, développement et santé*. Paris: ELLIPSES-AUPELF. pp.243-258.
- Dorsey, G. Staedke, S. Clark, T.D. Njama-Meya, D. Nzarubara, B. Maiteki-Sebuguzi, C. et al. (2007). Combination therapy for uncomplicated falciparum malaria in Ugandan children: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*. (297). pp.2210-2219.
- Falade, C. Makanga, M. Premji, Z. Ortmann, C.E. Stockmeyer, M. de Palacios, P.I. (2005). Efficacy and safety of artemether-lumefantrine (Coartem®) tablets (six-dose regimen) in African infants and children with acute, uncomplicated falciparum malaria. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. (99). pp.459-467.
- Hounghinih, R. Odunlami, A. Caron, M-N. (2013). Étude des facteurs d'adhésion des femmes enceintes au Traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme à Houéyogbé (Bénin). *Revue Dezan*. (7). pp. 259 - 274.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique. (2012). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*. Cotonou.
- Ministère de la Santé. (2013). *Annuaire des statistiques sanitaires 2012*. Cotonou.
- Pagnoni, F. Convelbo, N. Tiendrebeogo, J. Cousens, S. Esposito, F. (1997). A community based programme to provide prompt and adequate treatment of presumptive malaria in children. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. (91). pp.512-517.
- Programme National de Lutte contre le Paludisme au Bénin. (2001). *Test d'efficacité thérapeutique de la chloroquine sur Plasmodium faciparum sur 5 sites, Résultats d'enquête*. Cotonou.
- Programme national de lutte contre le paludisme. (2002). *Test d'efficacité thérapeutique de la chloroquine sur Plasmodium faciparum sur 7 sites, Résultats d'enquête*. Cotonou.
- Roger, M. (1993). Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution. Dans Brunet-Jaillly, J. (dir.). *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*. Paris: Karthala-Orstom, pp.83-125.
- Sirima, S. B. Konaté, A. Tiono, A. B. Convelbo, A. Cousens, S. Pagnoni, F. (2003). Early treatment of childhood fevers with pre-packed antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*. (8). pp.133-139.

- World Health Organization. (2005). *The Roll Back Malaria strategy for improving access to treatment of malaria through home management of malaria*. WHO/HTM/MAL/2005/1101. Geneva.

Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol

Inès Boko¹ et Carine Baxerres².

1. Étudiante en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Au Bénin, la prévalence de la contraception dite « moderne » est très faible (09 % – EDS 2011-2012), pourtant la fécondité par femme est relativement maîtrisée (4,9) surtout à Cotonou (3,6). Ce rapport est étonnant si on le compare à d'autres capitales Ouest-africaines comme Ouagadougou où l'indice synthétique de fécondité pour une femme est à peu près le même (3,4 – EDS 2010) mais où la prévalence contraceptive « moderne » est plus de 2,5 fois plus élevée, 32,6 % à Ouagadougou contre 12,5 % à Cotonou. Se pose donc la question de l'avortement volontaire dont l'accès légal est très restrictif. Au Bénin, l'avortement est seulement autorisé dans les cas où la santé de la mère ou du futur enfant est menacée, en cas de viol ou d'inceste. Au-delà des nombreuses méthodes plus ou moins agressives et encadrées ou non par divers types de professionnels, un médicament – le misoprostol – est décrit dans la littérature comme étant utilisé en automédication comme abortif depuis les années 1990 dans certaines régions du monde, telles que l'Amérique Latine et les Caraïbes (Guillaume & Lerner, 2007 ; Prada, Singh & Villarreal, 2012). Il a permis selon plusieurs experts de faire baisser sensiblement la mortalité maternelle dont une bonne part est due à la pratique des avortements à risque (Harper *et al.*, 2007 ; Shah & Åhman, 2010 ; Singh, Monteiro & Levin, 2012). En Afrique de l'Ouest, ces avortements à risque représentent 12 % des causes de mortalité maternelle (Åhman & Shah, 2011) et nous disposons de peu d'information sur les usages du misoprostol dans cette région. Qu'en est-il alors de l'utilisation de ce médicament à Cotonou ? Est-il facilement accessible ? Est-il utilisé, en automédication ou non, par les

femmes qui sont confrontées à une grossesse non désirée ? Et si non, quelles autres méthodes ont-elles à leur disposition ?

1. Méthodologie développée et description des femmes enquêtées¹

1.1 Une méthodologie qualitative

Cette étude a commencé en février 2014 et comprend la réalisation d'entretiens auprès de 25 femmes ayant avorté relativement récemment. Vingt-et-un entretiens ont déjà été réalisés. Ces femmes sont contactées par le biais de connaissances, de rencontres dans des collèges et des centres de santé et d'associations qui travaillent auprès de « travailleuses du sexe », telles que ces femmes sont dénommées dans ce cadre. Des investigations complémentaires sont aussi réalisées dans les lieux de vente des médicaments (marchés et pharmacies). Enfin, des discussions libres avec des professionnels de la santé, des responsables d'ONG, des acteurs institutionnels ainsi qu'avec le maximum de personnes pouvant apporter des informations au sujet de l'avortement (étudiants, voisins, amis, famille, etc.) sont également menées dès que l'occasion se présente. Quelques entretiens formels avec certains de ces acteurs sont également conduits.

Notre difficulté majeure réside dans le fait de trouver des femmes qui veulent témoigner de leur avortement. En effet, ce sujet est un réel tabou dans la société béninoise.

1.2 Description des femmes enquêtées

Les femmes enquêtées sont de diverses catégories socio-économiques. Au regard des revenus de leur foyer, de leurs activités, des véhicules (moto, voiture) possédés ou non, de leur mode d'hébergement (locataire, propriétaire, hébergé gratuitement) et de leur niveau de scolarisation, 6 d'entre elles peuvent être considérées comme issues de familles « nanties », 8 « intermédiaires » et 7 « démunies ». Leur âge varie entre 18 et 43 ans et parmi ces femmes, certaines n'ont jamais été à l'école (2) ou ont le niveau primaire (3), d'autres ont le niveau secondaire du lycée (11) et d'autres encore ont obtenu le baccalauréat et ont étudié au-delà (5).

1 Cette étude fait partie du programme Infodos (Informatisation du dossier obstétrical au sein d'un réseau de maternités sentinelles en Afrique de l'Ouest) dirigé par Alexandre Dumont et financé par les Fonds Français Muskoka, gérés par l'UNICEF.

Elles pratiquent une variété de religions (catholique, évangélique, musulmane, protestante) et leur situation familiale diverge. Parmi ces femmes, certaines (8) sont des célibataires sans enfant et vivent avec leurs parents ou un membre de leur famille (cousine) ; ce sont toutes des lycéennes. D'autres femmes (6) sont des célibataires avec enfants et ont des partenaires et d'autres enfin, vivent maritalement (8).

L'âge moyen d'entrée en vie sexuelle des femmes interrogées est de 17 ans (entre 14 et 20 ans). Elles avaient toutes un homme dans leur vie au moment de l'entretien et avaient eu en moyenne chacune 3 partenaires (entre 1 et 5).

Il apparaît globalement au travers de ces premières données que toutes les femmes de Cotonou, de tous les âges et de toutes les catégories sociales, sont susceptibles d'être confrontées à des grossesses non désirées.

2. La question de la contraception

2.1 Les méthodes contraceptives connues ou utilisées par les femmes enquêtées

Si les femmes sont confrontées à des grossesses non désirées, cela ne veut pas dire qu'elles ne connaissent pas les méthodes de contraception dites « modernes ». Au cours des entretiens, elles ont précisé avoir entendu parler du stérilet, de l'implant, de la pilule, de l'injection, du préservatif, de la contraception d'urgence. Parmi ces femmes, il y en a qui utilisaient l'une de ces méthodes au moment de l'entretien.

En dehors de ces méthodes contraceptives « modernes », les femmes utilisent plus volontiers les méthodes naturelles comme le coït interrompu et la méthode du calendrier. Elles ont également cité d'autres pratiques contraceptives. Il arrivait à plusieurs d'entre elles de consommer des médicaments juste avant ou juste après la relation sexuelle. Il s'agissait alors de Sédaspir® (acide acétylsalicylique, phosphate de codéine hémihydraté et caféine), d'aspirine, de Stédiril® (norgestrel et éthinyles-tradiol), de quinine et de Cumorit® (progesterone et estradiol benzoate). Stédiril® et Cumorit® sont tous deux une pilule contraceptive (mais devant être prise quotidiennement) ; les trois autres produits sont des analgésiques ou des antipaludiques. Les femmes ont aussi parlé du port d'une bague comme méthode contraceptive qu'elles disent alors « traditionnelle ».

2.2 Perceptions des méthodes contraceptives « modernes »

Globalement, on peut dire que les femmes que nous avons interrogées sont réticentes à utiliser les méthodes contraceptives « modernes » parce qu'elles jugent leurs effets secondaires trop importants. Selon elles, ces méthodes rendent malade, font saigner, donnent une sensation de malaise, entraînent la ménopause précoce, rendent stérile et font maigrir. De plus, elles jugent qu'elles ne sont pas fiables et qu'elles sont contraignantes à prendre, notamment dans le cas de la pilule. La plupart des femmes pensent que ces méthodes sont bonnes pour celles qui ne veulent plus avoir d'enfant. L'une d'entre elles, par exemple, a expliqué que le stérilet perfore l'utérus au moment de son retrait.

Des études ont par ailleurs montré que d'autres raisons, en plus de celles citées plus haut par les femmes, justifient la non-utilisation des méthodes contraceptives : la mauvaise qualité des services de soins ou le choix limité de méthodes, l'opposition du conjoint, particulièrement pour les jeunes, les plus pauvres ou les célibataires (d'Arcangues, 2009). Une autre étude, toute récente, met en évidence la circulation en Afrique de l'Ouest au sujet de la contraception « moderne », de perceptions en termes de « théories du complot » et de volonté de l'occident de limiter les naissances en Afrique (Teixeira *et al.*, 2015).

3. L'avortement

Les femmes qui avortent prennent tôt la décision d'avorter, dès le 1^{er} trimestre de la grossesse, entre la 3^{ème} semaine et les deux 1ers mois de grossesse. Il y a toujours des hésitations avant cette prise de décision, qui se fait principalement avec le conjoint. Quelques fois aussi la femme décide seule. Parfois encore, cette décision est imposée par le partenaire qui peut alors être aidé par des membres, notamment féminins, de sa famille. Dans certains cas, la femme n'en a même pas conscience avant que l'avortement ne soit réalisé.

