HAL
open science

L'automédication en question

Véronique Guienne, Charlie Marquis, Marion David, Sébastien Fleuret, Estelle d'Halluin

To cite this version:

Véronique Guienne, Charlie Marquis, Marion David, Sébastien Fleuret, Estelle d'Halluin. L'automédication en question : Un bricolage socialement et territorialement situé. L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé, May 2016, Nantes, France. 2016. hal-01380350

HAL Id: hal-01380350

https://hal.science/hal-01380350

Submitted on 12 Oct 2017

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

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

Actes électroniques

COLLOQUE INTERNATIONAL ET PLURIDISCIPLINAIRE

11, 12 ET 13 MAI 2016

L'AUTOMÉDICATION EN QUESTION

UN BRICOLAGE SOCIALEMENT ET TERRITORIALEMENT SITUÉ

Mise en ligne : juillet 2016

automedication.sciencesconf.org

UNIVERSITÉ DE NANTES

cens

ESO UMR 6590

PMG NANTES

UFR DE SOCIOLOGIE

Nantes Métropole

Région PAYS DE LA LOIRE

ANR

AGENCE UNIVERSITAIRE DE LA FRANCOPHONIE

Collège Médecine Générale

IRD Institut de recherche pour le développement

la Personne en Médecine

Colloque
L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé.
11, 12 et 13 mai 2016, Nantes.

Ces rencontres scientifiques se sont déroulées à l'Université de Nantes, hébergées par l'UFR de Sociologie. Elles ont été au départ une initiative de plusieurs équipes de recherche engagées à l'Université de Nantes, au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). En 2016, ce colloque a rassemblé des sociologues, des géographes, des anthropologues, des historiens, des médecins généralistes, des pharmaciens et d'autres chercheurs et professionnels intéressés par les processus de santé publique. La thématique de l'automédication s'est révélée être transversale. Cet objet a permis d'aborder de nombreux sujets : inégalité de santé, déterminants territoriaux de la santé, gestion du corps, histoire de la médecine, circulation du médicament, pluralité thérapeutique, relation soigné-soignant, éducation thérapeutique, etc. C'est cette diversité qui est ici présentée dans ces Actes du colloque « L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé ».

Le colloque s'est ouvert le mercredi 11 mai 2016 à Nantes. Il s'est poursuivi pendant quatre demie-journées et une soirée jusqu'au vendredi 13 mai midi. Les échanges scientifiques se sont déroulés sous trois formats :

- Les conférences invitées : trois thématiques transversales ont été discutées grâce à une conférence majeure suivie d'une table-ronde regroupant trois à quatre communicants. Ces conférences étaient discutées et modérées par l'équipe de recherche ANR-Automed qui de part leurs communications ont pu remettre en perspectives les recherches présentées et leurs propres recherches qui ont actuellement cours dans l'Ouest de la France. Les résultats de ce programme de recherche portée par l'Université de Nantes (Centre nantais de Sociologie et département de médecine générale) et le CNRS (Laboratoire Espaces et Sociétés) permettaient de mettre en perspective la conférence et d'introduire la table-ronde suivante. Les conférences qui se sont tenues le mercredi et le vendredi portaient sur « l'augmentation dans le temps long » ; « les contextes spatiaux de l'automédication » et « la relation médicale vis-à-vis et dans l'automédication ». Une quatrième conférence transversale est venue clôturer le colloque. Les communications de ces tables-rondes sont réunies dans le premier chapitre « L'automédication en question ».

- Les ateliers : se sont tenus le jeudi en journée. Trois ateliers de quatre sessions chacun se déroulaient à proximité les unes des autres dans les bâtiments de l'UFR de Sociologie. Les trois thématiques des ateliers portaient sur « le système de santé et l'automédication » ; « les déterminants de l'automédication » et « l'automédication comme révélateur de significations sociales ». Les sessions étaient modérées par les membres du comités scientifiques ainsi que certains partenaires privilégiés (en France et à l'étranger) de l'équipe de recherche ANR-Automed. Les communications de ces trois ateliers composent respectivement les trois chapitres suivants.

Soixante-six communicants ont participé à ces rencontres scientifiques et présenté leurs travaux durant ces trois jours : 8 anglophones et 58 francophones. Ainsi, sont réunis dans ces pages, des articles en français et en anglais. Les Actes du colloque réunissent 36 articles issus directement de ces communications. Préalablement à la tenue du colloque, les communicants avaient été sélectionné par le comité scientifique. La publication dans les Actes a été ouverte à tous les communicants ayant participé aux débats scientifiques du colloque nantais. Le contenu et les résultats présentés dans les articles n'engagent que leurs auteurs.

Les communicants au colloque « L'automédication en question » cumulaient une diversité géographique, linguistique, disciplinaire et statutaire. 40 organismes français étaient représenté (soit 80 % des communicants) mais les communicants provenaient de nombreux pays : huit d'Afrique de l'ouest (5 pays), deux d'Afrique du Nord (2 pays), un depuis l'Afrique du sud (Madagascar), quatre d'Amérique du Nord (2 pays), un d'Amérique centrale, une depuis l'Asie (Philippines) et trois Russes. De nombreuses disciplines universitaires étaient représentées. Si 60 % des communications concernaient la sociologie ou l'anthropologie, les comités avaient souhaité dès le départ ouvrir les discussions à la pluridisciplinarité. Au final, ce colloque réunissait de nombreuses communications : quatre en géographie, huit autour des sciences médicales et pharmaceutiques, cinq en histoire, une en droit, une en philosophie, et dix en diverses disciplines comme par exemple les sciences de l'éducation, de la communication, etc. Les comités avait aussi souhaité une grande diversité statutaire parmi les communicants, tout en sélectionnant sur des critères scientifiques importants. 57 chercheurs (dont 30 titulaires PU et MCF) étaient ainsi présents (Universités ou organismes de recherche), ainsi que 24 professionnels (médical, santé publique, développement, etc.) et 14 jeunes chercheurs (master et doctorants). Pour parvenir à ce résultat, le comité d'organisation, avec l'appui du comité scientifique, a octroyé 13 aides à la mobilité (financières) grâce notamment aux subventions de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) et de l'Université de Nantes.

