

**Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique
sous influences locales et globales**

Carine Baxerres
UMR 216 (IRD – Université Paris Descartes) et CEPED (IRD – UPD – INED)
Faculté de pharmacie, laboratoire de parasitologie,
4 avenue de l'Observatoire, 75006 Paris – France
Tél : 00 33 6 27 69 00 06 – Courriel : carine.baxerres@ird.fr

ISSN 1718-1534

Résumé

Cet article interroge les liens qui unissent actuellement les médicaments pharmaceutiques industriels et les individus en milieu urbain africain. Il s'attache à déconstruire les questionnements initiaux des anthropologues du médicament qui avaient tendance, dans les sociétés du Sud, à ne considérer que l'utilisation qui était faite des médicaments selon les perceptions locales de la santé et des maladies. A travers une étude d'anthropologie sociale conduite à Cotonou, capitale économique du Bénin, entre les années 2005 et 2007, cette contribution montre comment le système de santé au centre duquel se trouve le médicament, s'associe aux savoirs dits « traditionnels » pour construire les savoirs populaires sur la santé actuellement en cours à Cotonou. Les usages du médicament qui en découlent, stimulés par les enjeux commerciaux que suscite cet objet marchand, font apparaître une consommation pharmaceutique importante, quasi-quotidienne et qui se pratique bien souvent sur le mode de l'automédication. Selon des objectifs de santé variés (curatifs, préventifs, de maintien de la santé), ces utilisations du médicament sont loin d'être toujours conformes aux recommandations biomédicales. Elles soulignent ainsi la croissance du marché du médicament dans les sociétés africaines.

Mots clés : Usages des médicaments, savoirs populaires, consommation pharmaceutique, automédication, Bénin, Afrique de l'Ouest

Uses of medicines in Benin: pharmaceutical consumption under local and global influences

Abstract

This paper questions current links between pharmaceuticals and individuals in urban Africa. It attempts to deconstruct the initial questionings of pharmaceutical anthropologists, who tended in Southern societies to consider only pharmaceutical uses according to local perceptions of health and illness. Through a social anthropological study led in Cotonou, economic capital of Benin, between 2005 and 2007, this contribution shows how health system centered on pharmaceuticals joins to “traditional” knowledge to build current health popular knowledge in Cotonou. Ensuing pharmaceutical uses, stimulated by the commercial stakes which surround this marketable object, highlight a high pharmaceutical consumption, quasi-daily and which often leads to self-medication. With various objectives of health care (curative, preventive,

health maintaining), these uses are rarely comply with biomedical recommendations. They show the growth of pharmaceutical market in African societies.

Key words: Drug use, popular knowledge, pharmaceuticals intake, self-medication, Benin, West Africa.

Los usos del medicamento en Benin: un consumo farmacéutico bajo influencias locales y globales

Resumen

Este trabajo interroga los actuales vínculos entre los medicamentos farmacéuticos industriales y los individuos en ambiente urbano africano. Descompone los pensamientos iniciales de los antropólogos del medicamento que tendían, en las sociedades del Sur, a considerar sólo la utilización de los medicamentos según las percepciones locales de la salud y de las enfermedades. A través de un estudio de antropología social conducido a Cotonou, capital económica de Benin, entre los años 2005 y 2007, esta contribución muestra cómo el sistema de salud en el centro del cual hay el medicamento, se asocia con saber dicho “tradicional” para construirle el actual saber popular sobre la salud a Cotonou. Los usos del medicamento que emanan de eso, estimulados por las puestas comerciales que suscita este objeto mercante, ponen de manifiesto un consumo farmacéutico importante y casi-diario que se practica a menudo sobre el modo de la automedicación. Según objetivos de salud variados (curativos, preventivos, de mantenimiento de la salud), estas utilizaciones del medicamento son lejos de estar conforme siempre con las recomendaciones biomédicas. Subrayan así el crecimiento del mercado del medicamento en las sociedades africanas.

Palabras llaves: usos de los medicamentos, saber popular, consumo farmacéutico, automedicación, Benin, África del oeste.

Introduction

Depuis l'émergence de l'anthropologie du médicament, au début des années 1980, à partir d'études conduites d'abord dans des sociétés « du Sud » (Van der Geest, 1982 ; Van der Geest et Whyte, 1988), les chercheurs se sont attachés à décrire les liens qui s'établissent entre les personnes et les médicaments pharmaceutiques industriels. Dans les pays francophones d'Afrique, la diffusion de ces derniers, par le biais de l'entreprise coloniale et des missionnaires religieux, date des années 1930-40 (Dozon, 1985 ; Gauvrit, 2001 ; Commeyras, 2005 ; Preston-Whyte, 2005). Les habitants de ces pays perçoivent très vite l'intérêt et l'efficacité de ce nouveau type de remèdes. La quinine, les premiers sulfamides et la pénicilline permettent des guérisons rapides et spectaculaires. A partir d'études conduites dans ces pays, les anthropologues mettent en évidence assez tôt l'utilisation que les personnes font des médicaments sans nécessairement porter d'intérêt au système de santé qui les encadre (Desclaux, 2001). Alexander Alland fait remarquer, à la fin des années 1970 en Côte d'Ivoire, que « *les médecins et les professionnels de la santé étaient perçus comme des « accessoires non nécessaires » pour l'utilisation des médicaments* » (Van der Geest et Whyte, 2003, p. 97). Sylvie Fainzang, dans les années 1980, met en évidence qu'en milieu rural burkinabé, « *au dispensaire, il y a coïncidence entre le nombre de consultants et la quantité de médicaments disponibles. (...). Le nombre de consultants décroît au fur et à mesure que le stock de médicaments s'épuise* » (Fainzang, 1985, p. 120-121). Ces premiers constats conduisent les anthropologues à s'intéresser avant tout aux manières selon lesquelles les populations locales s'approprient les médicaments pharmaceutiques industriels. Sont ainsi étudiées l'intégration de ceux-ci aux représentations locales de la santé et des maladies et l'interprétation, sous ce prisme, de leurs effets. Les travaux anthropologiques qui mettent en évidence les spécificités des perceptions locales de la santé et des maladies ainsi que leurs décalages avec celles de la biomédecine étant dans les années 1980 particulièrement féconds et heuristiques (Augé et Herzlich, 1984/1994 ; Bonnet, 1985 ; Fainzang, 1985 ; Sindzingre, 1983), les anthropologues du médicament ont tout d'abord logiquement prolongé ces analyses. Est ainsi étudiée, dans différents contextes, l'incorporation des médicaments à des traditions médicales dont les notions diffèrent de la biomédecine (Van der Geest et Whyte, 1988). Les liens que les individus entretiennent avec les médicaments sont conçus comme une « *appropriation culturelle et sociale, non pas d'une façon de penser la santé mais bien d'une sorte de technologie thérapeutique* »¹ (Whyte, 1992, p. 165). Pour décrire ces réalités, les chercheurs

¹ Les citations issues d'écrits anglais sont traduites librement par l'auteur de ce texte.

développent des concepts tels que la *réinterprétation culturelle* (Bledsoe et Goubaud, 1988), l'*indigénisation* et la *popularisation* des médicaments (Van der Geest et Whyte, 1988 ; Etkin et Tan, 1994). Ils décrivent des phénomènes tels que la *dénomination populaire*, au moyen de terminologies empruntées aux langues ayant cours localement², des médicaments et le *détournement de l'usage* de ceux-ci par rapport aux recommandations biomédicales³ (Assogba, 1985 ; Van der Geest et Whyte, 1988 ; Jaffré, 1999 ; Tan, 1999 ; Touré, 2005). On peut ainsi évoquer la perspective culturaliste des premiers travaux de l'anthropologie du médicament qui, tout comme l'ensemble de la discipline, avait alors tendance à sur-interpréter les pratiques locales par la culture.