Notons que plusieurs raisons poussent les femmes à prendre la décision d'avorter. Certaines femmes ont décidé d'avorter parce qu'elles sont trop jeunes, encore scolarisées ou parce que leurs parents se sont opposés à la grossesse. Pour d'autres, c'est parce qu'elles vivent avec leur partenaire une relation non stable ou sans lendemain ou encore parce que le partenaire refuse d'assumer sa responsabilité de futur père. D'autres femmes ont pris cette décision au cours de la grossesse où pour une raison

ou pour une autre, elles disent avoir découvert le « vrai visage » de leur partenaire. Pour d'autres encore, c'est parce qu'il n'y a pas d'avenir possible pour le couple, notamment en raison du veuvage en cours de la femme, ou encore de « l'incompatibilité » des familles (deux groupes sociolinguistiques trop différents au regard de la famille). En dehors de ces raisons, certaines femmes ont décidé d'avorter en raison d'un nombre d'enfants déjà trop élevé, ou d'une précédente grossesse trop récente.

Les analyses présentées ci-dessous portent sur 32 avortements pratiqués par les 21 femmes interrogées pour le moment. En effet, certaines femmes ont eu recours plusieurs fois à l'avortement (1 à 3).

3.1 Méthodes abortives pratiquées par les femmes enquêtées

Pour avorter, les femmes enquêtées ont eu principalement recours aux professionnels de la santé (méthode du curetage ou de l'aspiration). Certaines ont utilisé une association de médicaments (Sédaspir® ou aspirine) à une prise importante de bière. Trois femmes ont utilisé le misoprostol (il en sera question ci-après), une a introduit un produit que nous n'avons pu identifier (un produit en forme de boule, ressemblant à du « chewing-gum », selon les propos de la femme interrogée) dans son vagin, suite à quoi elle a consommé une bouteille de bière (60 cl). Seuls les avortements pratiqués par des professionnels de la santé ont abouti, en plus du dernier cas cité (introduction d'un produit non identifié dans le vagin).

La plupart des avortements ont été pratiqués dans des centres de santé privés de niveaux de soins hétérogènes : cabinet médical, cabinet à la maison, cabinet de soins. Quelques-uns ont aussi été réalisés chez la patiente par un professionnel de santé. Ces professionnels peuvent être des gynécologues, des infirmiers et parfois des aides-soignants. Seuls 8 de ces 32 avortements ont été pratiqués par un gynécologue. Les professionnels de la santé ne sont pas toujours parvenus à ce que la femme avorte effectivement ; 5 avortements ont échoué et les femmes ont dû être référées au Centre National Hospitalo-Universitaire (CNHU) ou auprès d'un gynécologue dans le secteur privé. La plupart des femmes qui ont eu recours aux professionnels de la santé, en raison de l'anesthésie qu'elles ont reçue, ne savent pas exactement quelles méthodes ont été pratiquées dans leur cas.

Les avortements sont majoritairement pris en charge financièrement par les conjoints qui trouvent d'une manière ou d'une autre les moyens de le faire. Le coût

de l'avortement chez un professionnel de la santé varie entre 15 et 55 000 frs CFA soit de 23 à 83 €, ce qui est relativement cher, en comparaison du revenu mensuel minimum légal au Bénin qui est de 40 000 frs CFA. Certaines femmes ne connaissent pas le coût de l'avortement. Ce sont la plupart du temps les conjoints qui proposent le lieu où pratiquer l'avortement.

Notons que même quand les conjoints n'ont pas les moyens ou lorsqu'ils ne sont pas associés, la plupart des femmes interrogées « se débrouillent » finalement pour trouver l'argent et aller dans un centre de santé (même si les soins peuvent y être de qualité très hétérogène), parfois après avoir tenté au préalable d'autres méthodes (prise de médicaments + bière).

3.2 Autres méthodes abortives connues

D'autres méthodes d'avortements à risque ont été rapportées par les femmes : il s'agit de rapports sexuels violents et répétés, de se jeter d'une table, d'introduire dans le vagin du permanganate de potassium, des plantes, des tiges, des rayons de moto, de la potasse. Elles ont également parlé de la consommation de certains produits, différemment associés les uns aux autres et parfois chauffés (bières de différentes marques, différentes plantes amères, café, alcool de palme, potasse, coca-cola, sucre en morceaux, certains médicaments, citron, etc.). Les femmes consomment fréquemment dans le but d'avorter les médicaments déconseillés aux femmes enceintes. Les médicaments qui ont été cités le plus fréquemment dans les entretiens sont Gynécocide® (méthylœstrénonolone, méthylœstradiol), la quinine, Stédiril® et l'Apioline de Chapoteaut®. Certaines femmes se font également pratiquer une injection de Synergon® (progestérone, estrone) pour tenter d'avorter.

3.3 Connaissance du misoprostol

Trois femmes ont utilisé le misoprostol pour avorter. L'une se l'est vu prescrire dans un hôpital de référence après qu'elle ait eu des complications post-abortum. Ce médicament a été prescrit à la 2^{ème} femme par une sage-femme qui travaille dans un centre de santé public. Celle-ci avait été contactée par le partenaire de la femme qui la connaissait personnellement. Cette prescription ne s'est donc pas faite dans le cadre d'une consultation classique. La 3^{ème} a eu ce médicament grâce à une amie qui le lui a acheté dans le grand marché de Cotonou, Dantokpá. Trois autres femmes ont dit connaître le médicament mais seulement après que la question ait été abordée lors de l'entretien. Elles en avaient pris connaissance au CNHU et pour

des indications autres que l'avortement (aide à l'accouchement, prévention de l'hémorragie du post-partum). Toutes les autres femmes n'ont jamais entendu parler de ce médicament et ne savent pas à quoi il sert.

Parallèlement à cette connaissance plutôt restreinte du médicament parmi les femmes enquêtées, se procurer le misoprostol n'est pas chose aisée, loin de là, au Bénin. Pour des raisons avant tout morales, les pharmaciens et même les vendeurs informels sont réticents à distribuer ce médicament à cause de son caractère abortif. D'après nos investigations, aucune pharmacie ne vend le misoprostol sans ordonnance, ce qui est très rare au Bénin où la grande majorité des médicaments vendus en pharmacie peut l'être sans ordonnance. Le misoprostol constitue ainsi une des rares exceptions. Il est de plus recommandé aux vendeurs en pharmacie de photocopier l'ordonnance avant de vendre le produit pour qu'en cas de complication, la pharmacie ne soit pas considérée comme responsable. Un gynécologue rencontré a dit ne pas pouvoir prescrire ce médicament. Il l'achète en pharmacie pour les soins qu'il dispense dans sa clinique privée, notamment pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. Le misoprostol est vendu de manière informelle dans le grand marché Dantokpá de Cotonou, mais malgré le caractère avant tout lucratif de ce commerce informel de médicaments, certaines vendeuses, qui ont par exemple elles-mêmes des problèmes pour concevoir, ont aussi expliqué ne pas vouloir vendre des médicaments qui servent à avorter. Il semble y avoir une superstition autour de la vente de tels médicaments.

Toutefois, les professionnels de la santé rencontrés (hôpitaux de niveau national) perçoivent une diminution des cas de complications liées à l'avortement. Ce qu'ils expliquent par l'utilisation du misoprostol en automédication. De plus, des cas de « contournement » de la loi pour l'utilisation du misoprostol (déclaration abusive d'avortements thérapeutiques) commenceraient à être réalisés, d'après nos informations, dans certains centres de santé et ONG.

Conclusion

D'après notre étude, de nature qualitative et donc réalisée auprès d'un nombre restreint de femmes, il n'y a pas encore d'usages populaires massifs du misoprostol à Cotonou. Les femmes que nous avons interrogées ne l'utilisent pas en automédication et finalement encore assez rarement suite à une prescription pour un avortement volontaire. Mais depuis la fin de l'année 2013, ce médicament a été inclus dans la liste des médicaments essentiels du Bénin. Ainsi, même si ce fait est pour

l'instant surtout théorique (le médicament n'est pas encore importé et distribué comme les autres médicaments essentiels), on peut imaginer qu'il entraînera des modifications dans les pratiques de prescription, de distribution et de consommation du misoprostol. Notre étude se situe ainsi peut-être à un moment charnière, celui du début d'une diffusion de l'utilisation du misoprostol pour la pratique des avortements volontaires, que ce soit en automédication ou non.

Références

- Åhman, E. et Shah, I.H. (2011). New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 115(2). pp.121-126.
- d'Arcangues, C. (2009). La contraception au niveau mondial : les grands enjeux. *Médecine de la reproduction, gynécologie Endocrinologie*. 11(5). pp.329-337.
- Guillaume, A. et Lerner, S. (2007). *L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe*. Paris: CEPED.
- Harper, C.C. Blanchard, K. Grossman, D. Henderson, J.T. Darney, P.D. (2007). Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 98(1). pp.66-69.
- Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective du Bénin et Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). (2013). Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012.
- Prada, E. Singh, S. Villarreal, C. (2012). Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989–2008, *The health, social, and economic consequences of unsafe abortion : Papers presented at an IUSSP Seminar, Mexico, 2010*. 118, Supplement. 2(0). pp.92-98.
- Shah, I. et Åhman, E. (2010). Unsafe abortion in 2008 : global and regional levels and trends. *Reproductive Health Matters*. 18(36). pp.90-101.
- Singh, S. Monteiro, M.F.G. Levin, J. (2012). Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: Why the decline in numbers and severity ?, *The health, social, and economic consequences of unsafe abortion : Papers presented at an IUSSP Seminar, Mexico, 2010*. 118, Supplement. 2(0), pp.99-106.
- Teixeira, M. Bajos, N. Guillaume, A. L'équipe ECAF. (2015). De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : Effets secondaires et usages à la marge. Dans Desclaux, A. et Egrot, M. (Eds). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: IRD/L'Harmattan. pp.181-195.