***

Le colloque était conjointement organisé par le Centre nantais de Sociologie (UN-CNRS FRE 3706), le département de médecine générale de l'Université de Nantes et le laboratoire Espaces et Sociétés (CNRS UMR 6590). Le colloque s'est tenu grâce aux partenariats scientifiques suivants : Collège de Médecine Générale, le programme de recherche "La Personne en médecine" (Paris-Descartes), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), l'Association Universitaire pour la Francophonie (AUF). D'importants soutiens ont aussi émané des collectivités locales Nantes métropole et les Pays de la Loire, ainsi que de l'Université de Nantes, l'Agence Nationale de la Recherche (ANR via 12-DSSA-0003 Automed) et le ministère de la culture et de la communication (Direction générale à la langue française et aux langues de France – DGLFLF).

Table des Actes

Partie 1 : L'automédication en question

Raspail, la démocratie médicale et l'automédication au XIXème siècle
ANNE VINCENT-BUFFAULT 9

Automédication ou Prescription ? Les relations entre les vendeurs et les acheteurs de médicaments au Cambodge
EVE BUREAU-POINT, MALINDA TO, CARINE BAXERRES 15

Quand les modes de distribution pharmaceutique influencent les usages des médicaments. Une recherche comparative menée au Bénin, au Ghana et au Cambodge
CARINE BAXERRES, ADOLPHE KPATCHAVI, DANIEL ARHINFUL, EVE BUREAU, JEAN-YVES LE HESRAN 22

Self-medication in Russia today: Social Practices and Health Risks
NATALIA LEBEDEVA-NESEVRIA, ANASTASIYA BARG 31

Comment les Français soignent-ils leur rhume ? Une enquête auprès de trois bassins de population.
LÉA CHARTON, JULIETTE CHAMBE, JEAN-CHRISTOPHE WEBER 38

Entre réappropriation et « détournement » du médicament : les pratiques d'automédication des usagers de drogues et leur confrontation aux médecins généralistes
LISE DASSIEU 48

Partie 2 : Automédication et système de santé

L'automédication et la prise en charge du diabète au Maroc
KHADIJA NAAMOUNI 55

Les pratiques communautaires d'automédication concernant Ebola.Rôle des chercheurs dans les stratégies des ONG pour lutter contre la maladie
MOHAMED ARAFAN CISSOKO 61

Automédication et inquiétude sanitaire : quels enjeux pour la santé publique ?
MARIE-CLÉMENCE PEREZ 70

Intervention sanitaire et promotion de la santé avec la population gitane espagnole : quelques conséquences sur les pratiques d'automédication des gitans en situation de vulnérabilité sociale
ARIADNA AYALA RUBIO 80

Subverting the Concept of Self Medication in Addiction Recovery
PETER ESPENSHADE, ANGELICA SELINGER 88

Latent social functions of the health care institute: a case of pharmacies in Russia
YULIA KRASHENINNIKOVA 100

Étude IPADAM : comment accompagner le patient dans sa démarche d'automédication et sécuriser la dispensation à l'officine ?
BRIGITTE VENNAT, OLIVIER CATALA, CÉLINE PRUNET-SPANO, CHANTAL SAVANOVITCH, SABRINA BEDHOMME 110

Focus sur les patientèles des étiopathes. Distribution sociale et motifs des recours
ADRIEN CADÉRON 118

Characterizing the pharmaceutical nexus of self-medication with antibiotics in Guatemala
BROOKE RAMAY, LUIS MÉNDEZ, ALEJANDRO CERÓN 125

"No Approved Therapeutic Claims": The Emerging Industry of Health Supplements andNew Practices of Self Medication in the Philippines
MARILOU U. DE VERA, PHILIP MICHAEL I. PAJE 137

S'automédiquer sous chimiothérapie ?
SYLVIE MOREL, MAUD JOURDAIN 143

Partie 3 : Déterminants des usages de l'automédication

Automédication et déterminants socioculturels des recours aux pharmacies-trottoirs à Abidjan (Côte d'Ivoire)
YORO BLÉ MARCEL 153

Des officines dans les bus de transport en commun au Cameroun : l'automédication entre biomédecine et médecine bio
GISHLEINE OUKOUOMI D 166

Bricolage des soins et disparité sociale dans la région de l'Imerina (Madagascar).Un état des lieux des possibilités d'automédication
DELPHINE BURGUET 176

Automédication et femme enceinte : logiques et pratiques de prise en charge du « palu » au cours de la grossesse en milieu semi-urbain au Bénin
ROCH A. HOUNGNIHIN 181

Les pratiques d'automédication en zones rurales lorraines à l'aune des pharmacies familiales
DÉBORAH KESSLER-BILTHAUER 188

Vers des pratiques réflexives de santé. Entre allégeance au médecin et agentivité
BÉATRICE VICHERAT 194

Drugstores, self-medication and public health delivery: assessing the role of a major health actor in Ghana.
EMELIA AFI AGBLEVOR, MAXIMA MISSODEY, CARINE BAXERRES, DANIEL ARHINFUL 202

Pharmacies, vendeurs informels, centres de santé des villes et des campagnes : Interroger au Bénin l'automédication au regard de la formalité des circuits de distribution et des contextes géographiques
EMILIENNE ANAGO, MOÏSE DJRALAH, ADOLPHE KPATCHAVI, CARINE BAXERRES 210