Pourtant, il semblerait logique que les médicaments pharmaceutiques industriels aient une influence sur les représentations en matière de santé et de maladies. De longue date, les liens entre les remèdes, quels qu'ils soient, et la définition professionnelle ou populaire des pathologies sont reconnus (Urfalino, 2007). En Afrique, des recherches ont montré comment certaines entités nosologiques populaires, telles que celles se rapportant aux diarrhées infantiles et aux maladies sexuellement transmissibles, sont définies non par une étiologie ou une symptomatologie mais par un traitement pharmaceutique (Desclaux, 1999 ; Haxaire, 2003). Plus globalement, dans ces pays, la biomédecine n'a cessé de s'imposer face aux autres pratiques thérapeutiques. Le nombre de structures de santé, publiques comme privées, ainsi que celui des différentes catégories de professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants...) sont en constante augmentation. Même hors de ce système de santé dont ils constituent un élément central, la présence des médicaments est toujours plus intense, à travers notamment le marché informel du médicament⁴. Il semblerait ainsi logique que les représentations scientifiques et biomédicales constitutives du médicament aient aujourd'hui un impact sur les savoirs et usages populaires en cours dans les pays. Le caractère

² Au Mali, par exemple, les termes *béré bila* qui signifient en langue bambara « laisse le bâton » sont utilisés pour désigner un médicament qui soulage les douleurs rhumatismales ou les douleurs des os (Touré, 2005). Les termes *nyèna tulunin* qui veulent dire « petite huile de l'œil » sont employés pour un médicament soignant le *nyèdimi*, « mal aux yeux » ; l'effet recherché à travers la consommation du *dafurukubanin*, « les grosses joues », est de grossir (Jaffré, 1999).

³ Des contraceptifs oraux ainsi que d'autres médicaments, tels que la nivaquine, sont par exemple utilisés au Togo à des fins abortives (Assogba, 1985). Chez les populations touaregs du Nord du Mali, « *selon la maladie qu'il est censé soigner, tel médicament sera ingéré avec ou sans la gélule, appliqué sur la peau, ou encore dilué dans l'eau et versé dans la partie malade (œil, oreille)* ». Ainsi l'aspirine ou le paracétamol, utilisés pour calmer les maux de tête, peuvent être « *réduits en poudre et « sniffés » par le nez pour obtenir un effet jugé plus rapide et plus direct « au niveau de la tête* » (Touré, 2005, p. 277).

⁴ Il s'agit de la vente de médicaments hors des formes imposées par l'Etat et par le système de santé biomédical, par le biais de différents types de vendeurs (en marché, ambulants, dans les boutiques et étals, le long des voies passantes...). Voir à ce sujet Baxerres, 2010 et Baxerres et Le Hesran, 2011.

marchand du médicament, sa production aujourd'hui mondiale et le système de commercialisation dont il fait l'objet, doivent aussi apporter leurs influences.

L'étude d'anthropologie sociale rapportée ici, conduite entre les années 2005 et 2007 au Bénin, a voulu interroger ces phénomènes⁵. Elle se centrait sur les maux et états de santé rencontrés au quotidien ainsi que sur les médicaments consommés par les individus pour y faire face. En effet, les comportements, pratiques et interactions qui prennent place dans le quotidien des individus, puisqu'ils sont guidés par le pragmatisme auxquels conduit inévitablement la vie quotidienne, sont des objets d'études privilégiés pour interroger les transformations des savoirs et usages populaires en matière de santé, de maladies et de médicaments. Ces derniers et les situations sociales qu'ils génèrent sont de plus, du point de vue de leurs utilisateurs comme de celui des professionnels, fortement inscrits dans le quotidien et la banalité. Le milieu urbain africain, où tout se concentre et interagit, offre également une porte d'entrée privilégiée pour observer les transformations des savoirs et usages. En milieu rural, les changements, sont plus longs à se manifester. Les villages ne bénéficient pas aussi vite et dans les mêmes proportions que les villes des influences et marchandises venant d'autres sociétés du monde. Les nouveaux programmes et politiques sanitaires, de même qu'un certain nombre de projets de développement initiés par des bailleurs de fonds, sont d'abord mis en place en ville. Pour ces raisons, la présente recherche a été conduite à Cotonou, capitale économique du Bénin. Elle s'est centrée sur les pratiques de consommation pharmaceutique des membres de quatorze familles, comptant des enfants en bas-âge et choisies de manière à avoir une bonne dispersion des situations quant à leur statut socio-économique (niveau de scolarisation, activités exercées, type d'habitat, ressources détenues...)⁶. Les mères et pères de ces familles ont tout d'abord été interrogés individuellement à travers des entretiens semi-directifs approfondis qui abordaient des thèmes spécifiques (itinéraires thérapeutiques, comparaison des différents recours aux soins pratiqués, modalités d'utilisation des médicaments, lieux d'achat de ceux-ci, connaissances des effets des médicaments, pharmacie domestique). Puis, un suivi bimensuel de la consommation de médicaments de chacun des membres des familles, accompagné de nombreuses discussions

⁵ Cette étude a été réalisée dans le cadre de ma thèse de doctorat (Baxerres, 2010). Le contenu de cet article en est issu.

⁶ Sur un éventail socio-économique large, quatre des familles interrogées pouvaient être regroupées dans la catégorie « aisée » (activités professionnelles très rémunératrices des parents, logement confortable et coûteux, possession de véhicules, niveau de scolarisation élevé), six dans la catégorie « démunie » (activités professionnelles faiblement rémunératrices, logement exigu et précaire, absence de véhicule, niveau de scolarisation faible) et quatre, dont la situation socio-économique se situait entre les deux précédemment décrites, dans la catégorie « intermédiaire ».

libres, a été réalisé pendant plusieurs mois (de quatre à six mois selon les familles) selon une grille de questions préétablie. Par ailleurs a également été menée durant ces deux années une étude approfondie sur le phénomène du marché informel du médicament, à travers laquelle étaient interrogés, au moyen d'entretiens semi-directifs, et observés, par le biais de l'observation directe et participante, des vendeurs informels détaillants et grossistes ainsi que des clients du marché informel⁷. Ces investigations ont également contribué à fournir de nombreuses informations sur les usages des médicaments en cours actuellement à Cotonou.

Ainsi, la présente étude a cherché à savoir, entre les traditions thérapeutiques béninoises qui se transmettent de génération en génération et l'influence des médicaments et du système de santé au centre duquel ils sont⁸, comment se construisent actuellement à Cotonou les savoirs populaires en matière de santé et quels usages du médicament en découlent.

Les modes d'acquisition des savoirs populaires sur la santé

La présente étude a mis en évidence deux sources principales d'acquisition des savoirs en matière de santé : les professionnels de la biomédecine et l'expérience dite « traditionnelle » de la santé et des maladies⁹. S'ajoutent à celles-ci les enjeux commerciaux que suscite le médicament qui, sans constituer une source de savoirs à proprement parler, nourrissent les perceptions que les individus ont des médicaments.

Des savoirs transmis par les professionnels de la biomédecine

Les habitants de Cotonou acquièrent de nombreux savoirs sur les médicaments à utiliser, en fonction de symptômes ressentis et de maladies rencontrées, lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé personnel ou de l'un de leurs proches (enfants, époux, parents) et qu'ils se rendent dans les structures de santé biomédicales installées en ville. Lors des consultations, les personnes retiennent le nom des médicaments qui leur sont prescrits et, lorsque plus tard,

⁷ Une immersion de longue haleine a notamment été réalisée dans le centre de la vente informelle et grossiste de médicament à Cotonou, qui est situé dans le grand marché international de la ville, le marché *Dantokpá*. Pour plus d'informations sur la méthodologie utilisée, se référer à Baxerres, 2010.

⁸ Les experts s'accordent aujourd'hui sur le fait que le médicament se situe au centre du système de santé biomédical. Quasiment aucune consultation ne se réalise sans la prescription de médicaments, les examens et soins pratiqués nécessitent aussi très souvent des médicaments.