Annexe

**Résumés des rencontres
pluridisciplinaires Nord/Sud**

Résumés des communications

(par ordre alphabétique du premier auteur)

Fabien Affo	223
Emilienne Anago, Audrey Hemadou, Carine Baxerres	224
Anne-Laure Bergot-Le Floch, Pierre Moulin, Claudie Haxaire	225
Inès Boko et Carine Baxerres	226
Ida Bost.....	227
Laurent Brutus et Charlie Marquis	228
Alice Desclaux	229
Moïse Djralah, Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh, Carine Baxerres	231
Pascal Dohou et Dodji H. Amouzouvi	232
Marc Egrot	232
Florian F. Fadounougbo et Roch L. Mongbo	234
Sébastien Fleuret	235
Véronique Guienne et Anne-Lise Le Hesran	235
Roch A. Houngnihin	237
Abou-Bakari Imorou	238
Codjo Adolphe Kpatchavi	239
Jean-Yves Le Hesran, Inès Boko, Laurent Brutus	240
Jeanne Avest Madinde, Adolphe Codjo Kpatchavi, Pierre Codjo Meliho	241
Stéphanie Mahamé et Carine Baxerres	243
Chiarella Mattern	244
Augustin Charles A. Mbia	245
Pierre Codjo Meliho	246
Albert Gautier Ndione	247
Jean-Pierre Olivier De Sardan	249
Raphaël Kouadio Oura et Edouard Kouadio Kouassi	250
Jacques Rodriguez et Jean-Michel Wachsberger	251
N'Koué Emmanuel Sambieni	251
Références utilisées dans les résumés	253

Regard sociologique sur les "non-dits" de la persistance de l'usage des médicaments de rue dans la Commune de Bantè (Bénin).

Fabien Affo¹.

1. Université de Parakou.

Cette communication est une contribution aux débats sur la sociologie de la santé et du développement. Les médicaments de rue ont été souvent présentés comme dangereux à la santé humaine. Dès lors, des mesures ont été prises pour les éradiquer. Après plusieurs années de mise en œuvre de ces mesures coercitives, de récents constats empiriques et recherches scientifiques ont montré que 72% des patients utilisent toujours des médicaments de rue au Bénin. Il se pose alors une question : quels sont les déterminants sociaux non encore identifiés qui favorisent l'usage persistant des médicaments de rue malgré leur dangerosité ? Pour répondre à cette question, 367 personnes choisies au hasard ont été enquêtées au cours d'une recherche analytique puis descriptive. Cette recherche a été réalisée au Bénin suivant le modèle de Linton (1954) sur le choix du consommateur dans les communes de Bantè, de Calavi, de Cotonou et de Parakou de janvier 2012 à janvier 2014 sur la base d'un questionnaire, d'une grille d'observation et d'un "photolangage". De cette recherche, trois principaux résultats sont à retenir. Le premier a montré que 55,5% des enquêtés sont malades pendant la collecte. Le second résultat a fait constater que ni l'âge ni le niveau d'éducation ni le milieu de résidence ne constituent véritablement pas des facteurs discriminatoires de la consommation des médicaments de rue. Le troisième résultat a montré que les étiquettes des boîtes des médicaments de rue ont une grande influence sur le choix des patients en médicaments. Ces résultats apportent deux nouveautés aux résultats de certaines recherches antérieures. D'une part, le niveau d'étude et le milieu de résidence ne sont pas les vrais déterminants de l'utilisation de médicaments de rue. D'autre part, les images des boîtes des médicaments de rue peuvent être considérées comme des facteurs qui influencent le choix des patients en médicaments de rue.

Mots-clés : développement, santé publique, médicaments de rue, photolangage, Bénin.

S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre-t-il les habitudes de consommation des familles ?

Emilienne Anago¹, Audrey Hemadou², Carine Baxerres³.

1. Étudiante en Master 2 de Sociologie du Développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Assistante de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance
3. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Pour une même pathologie, ici le paludisme, les traitements se succèdent et les recommandations thérapeutiques sont régulièrement modifiées. Or les individus prennent des habitudes de consommation de certains médicaments qu'ils associent ou non à leurs indications biomédicales. En anthropologie, on parle d'appropriation d'un médicament de la part des individus lorsque ceux-ci utilisent ce médicament de leur propre chef, pensant, selon leurs propres logiques et perceptions, en connaître les effets. On est là bien au cœur de la question de l'automédication. Depuis 2004, le Programme national de lutte contre le paludisme du Bénin recommande en traitement de 1^{ère} intention contre cette maladie les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Or cette maladie sévit « depuis toujours » dans le pays et les individus ont développé au cours des années des modes de traitements spécifiques contre celle-ci. Dans ce contexte, comment les CTA intègrent-elles les habitudes de consommation pharmaceutique des individus, peut-on parler d'appropriation à leur sujet, de la part de quel type d'individus et si oui, qu'est-ce qui motive cette appropriation ? Après avoir rappelé dans un premier temps les perceptions populaires du paludisme en cours dans le sud du Bénin, nous présenterons brièvement l'évolution des recommandations thérapeutiques contre cette maladie des années 1960 à aujourd'hui ainsi que les molécules associées à celle-ci. Puis, nous décrirons l'évolution récente de l'utilisation des antipaludiques au Bénin, sur la base d'études menées entre 2005 et 2008, en 2013, et surtout tout récemment (2014-15). Cette dernière étude est menée à la fois en milieu urbain et rural et permettra de souligner à la fois les différences d'utilisation des médicaments entre ces deux contextes et le temps d'appropriation long de la part

des individus de nouvelles recommandations thérapeutiques. L'empilement des recommandations et la réception par les individus de celles-ci sont également mis en évidence.

Mots-clés : Médicaments, automédication, appropriation, usages, CTA.

L'autonomie en matière d'automédication et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays messin.

Anne-Laure Bergot-Le Floch¹, Pierre Moulin², Claudie Haxaire³.

1. Médecin généraliste, Centre Hospitalier Universitaire de Bohars.

2. Chercheur associé à l'équipe 7 « Genre, Santé, Sexualité »,
Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP),
Unité Mixte de Recherche 1018 INSERM,
Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud.

3. Anthropologue de la santé, Faculté de médecine, chercheuse au Laboratoire
d'Études et de Recherches en Sociologie LABERS (EA 3149, Université
de Bretagne Occidentale) et associée au Centre de Recherche
Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société CERMES3
(Université Paris Descartes, École des Hautes Études en Sciences
Sociales EHESS, UMR 8211 CNRS, Unité 988 INSERM.

Les comptes rendus de pratique recueillis à propos de « pharmacies familiales », entendues médicaments présents au domicile du locuteur, donnent accès aux pratiques autonomes d'usages de médicaments tant issus de prescriptions qu'achetés librement en pharmacie. Ils permettent également de recueillir les opinions sur les alternatives non médicamenteuses possibles et parfois préférées. Un corpus issu de 126 comptes rendus de pharmacies familiales constitués par les étudiants de Psychologie de Metz sous la direction de Pierre Moulin a été analysé par Anne-Laure Bergot s'aidant du logiciel NVivo8. Chaque étudiant devait recueillir le compte rendu de deux pharmacies familiales, d'un homme et d'une femme lorrains, dont une ayant une maladie chronique, selon une méthode dérivée de l'ethnométhodologie déjà mise en œuvre par Claudie Haxaire (Haxaire *et al.*,

1999) et Katell Terrien, (*in* Haxaire *et al.*, 2003) de façon à valider sur un échantillon plus vaste et raisonné les résultats des études antérieures sur les médicaments psychotropes. Cette partie donnera lieu à publication ultérieure, il se confirme en effet que les psychotropes sont bien des médicaments « à part », tirés vers le domaine familial de « ce qui calme les nerfs » (Haxaire, 2002 ; Haxaire *et al.*, 2005), d'automédication. Nous nous en tiendrons ici à l'analyse des pratiques d'automédication au sens de la réappropriation d'un savoir relié au médecin, réappropriation variable selon les familles mais dont les limites fixent, selon nos interlocuteurs, le périmètre d'autonomie dans lequel ils s'aventurent, et cela, dans le contexte de valorisation de cette autonomie par les pouvoirs publics. Anne-Laure Bergot, médecin généraliste, s'est attachée, au-delà des médicaments cités en automédication, à relever les symptômes traités ainsi, les « problèmes de tous les jours », distincts « des maladies » et des « problèmes de la vie », pour constater à quel point ces premiers induisent des pratiques conformes à celles encouragées par le corps médical et les politiques.

Mots-clés : Automédication, pharmacies familiales, autonomie, médicaments, psychotropes.

Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol.

Inès Boko¹ et Carine Baxerres².

1. Étudiante en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Au Bénin, la prévalence de la contraception dite « moderne » est très faible, pourtant le taux de fécondité est relativement faible et ce rapport est étonnant si on le compare à la situation des pays voisins du Bénin. Se pose donc la question de l'avortement volontaire dont l'accès légal est très restrictif. Au-delà des nombreuses méthodes plus ou moins agressives et encadrées ou non par divers types de

professionnels, un médicament est décrit dans la littérature comme étant utilisé en automédication depuis les années 1990 dans certaines régions du monde (Amérique Latine, Caraïbe). Il a permis selon les experts d'y faire baisser sensiblement la mortalité maternelle dont une bonne part est due à la pratique des avortements à risque. Qu'en est-il de l'utilisation du misoprostol à Cotonou ? Ce médicament est-il facilement accessible ? Est-il utilisé, en automédication ou non, par les femmes qui sont confrontées à une grossesse non désirée ? Et si non, quelles autres méthodes ont-elles à leur disposition ? Cette étude, en cours, est de nature qualitative et est conduite auprès de 25 femmes ayant avorté récemment. Après avoir présenté le profil des femmes qui sont confrontées à une grossesse non désirée, seront discutées les modalités de la prise de décision d'avorter ainsi que les méthodes auxquelles recourent les femmes, parmi lesquelles le misoprostol reste encore peu utilisé. Pourtant, il semble bien que nous soyons à une période charnière qui pourrait voir une augmentation de l'usage, y compris en automédication, de ce médicament.

Mots-clés : Contraception, avortement, grossesses non désirées, médicament, misoprostol.

Quand la plante dialogue avec le corps. Se soigner en utilisant le savoir herboristique.

Ida Bost¹.

1. Doctorante en ethnologie, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, école doctorale « Milieux, cultures et sociétés du passé et du présent » (ED 395), Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative (LESC).

De nos jours, l'herboristerie suscite un intérêt croissant, ainsi qu'en témoigne la multiplication de centres privés d'enseignement et de manuels. À partir de recherches bibliographiques, d'observations et d'entretiens, cet article interroge les motivations à la base de cet engouement, ainsi que le lien qu'établissent les utilisateurs de l'herboristerie entre cette dernière et la biomédecine. L'herboristerie y apparaît comme centrée sur l'utilisation de plantes fraîches et sèches sous forme de tisanes. Elle s'inscrit dans des représentations de la maladie et du corps

présentées comme fondamentalement différentes de celles avancées en biomédecine, parce que basées sur le respect du corps, l'entretien de son « terrain ». Au contraire du médicament « chimique », la plante serait une médication qui s'inscrit dans le temps et dans le quotidien. Mais l'herboristerie n'est pas réductible à un système permettant une certaine autonomie dans le soin. Elle apparaît comme un moyen de rétablir un contact avec la Nature, à l'encontre d'une société déshumanisée et marquée par des scandales sanitaires (l'« affaire du médiateur », de la « vache folle », etc.). Au-delà des représentations du corps, de l'individu et de la santé qu'elle véhicule, elle est aussi un discours sur la société et sur l'environnement.