Révélation du VIH/sida et pratiques d'automédication en Côte d'Ivoire : expérience des PVVIH autour de leurs itinéraires thérapeutiques
SOULEYMANE KOUYATE 218

Approche géographique des déterminants de l'automédication chez les personnes en situation de handicap physique dans le contexte urbain saint-louisien (Sénégal)
DIARRA BOUSSO SENGHOR 227

Pourquoi le choix de l'automédication en matière de fièvre présumée palustre, à Madagascar ? Cas de Brickaville et d'Ankazobe.
ANDRY HERISOA ANDRIANASOLO, EMMA RABOANARY, CHIARELLA MATTERN, THOMAS KESTEMAN, DOLORÈS POURETTE, CHRISTOPHE ROGIER 235

Partie 4 : L'automédication, un révélateur de significations sociales

L'addiction, une technique d'automédication ?
MÉLANIE TROUESSIN 244

« Nous c'est du bio ». La purgation dans les groupes d'entraide des anciens dépendants
LINE PEDERSEN. 253

L'automédication des « possédés » et des « ensorcelés » suivant les rituels de rouqya(France, Algérie, Egypte)
FATIMA ZOHRA CHERAK 261

Développement de l'automédication ou banalisation du médicament ? De la vente en ligne à l'accès direct
GUILLAUME ROUSSET 268

L'automédication des plus de soixante ans via le Web : causes et conséquences
ELORIA VIGOUROUX-ZUGASTI, OLIVIER LE DEUFF 275

Pratiques d'auto soin des mangeurs sains : réflexion autour des espaces frontaliers et des identités professionnelle.
CAMILLE ADAMIEC 284

L'automédication, une norme sociale chez les artisans ?
OLIVIER CRASSET 288

Self-Medication Practices Among Industrial Workers in Perm Region
NATALIA LEBEDEVA-NESEVRIA, EKATERINA RYAZANOVA 300

Actes électroniques, Juillet 2016
http://automedication.sciencesconf.org/

Comité scientifique du colloque :

- Carine Baxerres, MERIT UMR IRD 216, Bénin
- Audrey Bochaton, LADYSS UMR CNRS 7533, France
- Laurent Brutus, DMG UN - MERIT UMR IRD 216, France
- Johanne Collin, MEOS UM, Canada
- Alice Desclaux, UMI 233 IRD, 1175 INSERM, Sénégal
- Estelle D'Halluin, CENS FRE CNRS 3706, France
- Sébastien Fleuret, ESO UMR CNRS 6590, France
- Lionel Goronflot, DMG UN, France
- Véronique Guienne, CENS FRE CNRS 3706, France
- Anne-Cécile Hoyez, ESO UMR CNRS 6590, France
- Jean-Yves Le Hesran, MERIT UMR IRD 216, France

Comité d'organisation du colloque :

- PU Véronique Guienne (CENS FRE CNRS 3706, Nantes)
- IGE Charlie Marquis (CENS FRE CNRS 3706, Nantes)
- PhD. Marion David (CENS FRE CNRS 3706, Nantes)
- DR Sébastien Fleuret (ESO UMR CNRS 6590, Angers)
- MCF Estelle D'Halluin, (CENS FRE CNRS 3706, Nantes)

Partie 1
L'automédication en question

Raspail, la démocratie médicale et l'automédication au XIXème siècle

Anne Vincent-Buffault

Laboratoire du changement social et politique. Université Paris-Diderot.

François-Vincent Raspail (1794-1878), est une figure populaire autant pour son rôle politique que pour son métier de médecin des pauvres prônant l'automédication.

Son parcours en fait un parangon la République sociale : né en 1794 à Carpentras dans une famille modeste, éduqué par un prêtre janséniste qui en fait une sorte de Pic de la Mirandole de province, il est destiné à la prêtrise. Il rompt avec le séminaire, étudie le droit et la médecine et entre en 1819 à la Loge des Amis de la Vérité. Au début de sa carrière scientifique, il fait des découvertes sur la cellule végétale en maniant le microscope à l'heure où il était encore peu utilisé. Carbonariste en 1822, combattant des barricades en 1830, entrée aux club des Amis du Peuple qu'il présidera, président de l'Association républicaine pour la défense de la liberté de la presse, il lance le journal le Réformateur, interdit par loi de 1835. Quand il arrête de conspirer, il se concentre sur la science et la médecine. Mais le 25 février 1848, place de l'Hôtel de ville, il force le gouvernement provisoire à proclamer la République. Le 15 mai lorsque les clubs envahissent l'assemblée, il est accusé d'être un meneur et est emprisonné, évitant ainsi d'assister aux tueries de Juin.

Sa candidature en 1849 est une protestation vivante contre le présidentialisme qui permet au peuple républicain de ne pas s'abstenir. Raspail orateur doté d'un style offensif et lyrique, devient un porte parole du peuple et incarne la république sociale.

Des Révolutions de 1830 et 1848 à la défense des communards, de la prison à l'exil en Belgique, sa trajectoire politique en fit un martyr républicain, symbole de l'esprit de 1848. Graphomane, il fait feu de tout bois. De son expérience de la prison en 1834 et en 1848 il tire un ouvrage dénonciateur. En plus de la chimie et de la médecine, il écrit également sur l'agriculture et l'agronomie, l'argot et la météorologie. Il prône tout à la fois une démocratie locale et une réforme progressive qui prenne en compte l'émergence de la question sociale. Défenseur de la liberté de la presse, du suffrage universel et de l'abolition de la peine de mort, sa démocratie médicale fait place à la science populaire, à l'autodidaxie. Comme il le dit dans son Histoire naturelle, sa méthode avait pour certains « un arrière goût de sédition ».