⁹ La médecine chinoise, les médecines dites « alternatives » ainsi que les promoteurs de médicaments « néo-traditionnels » ou de médicaments « traditionnels améliorés » présents à Cotonou, constituent éventuellement d'autres moyens d'accès à des savoirs sur la santé et les maladies. Mais, bien qu'ils aient un impact clairement perceptible aujourd'hui (Simon 2004, 2008), celui-ci n'est pas paru prégnant à travers cette recherche centrée sur les médicaments pharmaceutiques industriels et les pratiques de médications courantes de familles ayant des enfants en bas âge. Ces influences sont révélatrices d'évolutions actuellement en cours en matière de pratiques de soins au Bénin. Mais elles ont aujourd'hui un impact relatif sur les savoirs populaires en comparaison de celui, conjugué, de la biomédecine et des savoirs qui se transmettent de génération en génération.

elles sont confrontées à un problème de santé qu'elles jugent similaire au précédent, elles reproduisent cette première prescription en utilisant les mêmes médicaments.

En dehors des consultations, certaines mères de famille acquièrent aussi des savoirs biomédicaux lors de leur scolarisation initiale ou à l'occasion de formations continues auxquelles elles participent. C'est le cas lorsqu'elles sont scolarisées dans des établissements religieux qui sont en lien avec des structures de santé confessionnelles ou encore lorsqu'elles suivent des formations, destinées à des groupements féminins, de couture, de cuisine ou de coiffure, qui dispensent également des informations sur la santé. Les consultations prénatales ainsi que les séances de vaccination de leurs enfants constituent également des occasions privilégiées d'acquérir de l'information biomédicale sur la santé et les maladies.

En zone urbaine également, la plupart des familles entretiennent, en dehors de relations strictement professionnelles, des liens avec des soignants qui s'avèrent être, pour elles, un vecteur important de savoirs biomédicaux. Ces professionnels sont souvent sollicités, éventuellement par téléphone, pour prodiguer des conseils et recommander un médicament précis en fonction de troubles ressentis. Il arrive fréquemment que les familles comptent, parmi leurs parents plus ou moins lointains, un *dotóó* (terme générique en langue *fon* et *goun*, les langues dominantes à Cotonou, qui désigne toute personne qui porte une blouse blanche et qui est ainsi perçue comme un docteur), duquel elles obtiennent régulièrement des conseils. Des mères de famille entretiennent aussi, à partir d'une consultation dans un centre de santé, des relations amicales avec un soignant, rencontré au départ dans un cadre professionnel. Une des mères de famille interrogées, par exemple, est en contact régulier avec la sage-femme qui l'avait assistée lors de l'accouchement de son premier enfant. Certains Cotonnois nouent aussi des relations de proximité avec certains professionnels de la santé, parfois infirmiers mais souvent aides-soignants, qui prodiguent des soins dans leur quartier de manière informelle et sans avoir installé de centre de santé. Enfin, dans le cadre de leurs activités professionnelles, certaines personnes sont en lien avec des professionnels de la santé qui leur divulguent des informations en matière de santé. Un des pères de famille interrogé par exemple, par le biais de son travail d'électricien, est régulièrement en contact avec un représentant médical.

Les professionnels de la santé avec lesquels les personnes entretiennent des relations familiales, amicales et de proximité, sont situés aux différents échelons hiérarchiques de la profession biomédicale. Ils peuvent être médecins, infirmiers mais aussi aides-soignants,

apprentis aide-soignant, agents de pharmacie, voire éventuellement agents techniques dans un centre de santé¹⁰. Bien que leurs compétences soient ainsi très différentes et que les informations qu'ils transmettent ne soient probablement pas toutes jugées pertinentes d'un point de vue biomédical, ils sont néanmoins tous, au regard des familles qui les connaissent, des *dotóó*. De fait, les informations biomédicales acquises par le biais des professionnels de la santé sont, dès le départ, de natures très différentes. Elles subissent ensuite un travail de mémoire réalisé par les individus ; mémoire notamment sélective en fonction de l'intérêt porté à l'information. Sylvie Fainzang, à travers une étude qu'elle a menée en France, précise que « nombreux sont les comportements qui, tout en faisant obstacle à ce que les professionnels de santé appellent le bon usage des médicaments, sont en réalité le résultat d'un savoir que les patients ont acquis (ou croient avoir acquis), le plus souvent à l'intérieur de la relation médecin/malade, ou par le biais d'une information plus générale que les institutions sociales se chargent de diffuser » (Fainzang, 2006, p. 269). A Cotonou, les personnes retiennent généralement le nom du médicament et l'effet de celui-ci sur des maladies ou symptômes précis, mais la posologie d'administration est plus floue. De même, elles ont globalement intégré le fait qu'un médicament se donne à plusieurs reprises dans la journée, et souvent durant plusieurs jours, et qu'il se consomme à des doses différentes suivant l'âge du malade. Cependant, au-delà de ces notions, les posologies et traitements réalisés suivent rarement ceux effectivement recommandés par la biomédecine pour un médicament précis.

Les dénominations populaires des médicaments constituent une bonne preuve de l'influence que les médicaments et le système de santé au centre duquel ils sont ont sur les savoirs populaires en cours à Cotonou. En effet, comme il en a été question en introduction, certes les Cotonnois emploient toute une série de termes, issus des langues *fon*, *mina*, *yoruba*, etc., pour nommer certains médicaments qu'ils connaissent et consomment régulièrement. Ainsi, sont utilisés à Cotonou des comprimés de *jängojän*, terminologie *fon* qui veut littéralement dire « serrer nœud serrer » et qui fait référence au fait que « les articulations sont bloquées » et donc aux douleurs articulaires. Sont également vendus des gélules de *nyangan pobol*, d'après un terme *mina* qui m'a été traduit par « vieille(s) qui joue(nt) au ballon » et qui renvoie au fait que le médicament calme les douleurs et permet de « *se sentir à l'aise dans son corps* ». Cependant, les Cotonnois nomment une proportion bien plus grande de médicaments en

¹⁰ Alors que je réalisais un jour un entretien avec le magasinier d'un centre de santé confessionnel, chargé de réceptionner les approvisionnements en produits pharmaceutiques, celui-ci avait reçu un appel téléphonique d'une personne de son entourage qui lui demandait des conseils sur les médicaments à prendre en fonction de son état de santé. Il s'était alors exécuté et avait renseigné la personne.

référence au nom scientifique ou commercial des produits. Sûrement parce qu'ils sont prononcés ainsi par les professionnels de la santé qu'ils côtoient, sont intégrés dans le vocabulaire courant de la plupart des personnes des noms tels que *chloro*, *para*, *nivaquine*, *quinine*, *amoxi*, *ibu*, *bactrim*, *vermox*, *flagyl*, *fer-foldine*, pour ne citer que les plus courants.

Les professionnels de la santé qui exercent à Cotonou participent ainsi de manière importante au renouvellement des savoirs populaires en matière de santé et de maladies. Les connaissances qu'ils véhiculent s'associent aux savoirs que les personnes acquièrent et transmettent de génération en génération. Il importe à présent de se demander comment l'association entre ces deux types de savoirs se réalise.

Des savoirs populaires syncrétiques entre « tradition » et biomédecine

Les discours que les Cotonois tiennent en matière de santé et de maladies apparaissent rapidement influencés à la fois par la biomédecine, telle qu'elle se pratique aujourd'hui à Cotonou, et par des savoirs présentés comme ancestraux qui semblent appartenir au « terroir ». Les individus réalisent entre ces deux types de savoirs, à des degrés divers selon chacun, un syncrétisme qui aboutit à des perceptions et des savoirs nouveaux. Le syncrétisme, notion empruntée à l'anthropologie religieuse et utilisée ensuite à maints propos¹¹, exprime le fait que plusieurs entités, issues d'influences diverses, se fondent en une nouvelle entité. Cette notion a des vertus analytiques en matière de santé et a été utilisée pour décrypter les représentations populaires en cours dans certaines sociétés concernant des maladies spécifiques, telles que l'onchocercose et la manière dont elle est perçue par les *Bisa* du Burkina Faso (Fainzang, 1986). Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan ont aussi souligné les « *dynamiques syncrétiques des représentations* » en cours dans le domaine de la santé (Jaffré et Oliver de Sardan, 1995). Dans cet article, cette notion est utilisée à des fins descriptives, plus que réellement analytiques. Mais alors que le premier type de savoirs (biomédicaux) a été présenté, il convient de tenter de caractériser le deuxième type de savoirs dont il est question ici.