Mots-clés : Herboristerie, plantes, biomédecine, automédication, santé.

La face cachée de l'iceberg : enquête en salle d'attente de médecins généralistes de l'ouest de la France.

Laurent Brutus¹ et Charlie Marquis².

1. Chargé de recherche, médecin généraliste, Institut de Recherche pour le Développement (MERIT) et Département de médecine générale de la faculté de médecine de l'Université de Nantes.
2. Ingénieur d'étude, Centre nantais de Sociologie (CENS FRE 3706), Université de Nantes.

L'automédication peut être une alternative à la consultation médicale, mais aussi un préalable ou un complément à cette rencontre avec le professionnel de santé. Par ailleurs, le médecin est seulement l'un des professionnels vers lequel se tournent les individus en recherche d'information. Nous avons cherché à explorer cet éventail de recours à l'auto-soin, et leurs déterminants, au regard des données statistiques d'une enquête diffusées dans les salles d'attentes des médecins généralistes de l'Ouest de la France. Ces pratiques sont diversifiées selon le problème de santé qui nous a été déclaré et les produits utilisés pour le résoudre. Quatre personnes sur dix se soignent seules lorsqu'elles sont confrontées à un problème de santé. Les autres, plus nombreuses, ont certes recours à des pratiques d'automédication mais elles prennent aussi contact avec des praticiens de la santé : en se rendant à la pharmacie (problèmes respiratoires et digestifs), en ayant

recours à un autre praticien du soin (problèmes ostéo-articulaires ou psychologiques) ou finalement en consultant un médecin généraliste (problèmes psychologiques, digestifs et ostéo-articulaires). Ces résultats confirment et parfois viennent nuancer ceux déjà présentés dans la littérature scientifique.

L'automédication assistée par les pairs, ou les ramifications collectives de l'automédication, dans le cadre de firmes de marketing multi-niveaux en Afrique.

Alice Desclaux¹.

1. UMI 233 IRD, 1175 INSERM, TransVIHMI.

L'automédication est généralement décrite comme une pratique individuelle inscrite dans la culture globalisée et l'idéologie néo-libérale : l'utilisateur de médicaments apparaît comme un consommateur, exerçant dans l'espace privé son autonomie face au savoir médical pour mettre en pratique des connaissances profanes idiosyncrasiques. Des éléments empiriques montrent que ce modèle conceptuel n'est pas applicable à la pratique de l'automédication dans les entreprises multinationales de marketing multi-niveaux de compléments nutritionnels. Les entreprises multinationales de marketing multi-niveaux de compléments nutritionnels se sont développées en Afrique de l'Ouest depuis une dizaine d'années. Une collecte d'information au travers d'observations et d'entretiens informels échelonnés sur six ans à Dakar montre qu'elles doivent être incluses dans les analyses anthropologiques à propos du médicament : en jouant sur l'ambiguïté de leurs produits entre médicaments et compléments nutritionnels, elles peuvent être considérées comme à *la marge* des institutions engagées autour du médicament, et leurs produits peuvent être analysés comme des objets frontières. Dans une des firmes, sur laquelle est basée cette étude de cas, l'argumentation présentée aux futurs consommateurs en faveur de cette automédication est très élaborée ; elle met en scène la puissance symbolique d'une entreprise mondiale combinant scientificité et communication de marketing. La consommation de ses produits est présentée comme une démarche individuelle motivée par deux objectifs immédiats : (1) se soigner et (2) témoigner. Le champ

couvert par le soin est extrêmement vaste : du préventif au curatif, du *care* au *cure*. Le témoignage consiste à montrer l'efficacité du traitement à des proches, clients potentiels de la firme, en attestant des effets biologiques des produits, et en développant un discours d'expérience sur les pratiques de prise, l'adaptation des indications et posologies au contexte social et alimentaire, et les manifestations corporelles ressenties. Auto-soin et témoignage sont étroitement liés, et cette ambivalence est centrale dans la définition du modèle thérapeutique particulier que ces firmes mettent en œuvre. Une autre ambivalence fondamentale associe les dimensions thérapeutique et commerciale. Cette étude de cas illustre la dimension normative que des institutions peuvent exercer sur l'automédication. Elle montre que l'automédication n'est pas qu'une pratique intime, et élargit le champ de ses motivations, sans remettre en cause le modèle culturel individualiste et l'idéologie néo-libérale sous-jacents aux pratiques des firmes de marketing multi-niveaux. Elle contribue à la réflexion en cours sur la caractérisation d'un point de vue anthropologique de ces entreprises qui sont aussi des communautés thérapeutiques.

Mots-clé: Automédication, Sénégal, firmes multi-niveaux, plantes, compléments nutritionnels.

Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin.

Moïse Djralah¹, Anani Agossou², Aubierge Kpatinvoh³, Carine Baxerres⁴.

1. Étudiant en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Assistant de recherche, IRD (MERIT), CERPAGE.
3. Assistante de recherche, IRD (MERIT), CERPAGE.
4. Chargée de recherche, IRD (MERIT), CERPAGE.

Des études ont mis en évidence qu'en cas de paludisme, les personnes recourent majoritairement au secteur privé et informel de distribution du médicament, situé souvent à proximité de leurs déplacements quotidiens. Au-delà de ce constat, il est nécessaire de comprendre comment ces recours se réalisent. Le sont-ils sur la base de prescriptions biomédicales, de conseils des vendeurs ou d'une automédication dont les modalités restent à décrire ? C'est ce que cet article entend présenter sur la base d'une étude qualitative en cours et qui privilégie l'observation participante et la réalisation d'entretiens auprès de huit acteurs de la distribution en exercice en milieux urbain et rural béninois. Seront tout d'abord présentées les modalités du recours au médicament dans les secteurs privé (pharmacies, dépôts pharmaceutiques en milieu rural) et informel (vendeuses en marché, ambulantes, installées au bord des voies), qui soulignent une forte proportion de demandes directes de médicaments, sans la recherche de conseils du vendeur, parmi lesquelles la présentation d'ordonnances est relativement peu importante. Ceci est surtout vrai auprès des vendeurs privés et dans une moindre mesure, et contre toute attente, auprès des vendeurs informels. Puis, suite à ces constats et de manière à les enrichir, la diversité des prescriptions médicales sera soulignée. Même si peu nombreux, les modalités des conseils dispensés par les vendeurs seront ensuite présentées. Enfin la question de l'automédication et la complexité sociale qu'elle cache seront décrites, puis illustrées à partir des traitements prescrits, conseillés par les vendeurs et demandés directement par les clients en cas de paludisme.

Mots-clés : Automédication, médicament, distribution, privé, informel.

Quand l'automédication constitue un problème sociétal chez les détenus de la prison civile de Cotonou

Pascal Dohou¹ et Dodji H. Amouzouvi².

1. Doctorant en Sociologie de Développement à l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin),
Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions
Espaces et Développement (LARRED).
2. Maître de conférences/CAMES, Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions
Espaces et Développement (LARRED).

L'automédication est aujourd'hui un phénomène social observé non seulement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays développés. C'est un phénomène qui apparaît dans la prison civile de Cotonou avec les risques médicamenteux et d'intoxication. Ainsi, il est recensé plusieurs catégories d'acteurs impliqués dans la chaîne de distribution, dans la vente et dans la consommation des produits qui participent à l'automédication. Alors, la présente production scientifique basée sur une démarche qualitative s'intéresse à comprendre les motivations qui déterminent le choix de l'automédication des acteurs et le rôle des intermédiaires. La recherche se donne comme objectif d'identifier les facteurs qui déterminent la pratique de l'automédication chez les détenus de la prison civile de Cotonou et les différents acteurs impliqués dans le système d'approvisionnement.

Mots-clés : prison, maladie, automédication, acteurs, santé.

Pharmaceuticalisation, produits frontières et automédication : interférences Nord/Sud autour de quelques traitements néo-traditionnels circulant en Afrique de l'Ouest.

Marc Egrot¹.

1. Chargé de recherche, MIVEGEC, Institut de Recherche pour le Développement.

Les médicaments néo-traditionnels occupent dans les espaces thérapeutiques des systèmes de soin en Afrique une place importante (Simon & Egrot 2012). Ils

participent ainsi aux pluralismes médicaux dans les différents pays concernés. Et c'est au cœur de cette pluralité que se construisent, lors de la survenue d'une maladie, les cheminements de soins des acteurs sociaux. Le plus souvent, les recours à ces traitements s'inscrivent dans des pratiques d'automédication. Comprendre ces pratiques oblige à analyser aussi bien le statut ambigu de ces produits et surtout comment ils acquièrent une légitimité dans des espaces sociaux hétérogènes et bien souvent dans des parcours mondialisés complexes. La présente contribution reposera sur des données issues de différents programmes de recherche anthropologiques menés au cours de la dernière décennie au Bénin, au Burkina Faso et au Sénégal, avec un travail de réactualisation des données régulière au cours des dernières années. L'analyse nous permettra d'explorer et d'approfondir la manière dont l'automédication peut se construire socialement dans de tels contextes, notamment autour des notions de popularité et de scepticisme proposées par Sjaak Van Der Geest, mais aussi autour des concepts de confiance et de défiance, appliqués ici à l'égard des fabricants, des promoteurs ou des vendeurs de ces produits néo-traditionnels. Déjà analysée à propos de l'observance aux traitements prescrits dans le champ de la biomédecine, la question de la confiance apparaît centrale aussi pour comprendre les motivations et les formes de l'automédication. La réflexion qui sera menée propose d'explorer les articulations possibles entre une typologie de différents types de confiances (raisonnée, affective ou concédée), identifiées à propos de l'observance (Sarradon *et al.* 2008), et les modalités de construction des pratiques d'automédication. Cette réflexion débouchera in fine sur une discussion qui pourrait remettre en cause une typologie trop dichotomique de l'automédication. Au-delà d'une simple alternative entre une automédication subie ou choisie, il se pourrait bien qu'il y ait d'autres formes intermédiaires d'automédication, telles que des automédications consenties, des automédications par empathie, des automédications orientées ou influencées, ou encore des automédications par opposition.