Pour une science naturelle populaire

Sa théorie est simple : la santé est notre état normal. Toutes les maladies sont dues à des causes étrangères et en particulier parasitaires, et leur traitement repose sur des « régimes hygiéniques » qui permettent à chacun de se prendre en charge. Raspail vante les

mérites du camphre considéré comme la panacée pour toutes les familles républicaines. Au regard de l'histoire de la médecine, Raspail peut paraître à la fois en avance et en retard, médecin des Lumières au siècle de Claude Bernard et précurseur de la théorie cellulaire et de l'hygiène industrielle. C'est sa réputation de médecin de la république sociale apôtre de l'auto-médicalisation qui retiendra ici notre attention.

Pour mesurer l'écho de la médecine populaire de Raspail, qui refuse la soumission à la médecine officielle, il faut comprendre l'époque où la science populaire s'oppose à la science savante dans la première moitié du XIXème siècle. Il s'agit pour ses militants de mettre la science à la portée de tous en la reliant au sens commun. A ce titre, il participe à un mouvement plus large où l'on trouve les cours d'astronomie populaire de Flammarion ou d'Auguste Comte (tout comme l'ouvrage d'Auguste Blanqui « l'éternité par les astres »). L'astronomie populaire, en s'appuyant sur une connaissance élémentaire de la géométrie, est avant tout, comme la médecine, une science de la nature qui provoque l'émerveillement. Et c'est autour de cette science de la vie que peut s'articuler une science sociale émancipatrice qui se base sur la sociabilité naturelle de l'être humain.

Selon Raspail, le savoir élitiste que délivre la faculté est moins difficile à acquérir que le savoir-faire artisanal qui est à la base de toutes les grandes inventions. Le savoir officiel est délibérément ésotérique, évitant la langue naturelle pour jargonner en latin.

Auteur d'expérimentations scientifiques en chimie et d'une théorie générale de la santé, il bâtit un véritable système. Il s'agit de le rendre compréhensible à tous. Autodidacte, toujours en marge de la communauté scientifique de son temps, il apparaît comme un découvreur du développement de la vie à partir de la cellule. Il observe aussi les parasites et met à mal la théorie des humeurs. Ce sera la base de sa théorie de la santé. Une cellule malade est une cellule désorganisée qui contamine les autres. Par analogie déductive, il détermine deux causes de la maladie : les causes liées à l'environnement et celles liées à l'altération d'un organe. Pour lui 9/10ème des maladies sont causés par des parasites. Cette théorie aura des conséquences médicales et politiques qui donne des orientations hygiénistes à la médecine raspaillienne. Son intérêt pour les toxiques l'orientera vers l'hygiène industrielle et urbaine alors en élaboration. Son approche tranche avec celle de Villermé qui stigmatise les populations ouvrières et dédouane les industriels comme la plupart des enquêteurs sociaux. Raspail pointe la responsabilité patronale en dénonçant l'usage des produits toxiques et préfigure des questions de santé publique.

Raspail polémiste

Le ton de ses ouvrages et de ses brochures est polémique : il accuse les médecins de tuer les malades et de se transformer en commerçants. Il s'insurge contre le pouvoir médical et ses représentants qui ont oublié qu'ils devaient se mettre au service des malades, son ton est irrévérencieux. Il accuse la faculté d'être « des sociétés admirables d'admiration mutuelle » et dénonce l'académie des sciences comme l'académie de médecine qui s'arrogent le monopole de la vérité. Raspail brave les autorités en exerçant la médecine sans disposer des diplômes requis : selon lui, ce n'est pas le diplôme qui fait le bon médecin mais l'avis des malades. Son conflit avec la médecine officielle des académies se manifeste particulièrement dans sa controverse publique avec Orfila sur une accusation de meurtre par empoisonnement à l'arsenic (affaire Marie Lafargue). Orfila représente tout

ce qu'il dénonce : doyen de la faculté de médecine et expert judiciaire. Toujours prompt au coup d'éclat Raspail interpelle le juge en ces termes : « je me fais fort de trouver de l'arsenic jusque dans le fauteuil du président des assises ». Orfila ridiculisé se vengera en attaquant Raspail pour exercice illégal de la médecine.

La polémique contre la médecine officielle, scolastique et vénale selon ses termes, sert à promouvoir une science populaire. Celle de Raspail est basée sur l'hyper-rationalisme d'un système défendu en première personne par ce médecin des pauvres populaire, à la fois homme de science et praticien.

Il accumule les procès, se mêle des débats scientifiques comme celui de Cuvier contre Geoffroy Saint Hilaire. Le combat ne lui fait pas peur et il aime à se poser en martyr.

Lorsqu'il est obligé de se mettre en retrait de la vie politique, la médecine lui paraît le meilleur moyen d'action pour changer les conditions de vie du peuple. Comme les prophètes romantiques, Raspail pense qu'il est possible de trouver une explication globale confirmée par l'observation pour offrir un meilleur fonctionnement du système social dispensant émancipation intellectuelle et retour à la santé.

Médecin des pauvres

Il soigne gratuitement les pauvres dès 1840 dans la consultation de Montsouris puis de la rue Culture Sainte Catherine. Mais trop de patients se pressent et il les enjoint de prendre leur santé en main. Le prolétaire doit devenir médecin et pharmacien de soi-même. Il importe de se connaître, de faire confiance à son sens intime, de pratiquer « l'auto-clinique ». Le sens de l'observation et la culture de l'intelligence permettraient au peuple de se prémunir des charlatans et de la « police médicale ». Raspail est plébiscité par l'opinion et c'est ce succès qui le légitime. Cette volonté de transmission s'articule à un programme de démocratie médicale.