¹¹ Le terme « syncrétisme » suscite des jugements de valeurs contradictoires. Certains en font l'éloge, et l'associe aux phénomènes de métissage, cultures baroques, bricolages, d'autres dénoncent cette « *pathologie des mélanges impurs, des formes hybrides qui caractérisent les cultures à l'agonie* » (Mary, 2000, quatrième de couverture). Il est utilisé à maintes reprises et peu paraître ainsi comme un concept « fourre tout », pouvant induire des confusions, d'autant plus que le mythe de la « pureté » des cultures fait, aujourd'hui en anthropologie, l'objet d'une dénonciation consensuelle. Ainsi, André Mary intitule un des chapitres de son ouvrage : « *Le syncrétisme, partout et nulle part* » (Mary, 2000, p. 18).

Les Cotonnois relient spontanément certains aspects de leurs connaissances et pratiques en matière de santé et de maladies à la tradition : au village d'origine, aux savoirs transmis par les mères à leurs filles¹². Plusieurs éléments de ces savoirs associés à la tradition permettent de comprendre certaines des modalités qui guident aujourd'hui les pratiques de consommation populaires et courantes des médicaments pharmaceutiques industriels à Cotonou. Tout d'abord, la perception que les maux et états de santé rencontrés couramment sont présents en permanence dans l'organisme des individus est très répandue parmi les habitants de Cotonou. Une des mères de famille interrogée dit, par exemple, à ce sujet : « *la maladie ne vient pas toute seule comme ça, si la chose même n'était pas un peu dans ton sang, ça ne peut pas sortir comme ça sur ton corps* » (Entretien réalisé avec Camille, 45 ans, avril 2006). Adolphe Kpatchavi (1999), qui a travaillé sur les savoirs locaux en matière de maladies dans le Sud du Bénin, précise effectivement que les maladies naturelles, par opposition à celles qui sont provoquées par un tiers¹³, y sont globalement perçues comme étant « innées ». Traduisant l'expression fon « *azòn dò lanmè nú gbetó* », il précise que dans les perceptions traditionnelles des populations fon, qui sont profondément naturalistes, « *la maladie se trouve dans l'organisme (corps) de l'homme* » (Kpatchavi, 1999, p. 64). Elle a un caractère inéluctable. Certaines maladies se manifestent ainsi logiquement en fonction de l'âge de la personne et des transformations de son organisme. Les nourrissons développent naturellement certaines maladies, telles que *atita*, une entité nosologique populaire qui, dans le cas des nourrissons, entraîne des rougeurs et boutons au niveau des articulations, des cuisses et du ventre. Des maladies apparaissent aussi normalement durant la grossesse, à la suite d'un accouchement, de même que lors de la vieillesse, en raison des transformations que le corps connaît à ces différentes périodes de la vie.

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

¹² L'utilisation de l'adjectif « traditionnel » est problématique en anthropologie. En effet, bien que l'étymologie latine de ce terme (« *tradere* ») renvoie au fait de rendre actuel un savoir antérieur, il connote, dans le sens commun, indéniablement l'idée d'immuabilité. Pourtant, les anthropologues ont démontré à plusieurs reprises que ce que l'on désigne par cette forme adjectivale est en perpétuelle évolution et transformation (Maupoil, 1943/1981 ; Marie, 1996). Toutefois, bien que consciente de ces phénomènes, j'ai considéré que le fait que les individus mobilisent cette référence suffit à lui donner une pertinence.

¹³ C'est bien à ce niveau prosaïque de la maladie, les maux quotidiens auxquels sont confrontés les individus et qui appellent des explications immédiates et courantes, que se situe cette étude. Evidemment, les maladies perçues au départ comme naturelles peuvent, en fonction de leur évolution, de leur durée, de l'issue de la maladie ou encore du contexte dans lequel elles prennent place, être finalement interprétées comme ayant été provoquées.

d'hygiène, une mauvaise alimentation et l'exposition à certaines intempéries (froid, chaud¹⁴, vent, poussière, saletés). Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (1999), qui ont codirigé un ouvrage au sujet d'entités nosologiques populaires en vigueur dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, soulignent aussi cette logique qu'ils nomment « logique *de l'activation* » des maladies.

L'utilisation que les habitants de Cotonou font des tisanes « traditionnelles », réalisées à base d'écorces, de racines et de feuilles, constitue une autre preuve de l'influence des savoirs « traditionnels » sur les savoirs et usages populaires en matière de santé et de médicaments. En effet, elle éclaire, à de nombreux points de vue, les usages qui sont faits aujourd'hui des médicaments pharmaceutiques industriels. Les travaux anthropologiques ont eu tendance à décrire, suivant l'analyse qui était faite des perceptions des populations, des différences entre les médicaments pharmaceutiques industriels et les tisanes, présentées selon des modèles binaires, tels que « médicaments modernes » / « médicaments traditionnels » ou encore « médicaments des blancs » / « médicaments des noirs ». Laurent Chilliot (2003), par exemple, qui a travaillé au Niger en milieu songhay-zarma, montre que les « médicaments du blanc » sont perçus comme de simples calmants dont l'efficacité est sujette à caution. Ils n'évacuent pas de façon visible la maladie et donc ne la soignent pas vraiment. Mais ils sont aussi reconnus en raison de leur pouvoir d'action face aux douleurs. Cette dualité est effectivement présente dans les discours des habitants de Cotonou. Une mère de famille interrogée opposait par exemple, dans l'entretien réalisé auprès d'elle, les « *médicaments de yovó*¹⁵ » à « *nos feuilles* ». Cependant, il apparaît, dans la pratique, que ces distinctions entre médicaments pharmaceutiques industriels et tisanes ne sont aujourd'hui plus pertinentes à Cotonou. Ils sont utilisés, les uns et les autres, au quotidien dans des objectifs de santé similaires. D'ailleurs, en *fon* et en *goun*, un terme générique est employé pour faire référence à l'ensemble des remèdes utilisés localement pour faire face aux questions de santé courantes et quotidiennes. Il s'agit du terme *amasìn*, dont la traduction littérale est « l'eau (*sìn*) des feuilles (*amà*) ». Cette appellation, usitée au départ pour les tisanes, a ensuite été généralisée aux médicaments pharmaceutiques industriels. Ainsi, ces deux types de remèdes sont

¹⁴ Dans beaucoup de régions du monde l'axe chaud/frais est explicatif des maladies et de l'action des remèdes qu'il faut inversement donner pour restituer l'équilibre que l'organisme a perdu. Les remèdes chauds permettent de compenser l'excès de froid que le corps a emmagasiné, les remèdes froids permettent d'éliminer la chaleur du corps (Struznegger, 1999). Plus globalement une théorie des humeurs (chaud/froid, humide/sec, amer/doux) est opérante à l'échelle de la planète et l'Afrique de l'Ouest ne constitue pas une exception en la matière.

¹⁵ Terme *fon* qui sert à désigner les français et par extension les Européens, les personnes de couleur de peau blanche.

interchangeables. Des mères de famille parlent de tisanes qui sont « *comme des antibiotiques* », ce terme étant invariablement utilisé par des personnes qui s'expriment en français ou non. Toutefois, bien que les tisanes soient consommées de manière importante par les familles, il apparaît que les médicaments pharmaceutiques industriels le sont aujourd'hui de manière encore plus intense. Un glissement s'est ainsi opéré de l'utilisation des tisanes vers celle des médicaments. Ces derniers sont en effet plus faciles à utiliser et directement prêts à l'emploi. Ils véhiculent en outre l'image de la modernité et de la technologie à laquelle adhèrent les individus. Les tisanes, pour leur part, sont critiquées par certains pour leur goût trop amer ou pour le manque de sécurité et de fiabilité qu'elles suscitent en raison de l'absence de standardisation de leurs dosages.