Mots-clés : Médicaments néo-traditionnels, pluralisme médical, popularité, confiance, scepticisme.

Le pouvoir de la nomination : dénominations populaires des maladies et des médicaments et automédication. Réflexions à partir d'une étude réalisée sur les maladies d'enfants en milieu peulh au Bénin.

Florian F. Fadounougbo¹ et Roch L. Mongbo².

1. Université Abomey-Calavi.

2. LADYD.

Dans de nombreuses sociétés africaines, l'automédication se présente comme un acte banal mais aux déterminants très complexes. Plusieurs études ont été menées sur cette pratique en milieu urbain africain et sont souvent revenues sur les liens qu'elle entretient avec les contextes politiques, sanitaires, économiques des sociétés dans lesquelles elle est prégnante. Cependant, en milieu rural africain, caractérisé par la faible visibilité de l'État et conséquemment de ses politiques, les dynamiques en œuvre ne sont pas superposables à celles en cours en milieu urbain. En d'autres termes, les pratiques d'automédication obéissent rarement aux mêmes logiques selon qu'on est en milieu rural ou urbain. L'objectif de cette communication est de partir des résultats d'une recherche qualitative menée sur les maladies d'enfants en milieu peulh pour montrer comment l'automédication peut être produite par le cadre social à travers deux fonctions : la capacité de la société à nommer les maladies et les médicaments et à sanctionner les choix individuels qui s'écartent des normes et valeurs partagées (fort contrôle social). En effet, il est constaté que certains groupes sociaux, en particulier dans le milieu rural, sont caractérisés par l'existence d'un système dynamique d'identification et de nomination de nombreuses entités nosologiques sans correspondance avec les catégories biomédicales. Ainsi, il existe plusieurs catégories parmi lesquelles celle des « maladies que le docteur ne connaît pas » et pour lesquelles les membres de la famille, les amis, les voisins, les vendeurs de médicaments sont souvent reconnus compétents à côté des spécialistes. Il en est de même de la nomination des médicaments dont les différents modes d'appropriation sont repérables à travers les différentes dénominations populaires. Dans un contexte où les choix thérapeutiques sont conditionnés par un ensemble de normes et valeurs partagées, la nomination des maladies et des médicaments est non seulement un acte de langage performatif mais aussi une forme de régulation sociale qui encadre les choix des individus.

Mots-clés : Milieu peulh, normes, dénominations populaires, pouvoir de la nomination.

Automédication et territoire : la pertinence de la lecture géographique.

Sébastien Fleuret¹.

1. Directeur de recherche, CNRS – Université d'Angers,
UMR 6590 Espaces et Sociétés (ESo)

Ce texte expose la façon dont on peut porter un regard géographique sur l'automédication. Un premier niveau d'analyse consiste à identifier des effets de contexte dans le recours à l'automédication. Ce texte montre également comment ces effets de contextes affectent la prise en compte de l'automédication dans la relation patient/médecin et dans la relation client/pharmacien. Dans un deuxième temps, est décrite la mise en place d'un outil : le système d'information géographique qui comprend deux dimensions. La première est individuelle, elle concerne la façon dont chacun pratique son territoire -espace de vie- ce qui confère à chaque individu une forme de capital spatial. Nous formulons l'hypothèse que ce capital spatial peut-être relié à la problématique d'une automédication choisie ou subie. La deuxième dimension est globale, il s'agit des caractéristiques intrinsèques du territoire (profil socio-économique, équipement, modalités d'accès aux soins) qui, c'est la deuxième hypothèse, peut favoriser ou non l'automédication sous une forme choisie ou subie.

Mots-clés : Géographie, territoire, automédication, système d'information géographique, capital social et spatial.

Les bricolages singuliers de l'automédication : Entre déterminations et émancipations.

Véronique Guienne¹.et Anne-Lise Le Hesran².

1. Professeur des Universités, Centre nantais de Sociologie (CENS FRE 3706),
Université de Nantes.

2. Ingénieure d'étude en anthropologie, Département de médecine générale de la
faculté de médecine de l'Université de Nantes.

Cette contribution interroge le modèle théorique permettant de rendre compte des pratiques d'automédication, cherchant à analyser la question de l'autonomie dans ces usages d'auto-soin. Dans un premier moment, ce sont les déterminants de cette

capacité d'indépendance qui sont analysés, dans le cadre de la typologie proposée par Robert Castel : l'individu moderne, l'individu par défaut et l'individu par excès. En contrepoint de cette analyse des déterminations sociales des pratiques, nous interrogeons les capacités des individus à s'émanciper, la part de création que ces pratiques peuvent montrer. Dans les deux cas, nous mettons à l'épreuve ces cadres théoriques avec le matériau recueilli depuis un an sur les départements de Loire Atlantique et de Vendée auprès de 44 individus. Cette enquête a consisté à confier à ces personnes des « journaux de santé », encadrés de deux entretiens approfondis. Nos recherches montrent que l'automédication croît avec le niveau social et le niveau d'éducation, ce qui montre que ces caractéristiques sociales augmentent la possibilité d'exercer son indépendance. Le modèle dominant dans notre échantillon est celui de l'individu responsable, ce qui n'est pas sans lien avec le niveau de protection sociale en France. Les analyses portant sur le « bricolage de soi » (Philippe Corcuff), semblent d'autant plus importantes lorsque les pratiques dont il est question se réfèrent au corps, comme c'est le cas dans notre étude. Ce bricolage de soi l'est alors au sens propre, et non seulement par métaphore, par les modifications opérées par soi sur son propre corps. Ainsi, dans ce continuum des « bricolages singuliers », les individus font preuve de ruse et d'inventivité pour maîtriser un minimum leurs choix de santé. Ils y parviennent en multipliant les recours, en investiguant différentes sources d'informations, en effectuant un tri dans le discours de leur référent médical. Se met alors souvent en place une forme d'autorégulation (Johanne Collin), qui suggère des choix raisonnés de la part de l'individu en question.

Mots-clés : Autonomie, individu responsable, bricolage, journaux personnels.

Représentations sociales et pratiques liées aux médicaments antipaludiques, Bénin.

Roch A. Hounghinin¹.

1. Anthropologue,
Université Abomey-Calavi.

En 2004, le Bénin a révisé sa politique nationale de prise en charge du paludisme. Les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) ont été adoptées comme médicaments pour le traitement du paludisme simple, en remplacement de la chloroquine devenue inefficace. A cet effet, diverses approches ont été développées pour assurer une large distribution des CTA. La présente recherche vise à analyser les décalages qui existent entre les recommandations liées à l'introduction officielle de ces nouveaux médicaments et les pratiques concrètes des acteurs sociaux, dix ans environ après l'adoption de la nouvelle stratégie. Il s'agit d'étudier les facteurs affectant la mise en place de cette politique, en partant de l'hypothèse que la disponibilité de médicaments efficaces et de bonne qualité ne préjuge pas de l'utilisation effective qui en est faite. A la fois quantitative et qualitative, la recherche a pris en compte 785 mères d'enfants de moins de cinq ans, choisies selon une méthode probabiliste dans la commune de Dassa-Zoumé. A ce groupe d'acteurs, ont été ajoutés 30 informateurs clés (vendeurs de médicaments, agents de santé et guérisseurs dits traditionnels) sélectionnés de façon raisonnée. Les techniques d'observation, de questionnaire et d'entretien semi-structuré ont servi de base à la collecte des données qui a eu lieu au cours du deuxième semestre 2014. Le traitement des informations qualitatives a été réalisé selon la méthode d'analyse thématique, tandis qu'un traitement statistique a été appliqué aux données quantitatives. En cas de maladie chez les enfants, 88 % des mères recourent au centre de santé comme principal lieu d'approvisionnement en médicaments. Néanmoins, un nombre important de personnes associe aux médicaments des centres de santé, les médicaments vendus dans les marchés (22 %), ceux cédés par les vendeurs ambulants (16 %), ainsi que ceux proposés par les « bonnes dames » du quartier (47 %). Le nombre important de lieux de distribution ou d'acteurs de la vente (formels comme informels) stimulent l'automédication. La gravité de la maladie (68 % des mères) et les raisons financières (24 % des répondantes) expliquent les types de recours observés. Le traitement du « palu » chez l'enfant se fait au moyen de trois catégories de remèdes dits modernes : les médicaments antipaludiques, les antipyrétiques/ antalgiques et les médicaments pour « tuer les vers » et « augmenter le sang ». Ce dispositif n'exclut

pas le recours aux « médicaments de brousse » qui constitue une pratique bien courante à Dassa-Zoumé.

Mots-clés : Dassa-Zoumé, antipaludique, rural, perception, automédication.

Médicaments et trajectoires thérapeutiques : comprendre la place du médicament dans les parcours de soins hospitaliers au Bénin

Abou-Bakari Imorou¹.

1. Chercheur au Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL).

Le texte s'inscrit dans une perspective qui vise à saisir la place du médicament dans les parcours thérapeutiques qui conduisent les patients dans les hôpitaux au Bénin. Ici le médicament est présenté comme un analyseur des trajectoires thérapeutiques et saisi dans un double statut : gestionnaire des segments de trajectoire des malades et constructeur de l'image de certains hôpitaux. En effet, il est apparu dans de nombreux entretiens que les perceptions de l'efficacité des médicaments qu'on y cède, construisent dans une large mesure les appréciations de l'efficacité des soins administrés dans les hôpitaux. Les données analysées s'inscrivent dans un corpus global visant à saisir les logiques qui fondent les mobilités des malades entre les centres de santé de différents niveaux. Il ressort des analyses que les médicaments influencent largement les parcours des patients en première consultation ou en soins hospitaliers de référence. Dans ces construits, les actes médicaux, aussi pointus soient-ils, se fondent dans l'efficacité perçue des médicaments. Les performances de l'activité soignante, le niveau d'appréciation de l'efficacité thérapeutique, les discours des usagers sur la prise en charge et même la renommée de l'hôpital et de ses prestataires semblent dans une large mesure en lien avec la qualité (réelle ou supposée) des médicaments cédés aux usagers. Les médicaments participent à la construction de filières pragmatiques de soins qui font concurrence aux réseaux formels de référence et complexifient les sens de circulation des malades. Sans être donc dans des cadres réels d'automédication on

se trouve dans des scénarios d'auto-orientation gouvernés par les perceptions des médicaments. Les analyses portent sur des observations de type socio-anthropologique mettant en exergue les expériences des acteurs.

Mots-clés : parcours thérapeutique, médicament, activité soignante, efficacité, perception.

Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin).

Codjo Adolphe Kpatchavi¹.