Les saints simoniens, les fouriéristes, les canuts lyonnais sont réceptifs à cet appel, eux qui n'ont pas d'argent pour se payer le médecin. Les adeptes des circulations fraternelles partagent cette transmission populaire des savoirs où l'observation de la nature, l'herborisation à la Rousseau, la promenade philosophique s'accompagnent d'un rationalisme exigeant qui combine induction et analogies. La révolte contre les monopoleurs de la raison et de la science s'accompagne de rencontres entre savants hérétiques et prolétaires avides de connaissance.

Les pratiques d'émancipation des militants du socialisme utopiste, des réformateurs sociaux et des démocrates du milieu du XIXème siècle expliquent le succès de la médecine de Raspail. Le désir de prendre en main le quotidien irrigue la pensée des ouvriers et employés des grandes et petites villes. Le dispositif de Raspail est à deux étages : l'histoire naturelle de la santé et de la maladie publié en 1843 et les manuels annuaire de la santé dès 1845. L'histoire naturelle de la santé est un ouvrage dans la lignée des ouvrages scientifique des Lumières et alterne observation, considération abstraite et discours philosophique en s'attachant aux plantes, aux animaux et aux humains. Les manuels qu'il compare à des livres de cuisine et où il se vulgarise lui-même correspondent au format des livres de colportage. Les maladies sont décrites, expliquées et suivies de conseil thérapeutique et hygiénique. Dédié à « ces amis les malades », ces manuels sont écrits sur

un ton clair et familier. C'est un système de science rationnelle rendue populaire et pratique : « toute pratique qui n'est pas fondée sur une idée accessible au vulgaire est une pratique irrationnelle ». L'ancien canut Sébastien Commissaire à Lyon déclare que « pas un seul ouvrier ne possède son manuel et ne soit en état de composer lui-même ses médicaments » et soigne lui-même ses frères prolétaires par la médecine raspaillienne.

Le prolétaire, médecin de lui-même

Sa monomanie du camphre s'explique par ses vertus anti parasitaire mais aussi par sa lutte contre la polypharmacie, la multiplicité des préparations administrées. En cela il ne plaide pas pour les remèdes de bonne femme mais mais pour la simplification de la pharmacopée. Raspail propose une méthode simple pour permettre au prolétaire de créer ses médicaments en se passant de pharmacien. Il s'agit de lui éviter l'hospitalisation qui l'expose aux expérimentations d'une médecine autoritaire qui s'approprient les corps des malheureux. Le Don Quichotte du camphre s'insurge contre la médecine intrusive de l'époque, qui a recours aux saignées et au cautère.

Devenir médecin de soi-même (et de sa famille) requiert d'affiner sa capacité à sentir, à développer son sens intime. Le malade doit regagner en autonomie, ne pas se livrer passivement à la médecine. La prise en charge autonome des individus associe l'acquisition d'idées rationnelles et observation de soi, mais aussi de ses proches. La garde malade peut observer celui qui souffre et le sauver davantage que le médecin qui passe occasionnellement.

Raspail oppose une pratique autonome de la santé à l'hétéronomie de la maladie causée par une désorganisation. Raspail donne des conseils d'hygiène de vie qu'il s'agisse de propreté, d'assainissement de l'habitat ou d'alimentation. La mère de famille prolétaire est invitée à soigner ses enfants en s'appuyant un solide bon sens enrichi par la lecture des manuels pratiques édités par Raspail.

Le succès éditorial est retentissant et durable : plus de 200 0000 exemplaires. Il repose sur la popularité de Raspail dont les fils utilisent l'héritage scientifique et politique. Dès 1858, Raspail est entouré de ses fils qui l'escorte dans son travail : l'un ouvre une pharmacie devenue droguerie, l'autre fabrique des appareils orthopédiques. Les cigarettes de camphre se vendent en quantité.

Le médecin des pauvres trouve un écho jusqu'au milieu du XXème siècle avec 77 éditions revues et augmentées du manuel-annuaire de santé jusqu'en 1935. On en trouve l'écho chez Flaubert, mais aussi chez Proust et Giono.

De la république sociale à la démocratie médicale

Le débat, l'enquête, la discussion publique est au cœur du projet républicain de Raspail autour des notions de volonté générale et de souveraineté populaire, issues de la Révolution française. Au delà du suffrage universel dont il fut l'actif partisan, il ne se résout pas à la démocratie représentative pyramidale mais rêve d'une démocratie d'association et de délibération, d'organisation en réseau. L'hygiène publique fait partie de son programme : il propose de salarier les médecins, pour en faire une magistrature

publique régulée par des élections au niveau local. Cette magistrature salariée « relevant d'elle-même et de ses votes, » devient une hiérarchie savante et bienfaisante chargée au frais de l'Etat de veiller sur la salubrité publique, sur la santé privée, sur les rapports moraux des sexes et des familles. Dans ce projet, les médecins se réuniraient par quartier pour délibérer, faire des enquêtes, rassembler des données.

Militant de l'éducation populaire et de l'enseignement mutuel, il appelle à l'insurrection de soi-même contre l'obéissance passive. Education populaire ne veut pas dire vulgarisation scientifique. Elle est aussi une pratique politique, celle des clubs et en particulier celui que Raspail anime en 1848, celui des Amis du peuple où se conjuguent débat et éducation sur le modèle des sociétés populaires de la Révolution française. Il prône l'acquisition de l'indépendance intellectuelle du peuple pour qu'il conquiert sa liberté individuellement et collectivement. Les sciences doivent être accessibles à toutes les intelligences.