L'influence des enjeux commerciaux

Au-delà des savoirs véhiculés par les professionnels de la biomédecine et de ceux qui se transmettent de génération en génération, les vendeurs de médicaments en activité à Cotonou, qu'ils relèvent du secteur formel encadré par l'Etat ou de l'informel, nourrissent les perceptions populaires des habitants de Cotonou en matière de médicaments. Il faut en effet garder présent à l'esprit que le médicament, tout en étant un objet scientifique et populaire, est également une marchandise. De par l'activité des vendeurs formels et informels, les médicaments sont aujourd'hui omniprésents à Cotonou. Disponibles dans les pharmacies, les centres de santé publics comme privés, le long des petites et grandes voies de circulation, dans les différents marchés de la ville et jusqu'au domicile des gens par le biais de marchands ambulants, les médicaments sont proposés aux habitants de la ville de manière plus ou moins active par des personnes qui, d'une manière ou d'une autre, en font la promotion et ventent leurs mérites. Ces différents acteurs, qu'ils soient formels ou informels, développent des stratégies commerciales pour attirer le client : publicité, actions de promotion, incitation à l'achat, présentation attirante des produits. Les informations que ces différents vendeurs divulguent sont de plus relayées dans les différents médias, radio, télévision et journaux (publicité déguisée ou non, informations biomédicales...).

Les firmes pharmaceutiques apparaissent avoir également une influence. Les emballages (couleurs, illustrations, formes galéniques) des produits ainsi que leurs noms, outil essentiel du marketing de leur fabricant, ont un impact important sur les perceptions que les individus ont des médicaments ainsi que sur les usages qu'ils en font. Les commentaires tenus sur certains médicaments soulignent par exemple le lien qui est directement opéré par les

individus entre l'image que les emballages de certains produits comportent et les effets attendus. Parlant d'un médicament sur l'emballage duquel est illustré un homme qui a des courbatures, qui a froid, qui se mouche et qui a mal à la tête, une mère de famille explique : « *J'ai pris mixagrip, j'avais la grippe, c'est moi-même qui ai choisi ça, c'est dessiné dessus* » (Entretien réalisé avec Karamath, 36 ans, mars 2006)¹⁶. La galénique influence aussi les perceptions des individus. Le fait que le médicament soit un comprimé, une gélule, un sirop, un produit injectable, un collyre, engendre des perceptions spécifiques. L'Effergal®[®], médicament effervescent très populaire et perçu comme particulièrement efficace, est révélateur de ce phénomène. On connaît également l'impact sur la consommation pharmaceutique des noms commerciaux des médicaments, savamment mis au point par les firmes pharmaceutiques. Patrick Lemoine parle à ce sujet de « *la magie des noms* » (Lemoine, 1996, p. 50). Michael Lim Tan, à partir du terrain qu'il a mené aux Philippines, souligne que le nom de marque des médicaments (*brand names*) est une composante essentielle de leur marchandisation (*commoditization*) qui influence les perceptions des populations et l'utilisation qu'elles font des médicaments (Tan, 1999). Ainsi, l'emballage, la couleur, la forme des médicaments, leur galénique ainsi que leur nom permettent aux individus de reconnaître les produits et de se les approprier. Ces différentes remarques, tout en étant spécifiques de la société cotonnoise, sont applicables de par le monde à l'ensemble des consommateurs de médicaments. Les anthropologues, qui ont étudié dans différentes sociétés la question de l'efficacité symbolique des médicaments, le savent bien (Akrich, 1995 ; Fainzang, 2001 ; Whyte *et al*, 2002), de même que les firmes pharmaceutiques...

Les représentants médicaux des firmes, qui constituent une autre stratégie commerciale des fabricants de médicaments, nourrissent également les savoirs populaires en cours à Cotonou. Informant tous les types de *dotóó* dont il a été question précédemment, y compris par exemple les vendeurs en pharmacie, sur les médicaments qu'ils proposent, ils influencent les prescriptions ainsi que la popularité des dits médicament, les prescriptions étant ensuite reproduites en automédication.

¹⁶ Certains médicaments distribués à travers les circuits formels mais surtout informels proviennent de pays d'Asie (Inde, Indonésie) ou encore des pays anglophones africains voisins du Bénin (Ghana, Nigeria), dans lesquels la législation pharmaceutique reconnaît les médicaments « over the counter » (OTC) qui sont vendus sans prescription médicale et dans le circuit ordinaire de distribution. Ces produits sont l'objet d'un marketing particulier censé attirer l'œil du client et l'influencer dans son choix de médicaments. Leurs fabricants mettent ainsi souvent au point des emballages très colorés sur lesquels sont représentés, au moyen de dessins ou de photos, les maux que traite le médicament (Baxerres et Le Hesran, 2011).

Ainsi, les médicaments apparaissent aujourd'hui extrêmement familiers et banalisés à Cotonou. Ils y sont, comme le décrivent dans une perspective globale Alice Desclaux et Joseph-Josy Lévy, « *intégrés dans l'espace privé et le temps quotidien* » (Desclaux et Lévy, 2003, p. 5).

Les motifs variés d'une forte consommation de médicaments

Les pratiques de consommation des médicaments par les habitants de Cotonou sont motivées par deux objectifs principaux : 1) contrer la maladie qui se manifeste, 2) éviter la maladie et plus globalement se maintenir en bonne santé. Ceci n'a rien d'étonnant et ces deux motifs de recours aux remèdes sont opérants de très longue date dans la majorité des sociétés du monde. Néanmoins, ils génèrent, à Cotonou, une importante consommation de médicaments dont les modalités sont à rechercher à la fois du côté des savoirs dits « traditionnels » et à la fois du côté des informations biomédicales véhiculées actuellement par les professionnels de la santé en exercice dans la ville.

Les pratiques curatives : de l'automédication à la consultation

Les habitants de Cotonou consomment logiquement des médicaments lorsqu'ils sont malades, qu'ils ressentent, ou qu'ils perçoivent chez leurs enfants, des troubles physiques qui les dérangent. Leurs pratiques, à l'image de la notion d'*itinéraires thérapeutiques*, abondamment documentée dans la littérature anthropologique des années 1980-90 (Janzen, 1978 ; Augé et Herzlich, 1984/1994 ; Benoist, 1996), passent dans un premier temps par l'automédication puis éventuellement, dans un deuxième temps, par le recours à un spécialiste¹⁷.

Dans la grande majorité des cas, lorsque des maux se font sentir, les individus pratiquent, au départ, l'automédication. Cette réalité n'est pas spécifique à Cotonou, ni au Bénin. Certains auteurs la décrivent comme étant « *naturelle et fréquente chez l'homme* » et ajoutent que les raisons n'en sont pas « *exclusivement et essentiellement économiques* » (Molina, 1988, p. 31). Les personnes interrogées dans le cadre de l'étude légitimaient leur pratique de l'automédication par le fait que celle-ci permet de calmer les douleurs et de patienter de

¹⁷ La notion d'*itinéraires thérapeutiques*, au-delà de l'intérêt indéniable et du dynamisme qu'elle a introduit dans la compréhension des pratiques des malades, a néanmoins été l'objet de critiques. Jean Benoist souligne le fait qu'elle est réductrice : « *on cherche à mettre en évidence la régularité d'itinéraires diagnostiques et thérapeutiques (dans la succession des choix entre médicaments, soignants, doctrines, croyances), et on finit par trouver un ordre significatif dans la séquence des étapes de la cure. (...). Une herméneutique des itinéraires conduit à une interprétation cognitive qui néglige l'incorporation des conduites de soin dans le social* » (Benoist, 1996, p. 7). La portée analytique de cette notion n'a pas été à la mesure des espoirs qu'elle suscitait auprès des chercheurs.

manière à voir s'il y a lieu ou non de consulter un spécialiste. Bien sûr, cette automédication permet également de ne pas dépenser trop d'argent dans un premier temps (prix de la consultation, prix du transport, temps perdu, etc.), alors qu'il s'agit peut-être uniquement de symptômes passagers. Mais le souci d'économie n'est pas le seul facteur qui pousse les personnes à pratiquer l'automédication. Le fait qu'elles aient des savoirs en matière de santé et de maladies, les incite naturellement à gérer d'abord au sein du domicile les symptômes ressentis. A Cotonou, lorsque les troubles courants et fréquents apparaissent, les personnes savent quel(s) médicament(s) utiliser. Toutes les mères de famille interrogées, quel que soit leur statut socio-économique, étaient capables d'associer les médicaments qu'elles connaissaient à des maladies ou à des symptômes. L'une d'entre elles explique par exemple : *« pour les maux de tête, c'est paracétamol, pour les maux de ventre, on prend flagyl... pour les courbatures, toujours paracétamol ou bien ibuprofen... orasel, c'est pour la diarrhée »* (Entretien réalisé avec Khadijath, 37 ans, avril 2006).