1. Département de Sociologie - Anthropologie, Université d'Abomey Calavi.

Cette étude porte un regard socio-anthropologique sur les espaces de vente et la consommation des médicaments du secteur informel dans les quartiers périphériques de la ville de Cotonou au Bénin. Basée sur l'observation des pratiques et sur des entretiens avec différents acteurs, l'étude décrit les caractéristiques des contextes et lieux d'exercice de cette activité parallèle, analyse les logiques et dynamiques qui structurent ces espaces. Elle montre que l'ampleur de cette pratique en milieu urbain répond à un pragmatisme thérapeutique qui permet de faire face à la forte demande de soins exprimée et non couverte par les structures officielles. Ainsi, le secteur informel participe à l'effacement de l'offre du système de santé et met en évidence les limites des politiques sanitaires et pharmaceutiques.

Mots-clés : médicament de la rue, usages sociaux, santé publique.

Besoins et pratiques de soins: mesure de «l'iceberg » à Cotonou, Bénin.

Jean-Yves Le Hesran¹, Inès Boko², Laurent Brutus³.

1. Directeur de Recherche, IRD - Institut de Recherche pour le Développement.
2. Master en sociologie, Université Abomey Calavy.
3. Chercheur, IRD - Institut de Recherche pour le Développement.

Tous les événements de santé survenant chez un individu n'impliquent pas une consultation auprès d'un professionnel de santé. Beaucoup sont pris en charge à domicile. Il existe donc tout un pan de la santé qui échappe aux statistiques officielles, ce que l'on appelle la partie cachée de "L'iceberg de la morbidité". Nous avons mené à Cotonou, Bénin, une enquête en population générale, par sondage en grappe, qui avait pour but de décrire les besoins de soins dans les foyers et l'utilisation des services de soins. Nous avons interrogé des individus sur les événements de santé survenus dans la semaine précédant la visite de l'enquêteur. Un événement de santé a été défini comme la survenue d'un signe, d'un symptôme, qui a nécessité une réaction, quelle que soit cette action, d'un traitement simple, un comprimé, une tisane, à une consultation. Nous avons interrogé dans 450 foyers un adulte tiré au sort (354 femmes, 96 hommes). L'âge moyen était de 42 ans pour les hommes et 34 ans pour les femmes. 42% des personnes ont déclaré avoir présenté un problème de santé, 50% chez les hommes et 39,5 % chez les femmes. 50% ont présenté des symptômes généraux, fatigue (17%) ou fièvre (16%), céphalées (21%), courbatures (16%), toux (8%) ou problèmes digestifs (9%). Dans 92% des cas, ils ont pratiqué une automédication, 65% avec des médicaments et 27% avec des tisanes. Dans 6 % des cas, ils ont consulté dans un dispensaire. Les tisanes ont été les plus utilisées (27%). S'agissant des médicaments, le paracétamol a été le plus utilisé (24%) suivi par l'ibuprofène (10%). Dans 95% des cas, la personne a été satisfaite de l'évolution des signes. Pour 4% des sujets, il n'y a pas eu d'amélioration et une aggravation dans 1% des cas. 10% des personnes ont déclaré bénéficier d'une assurance santé. Pourtant, nous n'avons pas noté chez eux de différence de comportement avec les personnes sans assurance. Notre étude montre l'importance du besoin de soins à Cotonou. Elle met l'accent sur la très forte automédication avec une bonne évolution dans une grande majorité des cas. Toutefois, il faudra analyser les symptomatologies rapportées et essayer d'estimer le nombre de cas qui aurait dû bénéficier d'une consultation en centre de santé.

C'est cette part de non-recours adapté qui va déterminer le besoin en soins des populations à prendre en charge par la future couverture universelle (CMU).

Mots-clés : Besoins de soins, écologie médicale, Bénin, ville.

Observance thérapeutique et l'automédication : expériences des malades d'hépatite B traités par la médecine traditionnelle à Cotonou.

Jeanne Avest Madinde¹, Adolphe Codjo Kpatchavi², Pierre Codjo Meliho³.

1. Étudiante en master 2 à LASMA, Faculté Des Lettres Arts Et Sciences Humaines, Université Abomey-Calavi.
2. Maître de conférence aux universités des CAMES, enseignant à LASMA / FLASH / Université Abomey-Calavi.
3. Docteur en sociologie - anthropologie à LASMA, Faculté Des Lettres Arts Et Sciences Humaines, Université Abomey-Calavi.

L'observance au cours du traitement des maladies est devenue objet de recherche en sciences sociales, notamment en anthropologie au lendemain de l'avènement de l'anthropologie du médicament. Les recherches initiées dans ce sens sont commanditées par les firmes pharmaceutiques dans le cas du traitement du VIH dans le monde anglo-saxon. Dès lors l'anthropologie du médicament questionne la place et le sens de l'objet médicament dans le quotidien des malades et des soignants (Desclaux et Levy, 2003). Elle étudie les aspects relatifs au vécu des traitements, aux perceptions de leur efficacité et de leurs effets secondaires, aux logiques sous-jacentes à l'automédication, la réalité de ses effets biologiques, et le « médicament signifié et interprété par le patient et le médicament socialisé » (Desclaux et Levy, 2003). Il ne s'agit pas de savoir quels sont les « bons » ou « mauvais » observants, mais de « comprendre à quelles conditions sociales et culturelles se réalise ou non le suivi de l'ordonnance » (Fainzang, 2001). Le respect de la posologie du début à la fin du traitement de l'hépatite virale B est influencé par le recours à un « pluralisme thérapeutique » (Yoro, 2012) en contexte de médecine traditionnelle à Cotonou. Ces pratiques ont suscité la présente recherche pour décrypter les usages syncrétiques au cours du traitement de l'hépatite B en milieu urbain. La présente recherche a été réalisée à Cotonou (Bénin) au cours de la

période de juin à août 2014. Les méthodes qualitative et compréhensive ont été associées avec la conduite d'entretien individuel et de l'observation directe méthodique appuyée de la prise de note. Le journal de terrain et la capture d'images ont permis de conserver les matériaux bruts. L'exploitation des données est basée sur un travail de transcription des entretiens et des données d'observation à partir du logiciel *Word 2007* pour le traitement du texte. L'analyse des données a été faite par un tri transversal thématique de l'ensemble du corpus selon une grille d'analyse de contenu. Les résultats de l'étude montrent que toutes les personnes interrogées reconnaissent que l'hépatite B est une maladie très grave et mérite un traitement rigoureux. Pour la soigner et la traiter les malades font recours à plusieurs pratiques thérapeutiques, soit simultanément ou en alternance. L'interférence des pratiques médicales avec un autre registre de soins constitue l'un des facteurs influençant le respect des posologies au cours du traitement en médecine traditionnelle. Sur les onze malades interrogés, sept affirment qu'ils utilisent simultanément les médicaments de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle. Le constat est que l'utilisation du second recours se fait suite aux conseils ou aux expériences d'un ami ou d'un parent malade. Le traitement consiste le plus souvent à rechercher des plantes médicinales (feuilles, racines, écorces) pour préparer de la tisane. Le vécu d'un informateur illustre mieux cette pratique « en plus des médicaments que le phytothérapeute m'a prescrits, je prends également une tisane préparée à base de ciayo, je la prends en remplacement de l'eau. Ça traite aussi l'hépatite, c'est mon oncle qui me l'a conseillée. C'est juste pour accompagner l'autre traitement ». On observe que selon la perception des maladies, les soins et le traitement de l'hépatite se croisent et le cure accompagne le *care*. Ce qui accroît l'efficacité symbolique chez le patient. En conséquence, l'automédication ne consiste pas seulement à la prise de médicaments pharmaceutiques sans avis médical. Le fait de chercher des plantes médicinales (feuilles, racines, écorces) pour préparer de la tisane sans l'avis d'un phytothérapeute est aussi de l'automédication. Ces résultats rencontrent les conclusions du forum national sur la pharmacopée et la médecine traditionnelle selon lesquelles « 39,1% des Béninois pratiquent l'automédication traditionnelle et 12,4% seulement ont recours à l'automédication moderne » (OMS, 2000). Dans ce syncrétisme volontaire des pratiques sans conscience des effets pervers, les malades pensent qu'ils sont guéris. Sur les onze malades, neuf déclarent avoir négligé ou arrêté les médicaments après deux mois environ de traitement. Ces pratiques traduisent un chevauchement du traitement sans que le malade ne reconnaisse à quel niveau il a trébuché. La prise en charge des maladies chroniques quel que soit l'univers du traitement ne permet pas d'obtenir une guérison rapide, voire totale. Le patient se trouve contraint d'accepter

sa maladie et d'en faire une forme de vie. L'expérience des malades d'hépatite B traités par la médecine traditionnelle à Cotonou montre que les facteurs explicatifs de la « mauvaise observance » sont entre autres la disponibilité de plusieurs recours thérapeutiques dans un espace thérapeutique en continu.

Mots-clés : Hépatite B, pluralisme thérapeutique, observance, médicament.

Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana

Stéphanie Mahamé¹ et Carine Baxerres².

1. Étudiante en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Il existe des différences très importantes dans la distribution grossiste des médicaments entre les pays anglophones et francophones d'Afrique de l'Ouest, tant du point de vue des pratiques que de la législation qui les encadrent. C'est le cas notamment entre le Bénin et le Ghana. Quel impact ces différences ont-elles sur l'accès aux médicaments pour les individus et sur la question de l'automédication ? Cet article entend répondre à cette question à partir d'études qualitatives menées principalement par le biais d'observations participantes et de discussions libres menées depuis juin 2014 auprès d'acteurs de la distribution grossiste du médicament au Bénin et au Ghana. Après avoir présenté le fonctionnement de la distribution pharmaceutique grossiste, publique et privée, dans ces deux pays, nous montrerons comment le commerce – le « business », les intérêts financiers – se développe dans ces deux contextes. Puis, nous soulignerons l'impact de ces systèmes sur l'automédication en nous centrant sur un type de médicaments spécifiques : les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artemisinine dans la lutte contre le paludisme. Notre étude, en cours, semble confirmer l'hypothèse selon

laquelle les modes de distribution des médicaments ont un impact sur l'utilisation qui en est faite par les individus.

Mots-clés : médicament, CTA, distribution grossiste, Bénin, Ghana.

Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar : Le cas du marché informel d'Ambohipo.

Chiarella Mattern¹.