Les journaux qu'il anime après 1848 comme le Réformateur se veulent à destination du peuple. Son audience semble se trouver parmi les ouvriers lyonnais, sortant de l'artisanat comme les canuts et la petite bourgeoisie progressiste des ville moyennes : en témoigne sa correspondance. Pour lui, l'émancipation intellectuelle peut s'associer à la charité qui « fait verser les douces larmes de la sympathie » à ceux qui soulagent la douleur en compatissant avec le malheureux. Médecin des pauvres, il fait appel à la philanthropie de certains de ses amis pour favoriser l'application de ses idées. Sa charité médicale actualise les rapports de solidarité que la nature tisse entre tous les êtres vivants : il est au service du peuple. C'est pourquoi il défend le mesmérisme et ses harmonieuses circulations des fluides cordiaux qui participent de l'imaginaire romantique.

A ce titre, les pratiques d'automédication que prône Raspail associées à un projet politique d'émancipation autant individuelle que collective ont laissé des traces d'énergie utopique qui sont à même de s'actualiser.

Références

- BEAUNE Jean-Claude, 1993, *La philosophie du remède*. Le Champ Vallon.
- BENSAUDE-VINCENT Bernadette, 2013, *L'opinion publique et la science* . La découverte.
- DOUAILLER. Stéphane « Des élèves pour l'astronomie ». In Jacques DERRIDA, Jean BORREIL, 1985, *Les sauvages dans la cité : Auto-émancipation du peuple et instruction des prolétaires au XIXe siècle* Le Champ Vallon.
- FROBERT Ludovic, « Théorie cellulaire, science économique et République dans l'œuvre de François-Vincent Raspail autour de 1830. », *Revue d'histoire des sciences* 1/2011 (Tome 64), p. 27-58.
- HAYAT Samuel, 2012. *Participation, discussion et représentation : l'expérience clubiste de 1848* **.** Participations 2012/2 (N° 3)

- POIRIER Jacques et LANGLOIS Claude, 1988, *Raspail et la vulgarisation médicale*. Vrin.
- RANCIERE Jacques. « Savoirs hérétiques et émancipation du pauvre ». In Jacques DERRIDA, Jean BORREIL, 1985, *Les sauvages dans la cité : Auto-émancipation du peuple et instruction des prolétaires au XIXe siècle* . Le Champ Vallon
- Catalogue de l'exposition François Vincent RASPAIL à la Bibliothèque Nationale. 1978.

Automédication ou Prescription ? Les relations entre les vendeurs et les acheteurs de médicaments au Cambodge

Eve Bureau-Point[1], Malinda To[2], Carine Baxerres[3]

1. Anthropologue, post-doctorante à l'IRD, MERIT (IRD-Université Paris Descartes), Cambodge
2. Etudiante en Master d'anthropologie, URBA, Cambodge
3. Anthropologue, chargée de recherche à l'IRD, MERIT, CERPAGE, Bénin

Dans cette communication, je propose de discuter le concept d'automédication à partir du contexte cambodgien. Je montre comment ce qui est appelé communément automédication (usage d'un médicament non prescrit par un prescripteur assermenté) ne permet pas d'étudier le phénomène de façon précise, en tenant compte des réalités du contexte. Une approche plus large, centrée sur l'expression de l'autonomie de l'individu, est plus appropriée et permet d'éviter une sur-responsabilisation du patient par rapport à son état de santé.

Présentation de l'étude

Cette réflexion est tirée d'une étude ethnographique réalisée pendant un an et demi au Cambodge (janvier 2015 à Juin 2016). Elle est ancrée dans le programme de recherche plus large intitulé GLOBALMED, coordonné par Carine Baxerres, qui vise à étudier la distribution, la circulation et la consommation du médicament dans 3 systèmes pharmaceutiques différents (Bénin, Ghana, Cambodge).

Les objectifs au Cambodge étaient les suivants : identifier les lois qui gouvernent le système pharmaceutique, étudier la distribution détaillante et les usages par les familles (sans se focaliser sur un médicament en particulier, mais en s'intéressant aux médicaments utilisés pour les maux du quotidien), puis faire des comparaisons ensuite avec le Ghana et le Bénin.

Méthode

- Entretiens réalisés auprès de 25 mères de **familles** sur les usages et perceptions des médicaments (13 à PP, 12 à BTB)
- Suivi de la consommation de médicaments pendant 3 mois 1/2 auprès de ces familles
- Observations et entretiens auprès de 14 **détaillants** à PP et 3 à BTB
- Observations et entretiens auprès de 3 **cabinets** médicaux à PP et 4 cabinets à BTB
- Observations et entretiens auprès de 6 **semi-grossistes**

- Observations et entretiens dans des **centres de santé** publics (2 à PP et 1 à BTB)
- 3 entretiens avec des **vendeurs informels**
- 3 entretiens avec **des délégués médicaux**
- 15 entretiens avec des **représentants d'organismes étatiques**
- 5 entretiens avec des **compagnies pharmaceutiques** (firmes, importateurs, distributeurs)
- 270 **observations d'achats** à PP, 121 à BTB

Un peu d'histoire

Les premiers médicaments pharmaceutiques ont été introduits au Cambodge pendant la **colonisation française**. Le système pharmaceutique va, jusqu'à la période Khmers rouges, suivre un modèle de distribution inspiré du système français, avec le pharmacien qui est censé encadrer la vente, l'importation et la distribution des médicaments. L'accès aux médicaments est limité aux pharmacies, tenues par des pharmaciens.

Ensuite le pays a sombré dans le régime **Khmers rouges**, un régime communiste radical d'inspiration maoïste basé sur une idéologie de purification du peuple khmer, une utopie agraire visant l'autarcie. Les professions intellectuelles considérées comme impures ont été les premières visées. En 1979, il ne restait plus que 26 pharmaciens dans le pays.