Toutefois, les médicaments ne sont pas toujours utilisés tel que le préconise la biomédecine. Les effets attendus d'un médicament portent parfois sur les effets secondaires de celui-ci. Le diazépam, un anxiolytique, est par exemple consommé en quantité (dix comprimés à la fois) pour ses effets dopants, notamment par des hommes qui réalisent des travaux de force (pousse-poussiers, vendeurs ambulants). Ce phénomène de « détournement de l'usage des médicaments », au regard de l'usage préconisé par la biomédecine, a également cours à Cotonou. De même, quels que soient les médicaments consommés en automédication, qu'ils nécessitent ou non d'un point de vue biomédical le suivi d'un traitement spécifique, la plupart des personnes les utilisent ponctuellement. Quoiqu'il en soit, de nombreuses mères de famille cotoñoises réalisent une prise en charge rapprochée et rigoureuse de la santé de leurs enfants, au moyen de médicaments dont elles pensent maîtriser les effets et suivant des posologies précises, même si celles-ci ne répondent pas souvent aux recommandations biomédicales.

Si la consommation de médicaments se pratique en grande partie à Cotonou par le biais de l'automédication, l'utilisation de médicaments suite à une prescription réalisée par des professionnels de la santé est loin d'être totalement négligeable¹⁸. C'est lorsque les symptômes réapparaissent après l'automédication ou que la maladie perdure, voire s'aggrave,

¹⁸ Pour autant, à travers cette enquête, la manière dont les médicaments prescrits étaient effectivement consommés par les familles (l'observance) n'a pas été considérée.

que les personnes recourent à un spécialiste¹⁹. Le prolongement des symptômes pendant plusieurs jours, le niveau élevé de la température, l'impossibilité pour le malade de réaliser certaines activités (manger, travailler) et le degré élevé de souffrance (violence des maux) sont des critères de gravité. Les vomissements et la diarrhée, quand ils ne sont pas assimilés à une purge nécessaire, peuvent aussi être des signes de gravité surtout si le malade semble faible. Les personnes s'adressent également à un spécialiste de la santé lorsque les symptômes paraissent d'emblée graves, qu'ils inquiètent particulièrement les individus ou qu'ils ne connaissent pas la maladie dont il s'agit et qu'ils ne savent comment s'y prendre. Certaines personnes recourent aussi, dès que les symptômes se déclarent, à un professionnel de la santé lorsque le malade est une femme enceinte ou un nourrisson. Enfin, les personnes s'adressent à un professionnel de la santé lorsqu'elles souhaitent bénéficier d'une technique biomédicale spécifique, telle que les injections ou les perfusions qui sont très populaires à Cotonou.

Nous l'avons vu précédemment, la prescription, telle que les habitants de Cotonou la perçoivent, peut être administrée par des *dotóó* aux compétences très variables et parfois uniquement par téléphone. Les prescriptions réalisées alors ont souvent tendance à privilégier l'utilisation de nombreux médicaments. En raison de la gravité potentielle de plusieurs affections, telles que le paludisme et les infections respiratoires, et des moyens cliniques de détection souvent faibles dans les centres de santé, les professionnels préfèrent réaliser des prescriptions à large spectre, comprenant plusieurs catégories de médicaments et notamment souvent des antipaludiques, des anti-inflammatoires et des antibiotiques. La logique des soignants consiste ainsi à être sûr de traiter le mal et de ne pas être confronté à des complications ultérieures. Ces prescriptions sont, il en a été question, souvent reproduites en automédication par les individus.

Les pratiques d'évitement des maladies et de maintien de la santé

Le protocole de recherche réalisé préalablement à cette étude avait prévu l'utilisation de médicaments en mode curatif. Mais que les médicaments soient aussi consommés pour éviter la maladie et plus globalement pour se maintenir en bonne santé, cela n'avait pas été anticipé, malgré la littérature anthropologique disponible sur cette question (Molina, 1988 ; Aïach *et al*, 1992 ; Augé et Herzlich, 1984/1994 ; Bonnet et Jaffré, 2003). Ces pratiques ne sont d'ailleurs

¹⁹ Pour ce qui nous intéresse ici, la consommation des médicaments pharmaceutiques industriels, il s'agit de spécialistes biomédicaux mais d'autres thérapeutes (guérisseurs « traditionnels », religieux, etc.) sont également consultés lorsque le problème de santé ne peut plus être géré par l'automédication pratiquée au sein du domicile.

pas couramment mises en avant et il est plus fréquent d'entendre, comme le souligne Sylvie Fainzang, des présupposés sur l'absence de comportements préventifs, au sens où l'entend la santé publique, de la part des « populations africaines » (Fainzang, 1992). Il en est, bien évidemment, en réalité et de longue date tout autrement.

Les pratiques préventives relèvent de différentes logiques (cultes et rituels de protection magiques et/ou religieux, paroles religieuses protectrices, port d'amulettes, pratiques d'hygiène, etc.), au nombre desquelles s'ajoute la consommation de remèdes. Les tisanes sont, à Cotonou, en grande partie consommées dans ce but. Leur capacité à provoquer, par l'urine qu'elles stimulent, l'élimination des impuretés contenues dans l'organisme, est mise en avant. Elles sont utilisées, selon les expressions avancées par les individus lors des entretiens, comme « *fortifiant* », pour « *augmenter le sang* », pour « *ne pas vite tomber malade* », pour « *bien se porter* », « *bien uriner* », « *être à l'aise* ». Les tisanes sont consommées de façon plus ou moins importante en fonction des saisons (fraîcheur, intensité du soleil, saison des pluies) et des périodes de vie que traversent les individus. Les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants en bas âge, considérés comme particulièrement fragiles et vulnérables, en utilisent plus que les autres. Traditionnellement, les enfants doivent en consommer chaque matin au réveil. Mais le glissement, mis en évidence précédemment, de l'utilisation des tisanes à celle des médicaments pharmaceutiques industriels, génère le fait que ces derniers sont aujourd'hui également consommés à cette fin préventive par les Cotonnois.

Des médicaments sont consommés quasiment tous les jours par les personnes qui estiment réaliser des travaux difficiles ou qui les exposent à une source de chaleur importante (soleil, préparations culinaires sur le feu). C'est le cas notamment des pousse-poussiers, des conducteurs de taxi-moto, des chauffeurs de camion, des marchand(e)s ambulante(s), des femmes qui préparent des mets au bord des voies et plus globalement de toutes les personnes qui ressentent au quotidien une fatigue due à leurs activités. Augustine, par exemple, mère de famille qui gérait un petit commerce sur étal devant son domicile consommait tous les soirs deux comprimés d'ibuprofène ou d'Ibucap® (des anti-inflammatoires). Elle expliquait de la façon suivante cette pratique : « *je fais trop de tracasseries. C'est contre la fatigue, je prends ça chaque soir, comme ça quand je me réveille, je me sens bien. Quand je ne prends pas ça le soir, le matin, ça ne va pas* ». Camille, une autre mère de famille, consommait régulièrement des comprimés de chloroquine et de paracétamol en raison des beignets qu'elle préparait

quotidiennement, sur le feu, dans le but de les vendre. Les médicaments utilisés quasi-quotidiennement pour lutter contre la fatigue et les travaux difficiles sont généralement des antipyrétiques (paracétamol, Efféalgan®), des anti-inflammatoires (ibuprofen, Ibucap®) et des antipaludiques (chloroquine, Nivaquine®).

