

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 dépit 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, *hwevó* 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'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 chloroquine 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 simple à Cotonou. Il s'agit pour les enfants, des CTA mais également de la quinine,

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).

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).

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 chloro-

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.

quine 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. Ettlign, 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- Aupelf.
- 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 Medicine*. 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.