Ensuite pendant la **République du kampuchéa démocratique**, pour pallier au manque de ressources humaines un système de formation rapide a été mis en place pour les pharmaciens (pharmaciens assistants- 4 ans d'étude). Sur le plan politique, il s'agit d'un socialisme d'Etat. Officiellement l'accès aux soins et aux médicaments est limité au secteur public, pas de reconnaissance d'un secteur privé. Cependant, la pénurie de médicament a favorisé le développement d'un secteur privé illégal. Un marché informel important s'est développé dans et autour des marchés, avec des vendeurs non qualifiés qui vendaient dans des paniers des médicaments achetés principalement en Thailande. C'est le début de « l'anarchie pharmaceutique » décrite par Laragh Gollogly (2002).

Royaume du Cambodge : En 1989, l'assemblée nationale a décidé d'entrer dans l'économie de marché. L'intervention des Nations Unies en 1991 est mise en place pour instaurer un retour à la stabilité. C'est l'arrivée de centaines d'institutions internationales. On entre dans une phase de libéralisation de l'économie et du système pharmaceutique, marqué par un système de distribution public et privé, l'essor du secteur privé et une augmentation du volume de médicaments en circulation dont la provenance se diversifie de plus en plus. A partir des années 1990, l'Etat commence à réguler le marché du médicament. Un organe national de régulation est créé en 1994 qui commence à enregistrer les médicaments (l'actuel Drug and Food Department), et la première loi sur les médicaments est promulguée en 1996.

L'automédication ou l'autonomisation du patient par rapport aux prescripteurs

Au Cambodge, les institutions de santé et la littérature scientifique évoquent régulièrement le fort taux d'automédication (Center for Pharmaceutical Management,

2004 ; CDHS, 2014 ; Ministry of Health 2015). Ce n'est pas un phénomène spécifique au Cambodge mais un constat qui se fait partout sur la planète et surtout dans les pays du Sud où les régimes de prise en charge des dépenses de santé sont absents ou peu efficaces (Van der Geest et Whyte 1988, Baxerres 2010).

Généralement, l'automédication, pour les agents de santé publique (au Cambodge et de façon plus générale), renvoie au fait qu'aucune consultation médicale précède l'achat de médicament (absence de contrôle par un prescripteur assermenté, processus d'autonomisation du patient par rapport aux prescripteurs). Le patient se soigne alors par lui-même en ayant recours à sa pharmacie domestique, à des traitements traditionnel ou populaire ou en s'orientant vers des lieux de vente directe de médicaments.

De notre suivi de la consommation des médicaments par les familles étudiées, si l'on s'appuie sur cette définition de l'automédication, il ressort un fort recours à l'automédication, notamment auprès des vendeurs au détail (48% à Phnom Penh et 55% à Battambang).

Différentes raisons :

- les gens peuvent se procurer n'importe quel médicament sans prescription chez les vendeurs au détail
- Le secteur public a mauvaise réputation : attente, absentéisme des médecins, pots de vin. On y a recours pour des problèmes sévères, lorsque l'automédication n'a pas marché, ou pour des maladies spécifiques type VIH ou tuberculose qui bénéficient de programmes de prise en charge atypiques, performants et gratuits.
- Dans le secteur privé, les consultations médicales qui ne débouchent pas sur la délivrance de médicaments (hôpital, clinique) sont perçues comme chères et parfois inutiles (j'y reviendrai ensuite).
- Les médecins traditionnels (*kru boran*) qui soignent avec les plantes jouent un rôle mineur dans la gestion des maux quotidiens. On les consulte pour des problèmes spécifiques (entorse, …) et des symptômes qui n'ont pas toujours d'explications biomédicales.

Nous allons voir que cette approche classique de l'automédication est restrictive (Fainzang 2012) et qu'elle ne permet pas d'étudier le phénomène de façon précise, en tenant compte des réalités du contexte.

L'automédication au niveau des « cabinets-détaillants »

Officiellement, 3 types de lieux de vente sont autorisés à vendre des médicaments, où un professionnel de santé devrait être présent pour contrôler la vente : les pharmacies (licence de pharmacien), les dépots A (licence de pharmacien assistant) et les dépots B (licence de professionnels de santé retraités).

Cependant, notre étude met en évidence d'autres lieux-phares du secteur privé où se pratique l'automédication : les cabinets d'infirmiers et de médecins. On s'aperçoit que ces acteurs, qui sont censés être des prescripteurs, orientent leur activité vers la vente de médicaments comme dans les pharmacies et les dépôts. Dans ces lieux les professionnels

de santé font peu d'auscultations et peu d'ordonnances. Alors qu'officiellement ils sont censés faire payer une consultation, ils font payer les médicaments.

La définition classique de l'automédication ne permet pas de tenir compte de l'automédication qui se pratique dans ces lieux. Il semble nécessaire d'élargir la définition de l'automédication, d'observer les pratiques au niveau des différents lieux de distribution des médicaments et également l'expression de l'autonomie du patient/client par rapport à la prise de médicament en général.

La démarche des patients/clients : automédication ou prescription ?

Si on tient compte du point de vue des patients/consommateurs, on s'aperçoit qu'ils sont moins dans une démarche d'automédication qu'il n'y paraît.

En effet, on s'aperçoit qu'ils ont le sentiment de s'adresser à des professionnels de santé qualifiés qui détiennent une expertise médicale et un savoir pharmaceutique.