Des médicaments sont aussi très fréquemment consommés lorsque les personnes estiment s'être exposées plus que de coutume à des intempéries considérées néfastes et potentiellement génératrices de maladies (chaleur, fraîcheur, poussière, saletés, mauvaise nourriture). Les périodes de soleil intense, de même que la saison des pluies suscitent la consommation de médicaments. Des vermifuges, vitamines, antipaludiques et antipyrétiques sont ainsi plus fortement consommés en fonction du temps. Plusieurs des mères de famille interrogées administraient à leurs enfants des comprimés de paracétamol lorsqu'ils étaient confrontés à la pluie et au froid qui accompagne celle-ci. Certains moments de l'année, tels que la rentrée des classes, les périodes de « *tracasseries* » et de voyages, requièrent plus que d'autres la prise de médicaments. Jeanne a, par exemple, consommé deux comprimés de chloroquine et de paracétamol le matin et le soir ainsi que deux comprimés d'ibuprofen par jour pendant une semaine car elle s'était occupé d'organiser les funérailles de sa mère et qu'elle se sentait fatiguée. Un jeune salarié d'une association cotonnoise, comme il se préparait à effectuer une période de missions dans plusieurs villes du Bénin, avait au préalable réalisé, selon ses propres termes, une « *cure* » d'antibiotiques et de quinine²⁰. Celle-ci avait pour but de contrer les effets négatifs de la nourriture potentiellement malsaine, achetées au bord des voies, ainsi que ceux des nombreux déplacements qu'il allait devoir accomplir²¹.

Les médicaments sont à Cotonou, comme ailleurs (Hardon, 1994 ; Whyte *et al*, 2002 ; Sarradon-Eck *et al*, 2007), l'objet d'une personnalisation de la part des individus. L'efficacité d'un médicament est souvent associée à l'organisme qui le consomme. Un médicament peut ainsi être adapté à certains organismes, en fonction de critères tels que le sang, la température corporelle et les maux rencontrés couramment. Chaque individu dispose de ce fait d'une série de médicaments qui lui convient et d'autres qu'il ne doit pas prendre. Une mère de famille

²⁰ Le terme « *cure* » était employé par les personnes interrogées même lorsqu'elles s'exprimaient en *fon*, *goun* ou *yoruba*. Il souligne encore l'influence des savoirs biomédicaux sur les savoirs populaires des Cotonnois puisque son utilisation vient très probablement des pratiques préventives recommandées par moment par les professionnels de la santé (cure de vermifuge, cure de chimioprophylaxie contre le paludisme...).

²¹ Ce genre de pratiques a aussi été décrit dans les sociétés occidentales. Mark Nichter et Nancy Vuckovic soulignent, dans ces contextes, « *l'usage préventif d'antibiotiques à la « saison de la grippe » lorsque personne n'a « le temps d'être malade* » »* (Nichter et Vuckovic, 1994, p. 1522).

explique, par exemple, que le paracétamol et la chloroquine sont « ses médicaments » mais qu'elle ne consomme jamais Mixagrip® et Coltab® (des antipyrétiques et décongestionnants). Sa propre sœur, elle, utilise habituellement Ibucap® (un anti-inflammatoire) et son époux amoxicilline (un antibiotique). « *Chacun est différent* », conclut-elle, « *c'est ce qui va avec chacun que la personne va prendre* » (Entretien avec Mouniath, 37 ans, septembre 2006). Cette personnalisation, dont sont l'objet les médicaments, stimule ainsi également la consommation pharmaceutique à Cotonou. Les Cotonnois se sont appropriés des médicaments qu'ils consomment quasi-quotidiennement sur le mode suivant : à chacun son organisme, à chacun ses problèmes de santé, à chacun ses médicaments quotidiens.

Ces différentes pratiques de médication montrent à quel point la consommation de médicaments, objets thérapeutiques du quotidien, est à la fois banalisée et pratiquée intensément à Cotonou²².

Conclusion

Les savoirs populaires en matière de santé et de maladies mêlent des informations issues de la biomédecine et des savoirs dits « traditionnels ». Ils sont ainsi constitués de perceptions syncrétiques, logiques et totalement rationnelles aux yeux des habitants de Cotonou, au sein desquelles biomédecine et connaissances transmises de génération en génération deviennent d'autant plus compatibles qu'elles ne sont pas forcément toujours en décalage. Les pratiques préventives par exemple sont encouragées à la fois par la biomédecine et par les savoirs « traditionnels ». Les périodes de vie propices au développement des maladies naturelles (les maladies infantiles), de même que certains des éléments avancés « traditionnellement » pour expliquer l'activation de celles-ci (la poussière, les saletés, une mauvaise alimentation) en sont aussi de bonnes illustrations.

Les savoirs populaires sont dynamiques et en perpétuelle transformation. Ils génèrent des usages spécifiques des médicaments qui, bien souvent, sont éloignés des préconisations des

²² Cette investigation centrée sur la consommation pharmaceutique de familles ayant des enfants en bas âge a mis en évidence les motifs de consommation de médicaments qui viennent d'être décrits (curatif, préventif, maintien de la santé, travail intense, exposition à des intempéries, périodes de vie spécifiques...). La consommation de tranquillisants, mise à part celle du diazépam évoquée précédemment, d'anti-dépresseurs ainsi que de médicaments censés augmenter le potentiel sexuel n'a pas réellement été observée dans les pratiques des familles interrogées. Pourtant, les médicaments proposés à travers le marché informel mettent en évidence que des pratiques médicamenteuses de la sorte, décrites ailleurs, existent aussi à Cotonou (Bila, 2011). Obtenir des informations sur ce genre de comportements demande une approche particulière qui n'a pas été mise en place dans le cadre de ce travail.

médecins. Les cas de détournement de l'usage des médicaments ou encore, selon les experts de la santé publique, de leur non utilisation « rationnelle » (Nichter et Vuckovic, 1994 ; Whyte *et al*, 2002) ou de leur « usage inapproprié » (Collin *et al*, 2006) sont, à cet égard, convaincants. Bien sûr, les développements qui précèdent se sont attachés à montrer que, bien qu'étant « irrationnels » du point de vue de la santé publique, ces usages des médicaments sont tout à fait censés et logiques, si l'on se place du côté des individus.

Il apparaît finalement que les savoirs populaires favorisent une consommation importante de médicaments, qui réjouit sans nul doute les firmes pharmaceutiques et plus globalement l'économie nationale et internationale. Le médicament, objet thérapeutique issu de la biomédecine, suscite la transformation de savoirs et pratiques thérapeutiques en vigueur de longue date qui, se mêlant aux savoirs et usages biomédicaux en cours au Bénin, aboutissent à une consommation médicamenteuse toujours plus importante. Le fait que cet objet soit également marchand influence cette évolution de la consommation pharmaceutique à Cotonou. En effet, celle-ci est largement suscitée, nous l'avons vu, par les acteurs impliqués dans la distribution du médicament, qu'ils soient formels ou informels, ainsi que par les firmes pharmaceutiques.