1. Doctorante, IPM Institut Pasteur de Madagascar.

Depuis les années 1980, le médicament pharmaceutique industriel occupe une place importante dans les recherches en anthropologie de la santé (Akrich, 1995; Fassin, 1986; van der Geest, 1987; Van der Geest, Hardon, & Whyte, 1996; Jaffré, 1999; Baxerres & Le Hesran, 2012). Il est devenu un objet de recherche à part entière. La popularité grandissante et l'engouement qu'il connaît vont de pair avec le développement de l'anthropologie du médicament. Le médicament occupe aujourd'hui une place centrale dans les pratiques de soins, nous assistons à une véritable pharmaceuticalisation des sociétés du Sud (Desclaux & Lévy, 2003; Baxerres & Simon, 2013; Egrot & Desclaux, 2015). Ce terme renvoie au phénomène de diffusion et de profusion des médicaments échappant en partie au contrôle médical. Au même titre que certains pays d'Afrique de l'Ouest, Madagascar a vu émerger dans les années 1980 un marché informel du médicament, qui s'est développé jusqu'à aujourd'hui. Cette formulation est généralement choisie en anthropologie pour désigner les pratiques de vente et d'achat de médicaments qui se déroulent hors du cadre informel imposé par l'État et par le système de santé biomédical qui prévaut dans un pays (Baxerres, 2015). Né dans des contextes semblables de précarisation des populations, de déliquescence d'un État offrant peu ou pas de système d'assurance aux populations, le recours aux médicaments disponibles sur le marché informel est à plusieurs égards une solution attractive pour les populations du Sud : proximité des points de vente, accessibilité économique, etc. (Fassin, 1985; Pale & Ladner, 2006; Baxerres & Simon, 2013). Cette communication décrit la distribution des médicaments pharmaceutiques

industriels à Madagascar via ses trois circuits d'approvisionnement : privé, public et informel. Elle analysera les points d'articulation entre ces circuits et montrera comment l'un se nourrit de l'autre. Je vais décrire ici plus précisément le marché d'Ambohipo, véritable plaque tournante de la vente informelle de médicaments à Madagascar, et mettre en évidence les spécificités de ce marché informel de Madagascar.

Mots-clés : Marché informel, réseaux de distribution, médicaments pharmaceutiques, Madagascar.

Idéologies, discours et savoirs sournois comme déterminants des attitudes et des pratiques d'« automédication » dans les milieux urbains africains.

Augustin Charles A. Mbia¹.

1. Université Yaoundé.

Le présent projet de recherche se pose comme un apport des sciences de l'information et de la communication pour identifier les flux de circulation des savoirs « médicaux » et la construction des connaissances médicales qui alimentent les comportements d'automédication, en tant que ceux-ci déterminent les itinéraires que suivent les personnes ayant opéré le choix de l'automédication. Cette étude postule d'emblée que les idéologies, les discours et les savoirs sournois en relation avec la maladie, le médicament et l'institution médicale, constituent des facteurs qui déterminent les attitudes et les comportements d'auto médication dans les environnements urbains africains. Cette démarche entre donc dans une posture de déconstruction du terme « auto médication », en démystifiant l'illusion d'autonomie de décision du sujet-malade, autonomie présumée par la particule « auto » qui précède « médication ». Elle indique, pour le décrire, le départ d'une dépendance à l'autre, d'un système d'autorité institué, assumé et socialement validé -le système médical formel-, à un système d'influence informel et diffus sous lequel se place le malade sous « auto médication ». Elle porte son attention sur les acteurs, les discours, les idéologies, les savoirs qui assurent la médiation entre le malade et le médicament dans les attitudes d'auto médication. À travers une

enquête d'observation et d'entretiens, l'étude se focalisera sur les femmes urbaines en vie de couple avec au moins un enfant dans la ville de Yaoundé, capitale du Cameroun. Du point de vue du ratio malade/attitude d'automédication, le taux de pratique d'automédication est plus élevé dans les zones rurales africaines, sans doute du fait de l'indisponibilité des structures de santé en zone rurale. Mais la complexité de l'environnement urbain offre la possibilité d'observer la diversité des tendances qualitatives de configuration, de justification, et de légitimation des comportements d'auto médication.

Mots-clés : Circulation des savoirs, savoirs surnois, légitimation, autonomie.

Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayízo (Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie.

Pierre Codjo Meliho¹.

1. Assistant des universités CAMES, Enseignant-Chercheur, Université d'Agriculture de Kétou (UAK, Bénin), Université d'Abomey-Calavi (UAC, Bénin).

Ce texte décrit et analyse la trajectoire thérapeutique des soins de l'angine chez les enfants dans un contexte de rareté des soins du service public. Réalisée auprès du groupe socioculturel Ayízo au Sud-Bénin, la recherche a porté sur l'observation des pratiques et le recueil des récits de soins domestiques à la suite d'épisode d'angine chez les enfants. Elle a recruté un échantillon raisonné d'une quarantaine d'acteurs de soins dans le contexte global (femmes et mères d'enfants, hommes spécialisés dans les soins d'angine, professionnels de santé et acteurs des collectivités locales). L'analyse thématique des récits de soins et l'ethnomédecine ont servi d'approche de triangulation des corpus. Les résultats mettent en exergue trois catégories d'acteurs de soins aux dépens desquels circule une pluralité de représentations, de savoirs et de pratiques de soins de l'angine dans la maisonnée. Il s'agit des femmes dans l'environnement immédiat du malade, des hommes du groupe thérapeutique élargi, des professionnels de la santé. Ces acteurs développent un double rôle complémentaire. Premièrement, l'accompagnement des soins (sphère domestique)

et la thérapie biomédicale. Deuxièmement, chaque catégorie d'acteurs met en œuvre des savoirs qui résultent d'un univers de représentations contradictoires : le traitement de la maladie en biomédecine, puis les soins au malade en contexte global. Ces représentations et ces savoirs induisent des pratiques, qui loin d'être singulières, se chevauchent, interagissent et se complètent, en l'occurrence, pour les soins de l'angine. On retient une complémentarité des médecines dans un environnement où les soins du service public de santé sont limités et encouragent l'émergence de l'autothérapie.

Mots-clés : Univers domestique, automédication, plurithérapie de l'angine, autothérapie, Ayízo.

L'automédication chez les usagers de drogues injectables à Dakar, Sénégal.

Albert Gautier Ndione¹.

1. Université Cheikh Anta Diop (UCAD) – Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

À Dakar, longtemps considéré comme un site de transit des drogues, depuis les années 2000 se diffuse l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à la voie intraveineuse. La lutte contre les drogues relève au Sénégal d'une approche répressive depuis 1963. Or, les sujets usagers de drogues vivent dans un contexte marqué : (1) au niveau social par une exclusion qui a pour effet, des pertes d'emplois, des divorces, des pertes de la garde des enfants, des disputes fréquentes dans la famille, etc. ; (2) au niveau sanitaire par une atteinte fréquente par le VIH, le VHB et le VHC selon une étude récente à Dakar (UDSEN, étude ANRS 12243) ; (3) et, suite à ces différents faits, par une demande sans cesse renouvelée de traitement pour « rompre avec les drogues ». Cela les pousse le plus souvent vers les hôpitaux psychiatriques de Dakar mais leurs tentatives sont le plus souvent vaines. Les usagers indexent le dispositif sanitaire qu'ils pensent peu approprié pour leur traitement. Dès lors, une quête de thérapie s'organise entre les pairs usagers de drogues et consiste en des pratiques d'auto-sevrage que sont l'auto-médication, le voyage hors du milieu des drogues et le sevrage par incarcération volontaire. La

présente communication se propose de décrire et d'analyser l'auto-médication par les usagers de drogues à Dakar. Une étude (IRD, CRCF), basée sur une approche qualitative avec des entretiens répétés et observation auprès de 15 usagers (dont trois femmes), âgés entre 29 et 61 ans, en majorité héroïnomanes, avec des modes de consommation tels que le sniff, la fumette, l'injection, l'inhalation, et une expérience variant entre 7 ans et 36 ans. L'étude a été menée en 2013 et a exploré la culture d'usage des médicaments par les usagers de drogues injectables à Dakar. Les questions explorées concernent l'appellation des médicaments, les canaux d'information et les modes de circulation des médicaments, leurs utilités perçues, leurs types d'usage et leurs appréciations par les consommateurs de drogues. Les consommateurs de drogues ont eu connaissance de plusieurs médicaments pour lesquels les données empiriques permettent de faire la classification suivante : les anti-douleurs ; les somnifères ; les substituts ; les vitaminés et les antistress. Les expériences thérapeutiques dans les hôpitaux psychiatriques, le partage « bouche-à-oreille » ainsi que les Sénégalais « venant d'Europe » sont les principales sources d'information sur les médicaments. Les médicaments sont utilisés dans deux contextes différents que sont le contexte de soin qui consiste au sevrage par automédication et un contexte profane pour mettre en patience leur manque en attendant de trouver leur « vraie dose » de drogues. Certains ont déjà eu recours aux médicaments via un marché noir qui existe à Dakar ou via des Sénégalais « venant d'Europe » qui partagent ou vendent leurs traitements de séjour. En fonction des effets perçus, plusieurs appréciations allant de « peu efficaces » à « très efficaces » sont faites sur les médicaments. Il existe un savoir profane autour des médicaments chez les usagers de drogues à Dakar. Dans un contexte de pré-ouverture d'un programme de traitement à Dakar, la question que pose cette présentation est de savoir comment ce savoir peut-il être mobilisé pour apprécier le programme méthadone ?

Mots-clés : Dakar, drogue, auto-sevrage, médicament, savoir profane, VIH.

Les services de santé sont les meilleurs propagandistes de l'automédication.

Jean-Pierre Olivier De Sardan¹.

1. Chercheur au Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL).

Le développement spectaculaire de l'auto-médication moderne informelle, loin de se développer indépendamment du système de santé public, est alimenté par lui à différents niveaux : pour avoir des médicaments modernes en évitant le parcours du combattant d'aller dans un centre de santé ; parce que les agents de santé, en prescrivant quasi mécaniquement quelques molécules, montrent à chacun comment faire sans eux ; parce que l'auto-médication propose les mêmes médicaments que les centres de santé, mais sur une base de proximité et de conseils à la personne ; parce que les agents de santé vendent informellement dans les centres de santé les mêmes médicaments que les colporteurs, parfois achetés eux aussi sur le marché ; parce qu'on achète en pharmacie des médicaments à des vendeurs guère mieux formés que les colporteurs ; parce qu'il est plus rationnel d'acheter au détail que d'acheter des boîtes dont une grande partie ne sera pas utilisée, etc. Dans le contexte d'une offre de santé très pluraliste, et d'une logique des usagers qui est souvent très pragmatique, la promotion (certes involontaire) de l'auto-médication moderne par le système public de santé suit cinq chemins : l'approvisionnement mutuel ; la promotion *a-contrario* ; la promotion par standardisation ; la promotion par démedicalisation ; et la promotion par détournement d'usage. Plus globalement, les soins de santé modernes sont désormais à deux vitesses : d'une part, pour les pauvres, le système de santé public et l'auto-médication informelle ; d'autre part, pour les privilégiés, les cliniques privées et l'auto-médication formelle (en pharmacie).

Mots-clés : auto-médication informelle, système de santé public, deux vitesses, promotion.

« La médecine occidentale soigne, la médecine traditionnelle guérit ». À propos de la représentation paysanne du traitement anti-paludique dans la sous-préfecture d'Ayaou-Sran.

Raphaël Kouadio Oura¹ et Edouard Kouadio Kouassi².

1. Géographe rural-Chargé de recherche, Centre de Recherche pour le Développement (CRD), Université Alassane Ouattara de Bouaké, Laboratoire de Santé Nutrition Hygiène (LSNH).
2. Doctorant, Socio-économie du développement rural, Université Alassane Ouattara de Bouaké.

Le rapprochement des infrastructures sanitaires des populations est une préoccupation majeure de l'État ivoirien. Cela s'est traduit par l'établissement de centres de santé dans plusieurs localités rurales. On s'attend à ce que les résultats suivent surtout que les ruraux ne cachent pas leur joie à recevoir ces infrastructures censées améliorer leurs conditions de vie. Mais, les centres de santé ruraux sont souvent peu fréquentés. Si la cherté des soins reste la cause très souvent invoquée, la représentation que la population a de certaines maladies mérite d'être interrogée. Pourquoi les habitants d'Ayaou-Sran hésitent-ils à fréquenter les centres de santé surtout lorsqu'ils souffrent du paludisme ? Quelle représentation se font-ils de cette maladie ? Le lien entre la représentation des paysans d'Ayaou-Sran et les différents choix qu'ils opèrent dans le traitement anti-paludique constitue donc l'objet de cette étude.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, santé rurale, paludisme, représentation.

L'automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo.

Jacques Rodriguez¹ et Jean-Michel Wachsberger².

1. Université de Lille, EA 3589 – CeRIES – Centre de recherche « Individus Epreuves Sociétés », F-59000 Lille.
2. Univ. Lille, EA 3589 – CeRIES – Centre de recherche « Individus Épreuves Sociétés », F-59000 Lille et UMR 225 DIAL, IRD/Université Paris-Dauphine.

Fondé sur l'analyse des données produites par l'enquête « 1-2-3 » de 2012 en République Démocratique du Congo, cet article propose une approche quantitative de l'automédication. Il fait apparaître, contre toute attente, la faiblesse de cette pratique dans les déclarations des individus confrontés à un épisode de maladie et tente de rendre compte des choix qui les guident : se soigner soi-même, consulter un professionnel de santé ou renoncer aux soins. La construction de plusieurs modèles logistiques permet à cet égard de comparer les déterminants de ces décisions, considérées sous la forme d'une double alternative : consulter ou recourir à l'automédication, puis, pour ceux qui ne sollicitent pas un professionnel de santé, s'automédiquer ou s'abstenir de toute démarche thérapeutique. L'article pointe ainsi les contraintes (économiques, géographiques, sociales et culturelles) qui pèsent sur le recours à l'automédication tout en soulignant combien et comment les individus cherchent à s'en affranchir.

Mots-clés : Automédication, RDC, Approche quantitative, Paludisme.

Soigner la drépanocytose chez les enfants au service pédiatrique du Centre Hospitalier du Borgou. Entre observance médicale et invention familiale (Bénin).

N'Koué Emmanuel Sambieni¹.

1. Université Parakou.

Dans le cadre du programme Enfants, soins et Pédiatrie en Afrique de l'Ouest (ENSPEDIA) financé par l'Unicef et coordonné par Yannick Jaffré pour sept pays de

l'Afrique de l'Ouest, nous avons mené les enquêtes auprès des soignants et des usagers de la pédiatrie du Centre Hospitalier du Borgou pour les soins de la drépanocytose chez les enfants de 6 à 15 ans. Les objectifs scientifiques étaient de comprendre d'une part comment les différents acteurs de la pédiatrie, avec un accent particulier sur les enfants, s'articulent dans l'offre de soins de certaines pathologies chroniques comme la drépanocytose. Il fallait surtout comprendre comment l'enfant participe ou non à la délivrance de ses propres soins en rapport à une pathologie qui nécessite des relations de longue durée avec les soignants, les parents et les autres malades. L'enquête a été faite suivant la méthode qualitative, avec l'entretien et l'observation directe comme principales méthodes de recueil des données. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés par la méthode d'analyse du contenu. Certaines données, notamment les médicaments et les traitements rencontrés, ont été photographiées et documentées. Il ressort de l'analyse des données que les soins de la drépanocytose voient se développer une grande invention familiale et sociale en réponse à une prescription médicale sinon inefficace par rapport au vécu douloureux et de long terme de la maladie du moins inaccessible en temps réel, en disponibilité et en coût. Dans un premier temps, il se dégage une situation vécue d'incapacité technique de la médecine pédiatrique sur la drépanocytose chez l'ensemble des patients. Cette incapacité technique dans la relation de soins est renforcée par une indisponibilité de médicaments chroniques pour prévenir les douleurs qui apparaissent brusquement au gré d'une saison ou d'une activité exercée par le patient. Seules des consignes alimentaires et comportementales sont données aux patients pour réduire le risque de l'occurrence de la douleur musculaire sans pouvoir la gérer quand elle survient. Deuxièmement, cette « incapacité » biomédicale de prévenir ou de gérer la douleur avec des médicaments disponibles laisse les familles et les enfants dans un état très critique pendant les crises au cours desquelles de nombreux patients hurlent et sollicitent le secours. La crise nécessite une solution thérapeutique à court et moyen terme. Les familles et les enfants font naturellement appel à leurs savoirs populaires, à des recettes pratiques dans leur environnement immédiat pour répondre à l'urgence. Ces recettes peuvent aller des consommations diverses à des pratiques de bandage et d'exercice de toutes pressions sur le corps en mal pour réduire la douleur ressentie. Enfin, face à l'inefficacité à long terme de ces pratiques thérapeutiques d'infortune, les patients et leurs parents font recours aux nombreux traitements informels qui circulent dans les trajets de voyage, les services, les médias ou auprès d'autres patients.

Mots-clés : Drépanocytose, médecine pédiatrique, douleurs, traitements informels.

Références utilisées dans les résumés.

- Akrich, M. (1995). Petite anthropologie du médicament. *Techniques et Cultures*. 25-26. pp.129–157.
- Baxerres, C. (2015). Contrefaçon pharmaceutique: la construction sociale d'un problème de santé publique. Dans Desclaux, A. & Egrot, M. (Eds.). *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan. pp.129–146.
- Baxerres, C. & Le Hesran, J-Y. (2012). Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales. *Revue Internationale Sur Le Médicament*. 4(1). pp.14–38.
- Baxerres, C. & Simon, E. (2013). Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds. *Autrepart*. 63. pp.3–30.
- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes*. Paris: Seuil.
- Collin, J. Otero, M. Monnais, L. (Dir.) (2006). *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corcuff, P. (2012). *Où est passée la critique sociale ? Penser le global au croisement des savoirs*. Paris: Éditions La Découverte. Collection Bibliothèque du MAUSS.
- der Geest, S.V. (1987). Pharmaceuticals in the third world : the local perspective. *Social Science & Medicine*. 25(3). pp.273–276.
- der Geest, S.V. Hardon, A. et Whyte, S.R. (1996). The anthropology of pharmaceuticals : A biographical approach. *Annual Review of Anthropology*. 25. pp.153 – 178.
- der Geest, S.V. & Whyte, S.R. (2003). Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropologie et Sociétés*. 27(2). pp.97-117.
- Desclaux, A. & Egrot, M. (Eds.). (2015). *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan-IRD. 282p.
- Desclaux, A. & Lévy, J. (2003). Présentation Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ?. *Anthropologie et sociétés*. 27(2). pp.5-21.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et Société. Le patient le médecin et l'ordonnance*. Paris: PUF. Coll. Ethnologique Controverses. 156p.
- Fassin, D. (1985). Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'études Africaines*. 25(98). pp.161–177.
- Fassin, D. (1986). La vente illicite de médicaments au Sénégal. *Politique Africaine*. 23. pp.123–143.
- Haxaire, C. (2002). "Calmer les nerfs": automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences Sociales et Santé*. XX(1). pp.63-87.
- Haxaire, C. Bodénez, P. Richard, E. Terrien, K. Bail, P., Locquet, C. Noailly, M. (2003). *Rapport 2003 MILDT / INSERM / CNRS 1999. Gestion différentielle des dépendances par les médecins généralistes (zones urbaines et rurales de Bretagne Occidentale). projet 99D04, responsable scientifique Claudie Haxaire*. 192p.

- Haxaire, C. Brabant, J. Cambon, E. Wald, P. Achard, P. (1999). *Usages et compétences familiales en matière de psychotropes : comparaison entre zone rurale (bocage Ouest-Ornais et Nord-Mayennais) et zones urbaines*. Rapport MIRE (Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation) en réponse à l'appel d'offres : « Médicaments et santé mentale ». 170p. et Annexes 37p.
- Haxaire, C. Terrien, K. Bodenez, P. Richard, E. (2005). From the doctor's psychotropic medication to the patient's remedies, or subversion of medicalisation. Dans *Medical Anthropology. Welfare State and Political Engagement. II Care and Management of Illness and Distress. Rivista della Societa italiana di antropologia medica*. Perugia: 19-20. pp.79-92.
- Jaffré, Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies "par terre." *Bulletin de l'Apad*. 7.
- Linton, R. (1977). *Le fondement culturel de la personnalité (1954)*. Paris: Bordas.
- Pale, A. et Ladner, J. (2006). Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés. *Cahiers Santé*. 16(2). pp.113-117.
- Sarradon-Eck, A. Egrot, M. Blanc, M.-A. Faure, M. et al. (2008). Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins*. 39(1). pp.3-12.
- Simon, E. et Egrot, M. (2012). "Médicaments néotraditionnels" : une catégorie pertinente ?. *Sciences sociales et santé*. 30(2). pp.67-91.
- Yoro, B. M. (2012). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique. *Recherche qualitative*. 31(1). pp.47-61.