Cela fait déjà trois décennies, que, dans les sociétés occidentales, émerge le constat de l'accroissement de l'usage des médicaments (Collin *et al*, 2006). Les conséquences économiques et sanitaires qui en résultent (hausse des dépenses de santé, surconsommation irrationnelle de médicaments, vulnérabilité du consommateur, etc.) ont été étudiées. Des réalités similaires ont été décrites dans des pays d'Asie (Kamat et Nichter, 1998 ; Nichter et Vuckovic, 1994). Ce constat, concernant les sociétés africaines, est par contre rarement effectué. Il est finalement peu question de la croissance du marché du médicament, pourtant bien réelle, dans ces pays. Les sociétés de distribution, présentes localement, de même que les firmes pharmaceutiques, situées en différents endroits de la planète, semblent, elles par contre, s'en rendre compte. Focalisés sur d'autres dysfonctionnements des systèmes de santé (manque de ressources humaines, financières et de matériels), les experts ont accordé peu d'attention à la question des usages que font les individus des médicaments et de la manière dont ceux-ci sont influencés par les modes de distribution pharmaceutique en place. Il serait très intéressant, dans une perspective comparative, de multiplier ce genre d'études anthropologiques focalisées sur les usages du médicament, dans des contextes à la fois socio-culturellement distincts et dont les législations en matière de distribution pharmaceutique

Les usages du médicament au Bénin

divergent, comme par exemple entre pays anglophones et francophones que ce soit en Afrique ou en Occident.

Références

- Aïach, P., Bon, N., Deschamps, J.P. (eds.), (1992), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- Akrich, M. (1995), Petite anthropologie du médicament. Les objets de la médecine, *Techniques et culture*, n°25-26, p. 129-157.
- Assogba, L.N.M. (1985), *Le marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé*, APEL, Université du Bénin, Unité de recherche démographiques, études et travaux n°5.
- Augé, M., Herzlich, C. (eds.), (1984/1994), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines.
- Baxerres, C. (2012), *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique industriel au Bénin*, Paris, Editions des archives contemporaines.
- 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, 1249-1256.
- Benoist, J. (ed.), (1996), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- Bila, B.M. (2011), *Genre et médicament : Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso*, Thèse de doctorat d'anthropologie, Université Aix-Marseille III.
- Bledsoe, C.H., Goubaud, M.F. (1988), « The reinterpretation and distribution of Western Pharmaceuticals: an example from Mende of Sierra Leone »: 253-276, in Van der Geest, S., Whyte, R.S. (eds.), *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Bonnet, D. (1985), « Notes de recherche sur la notion de « corps chaud » chez les Mosse du Burkina », *Sciences Sociales et Santé*, 3, 3-4, 183-187.
- Bonnet, D., Jaffré, Y. (eds.), (2003), *Les maladies de passage, transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Chilliot, L. (2003), « Médicaments et prévention en milieu populaire Songhay-Zarma » : 427-464, in Bonnet, D., Jaffré, Y. (eds), *Les maladies de passage, transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- Collin, J., Otero, M., Monnais, L. (eds.), (2006), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Commeyras, C. (2005), *Des soins pour les plus pauvres, le défi du désendettement : le médicament, moteur de la demande autant que carburant de l'offre dans les pays en développement, priorité à la formation dans une approche sous-régionale (exemple au Cameroun)*, Thèse de doctorat de Santé Publique et Sciences de l'information biomédicale, Université de Paris IV Pierre et Marie Curie.
- Desclaux, A. (1999), « Les perceptions populaires des diarrhées infantiles : diversité et invariants », *Archives de Pédiatrie*, 5, 183-189.
- Desclaux, A. (2001), « L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? » : 57-66, in Desclaux, A. *L'observance aux traitements VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS.

- Desclaux, A., Lévy J.J. (2003), « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 5-21.
- Dozon, J.P. (1985), « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences Sociales et Santé*, 3, 3-4, 27-56.
- Etkin, N.L., Tan, M.L. (eds.), (1994), *Medicines : meanings and contexts*, Quezon City, Health Action International Network.
- Fainzang, S. (1985), « La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », *Sciences Sociales et Santé*, 3, 3-4, 106-128.
- Fainzang, S. (1986), « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- Fainzang, S. (1992), « Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention » : 18-27, in Aïach, P., Bon, N., Deschamps, J.P. (eds.), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- Fainzang, S. (2001), *Médicaments et société*, Paris, PUF.
- Fainzang, S. (2006), « Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin/malade » : 267-279, in Collin, J., Otero, M., Monnais, L. (eds.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Gauvrit, E. (2001), « L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud », *Cahiers Français*, 302, 90-96.
- Hardon, A.P. (1994), « People's understanding of efficacy for cough and cold medicines in Manila, the Philippines » : 47-67, in Etkin, N.L., Tan, M.L. (eds.), *Medicines : meanings and contexts*, Quezon City, Health Action International Network.
- Haxaire, C. (2003), « « Toupaille », kits MST et remèdes du « mal d'enfants » chez les Gouro de Zuénoula (Côte-d'Ivoire) », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 77-95.
- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.P. (1995), « Tijiri, la naissance sociale d'une maladie », *Cahier des Sciences Humaines*, 31, 4, 774-795.
- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.P. (eds.), (1999), *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF.
- Jaffré, Y. (1999), « Pharmacie des villes, pharmacie « par terre » », *Bulletin de l'APAD*, 17, 63-70.
- Janzen, J.M. (1978), *The Quest for Therapy in lower Zaire*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Kamat, V.R., Nichter, M. (1998), « Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India », *Social Science and Medicine*, 47, 6, 779-794.
- Kpatchavi, C.A. (1999), *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : le cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé*, Thèse de doctorat, département d'anthropologie appliquée, Université de Fribourg, Allemagne.
- Lemoine, P. (1996), *Le mystère du placebo*, édition Odile Jacob, Paris.
- Marie, A. (1996), « De l'ethnologie classique à l'anthropologie urbaine. Itinéraires franco-africanistes » : 115-135, in Ostrowetsky, S. (ed.), *Sociologues en ville*, Paris, L'Harmattan.
- Mary, A. (2000), *Le bricolage africain des héros chrétiens*, Paris, Les éditions du Cerf.

- Maupoil, B. (1943/1981), *La géomancie à l'ancienne côte des esclaves*, Paris, Institut d'ethnologie.
- Molina, N. (1988), *L'automédication*, Paris, PUF.
- Nichter, M., Vuckovic, N. (1994), « Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice », *Social Sciences and Medicine*, 39, 11, 1509-1525.
- Preston-Whyte, E.M. (2005), « Traverser les frontières : l'anthropologie médicale en Afrique du Sud et le VIH-sida » : 401-438, in Saillant, F., Genest, S. (eds.), *Anthropologie médicale. Ancrages globaux, défis locaux*, Laval, Presses de l'Université de Laval.
- Sarradon-Eck, A., Blanc, M.A., Faure, M. (2007), « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55, 179-185.
- Simon, E. (2004), *Les initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, Thèse de doctorat d'Ethnologie, Montpellier, Université Paul Valéry – Montpellier III.
- Simon, E. (2008), « Importation of manufactured herbals in West Africa: the case of AIDS treatments in Benin », *Revue Internationale sur le médicament*, 2, 1, 229-258.
- Sindzingre, N. (1983), « L'interprétation de l'infortune : un itinéraire Senufo », *Sciences Sociales et Santé*, 3-4, 7-36.
- Sturzenegger, O. (1999), Le remède : 277-294, in Sturzenegger, O., *Le mauvais œil de la lune, Ethnomédecine créole en Amérique du Sud*, Paris, Karthala.
- Tan, M.L. (1999), *Good medicine. Pharmaceuticals and the construction of power and knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Health, Culture and Society.
- Touré, L. (2005), « Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali » : 269-286, in Pordié, L. (ed.), *Panser le monde, penser les médecines, Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala.
- Urfalino, P. (2007), « Introduction au dossier Médicaments et sociétés, enjeux contemporains », *Annales HSS*, 2, 269-272.
- Van der Geest, S. (1982), « The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration », *Medical Anthropology*, 6, 4, 197-219.
- Van der Geest, S., Whyte, R.S. (eds.), (1988), *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- Van der Geest, S., Whyte, R.S. (2003), « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 97-117.
- Whyte, R.S. (1992), « Pharmaceuticals as folk medicine : transformations in the social relations of health care in Uganda », *Culture Medicine and Psychiatry*, 16, 163-186.
- Whyte, R.S., Van der Geest, S., Hardon, A. (2002), *Social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.