Dans la pratique, les rôles des professionnels de santé ne sont pas départagés : le médecin dans son cabinet fait le travail du pharmacien, l'infirmier dans son cabinet fait le travail du médecin et du pharmacien, et dans les lieux de vente officiels (pharmacies, dépôts) les professionnels de santé sont quasiment toujours absents. Des vendeurs non qualifiés assurent une grande partie de la vente des médicaments dans ces lieux et font le travail du pharmacien.

Cependant, ces vendeurs non qualifiés apparaissent aux yeux des patients comme des personnes qualifiées, car ils font souvent partie du réseau socio-familial du propriétaire du lieu de vente, lui-même (la plupart du temps) professionnel de santé. Le propriétaire passe de temps en temps dans le lieu de vente, les vendeurs non qualifiés sont parfois des étudiants dans le secteur de la santé.

Par conséquent, pour le patient/client, tout ces gens sont des « *pet* » (diminutif de *krupet* qui signifie médecin mais qui est utilisé comme terme général pour faire allusion à l'ensemble des professionnels de santé). D'ailleurs, les vendeurs qui distribuent des médicaments dans les différents lieux, bien que non qualifiés, sont souvent appelés « *pet* » par leurs clients.

C'est pour cela que certains professionnels de santé disent avec un peu d'ironie *: « Quand un membre de la famille est* pet *les autres deviennent* pet *aussi »*.

Finalement on comprend mieux pourquoi les Cambodgiens disent souvent « à quoi ça sert d'aller voir le médecin? ». Pour eux, ces lieux font double emploi, ils permettent à la fois de « consulter un professionnel » et d'obtenir des médicaments. Cela traduit finalement peu une démarche d'automédication.

Des achats sur la base de l'exposition des symptômes/maladies/organes

Dans ces différents lieux du secteur privé, lorsqu'on observe les interactions vendeurs/acheteurs, notre étude montre que plus de la moitié des achats chez ces

différents vendeurs de médicaments se font sur la base de l'exposition des symptomes/maladies/organes au vendeur.

Finalement, lorsqu'on parle d'automédication, de quoi parle-t-on ? si plus de la moitié ne décident pas leur traitement !

Si on compare avec d'autres pays du Sud comme le Bénin et le Ghana, comme on le verra à travers les communications de mes collègues, là-bas la plupart des clients décident de leur traitement (environ 70%), on a une situation opposée au Cambodge.

Comment expliquer au Cambodge le fort contrôle de la vente des médicaments par les vendeurs?

Des stratégies de vente limitant l'acquisition de connaissances sur les médicaments

Les médicaments sont très rarement vendus dans leur emballage : ils sont vendus sous forme de « cocktails » ou bien dans leur blister, ce qui limite la possibilité de connaître les noms des médicaments consommés.

Les « cocktails » (*thnam psoam « médicament mélangé »*): il s'agit de 3 à 8 médicaments de couleurs différentes sortis de leur emballage et vendus généralement dans un petit sachet en plastique transparent, préparé pour plusieurs prises. Ils sont perçus par les consommateurs comme très efficaces.

Par ailleurs plus de 90%[1] des médicaments qui circulent au Cambodge sont importés or peu de personnes lisent le français ou l'anglais.

Des efforts sont pourtant effectués pour mieux informer le patient. Officiellement, pour enregistrer un médicament, il faut une notice en khmer. En réalité cela est plus ou moins mis en pratique, et aurait un effet contraire. Lorsque les clients voient une notice en khmer, ils pensent que ce sont des medicaments du Cambodge. Or ils préfèrent souvent les médicaments venant de l'étranger.

= on s'aperçoit que les gens connaissent peu de noms scientifiques ou commerciaux de médicaments (*para, amo, ampi, P, calcium*), ce qui limite le processus d'autonomisation du patient/client.

L'influence des patients/clients sur la durée du traitement

S'ils connaissent peu les médicaments, ils décident la plupart du temps la durée du traitement, pour des raisons économiques mais également en raison de perceptions populaires de la santé et des médicaments, que je n'ai pas le temps de développer dans le cadre de cette communication.

Extrait n°1

Client : Mal à la gorge et bourdonnement dans les oreilles.

Vendeur : Combien de prises ?

1 Drug and Food department (DDF), 2015

Client : 3 prises.

Extrait n°2

Client : Médicament contre la diarrhée. Psoam pour 10 prises.

Le vendeur lui passe des sachets de « cocktails » déjà préparés.

Extrait n°3

Un jeune homme s'approche et dit à la vendeuse de préparer le « cocktail » selon la somme qu'il montre dans ses mains (un billet de 10000R.)

V : Alors, je prépare pour 2 jours, d'accord ?

JH : Avec cette somme, préparez ce que vous pouvez.

La vendeuse prépare le « cocktail » pour 2 jours.

Le non respect de la durée du traitement constitue un des facteurs du développement des résistances. La résistance aux antipaludéens et aux antibiotiques fait partie des problèmes de santé publique prioritaires aujourd'hui au Cambodge.

Les patients/clients ont cependant une influence sur :

- Mode d'administration: *thnam tchak* (injection), *thnam sol* (suppositoire), *thnam lep* (avaler), *thnam leap* (appliquer)

- Forme: *thnam kroip* (comprimé), *thnam teuk* (sirop), *thnam massow* (poudre), *thnam psoam* (cocktail)

- Provenance: *thnam barang*, *thnam thaï*, *thnam yuon*, *thnam indea*, *thnam Koré*.

- Efficacité/qualité: *thnam laor* (bon) *thnam klang* (fort), *thnam sot* (pur), *thnam kleng klay* (faux)

Extrait : « Je tousse et j'ai mal à la tête. Donnez moi des médicament forts pour deux jours »

- Apparence boîte: *Thnam kolab krahom* (medoc rose rouge), *thnam lek pram roy* (numéro 500)

Par ailleurs, on repère une tendance forte, les personnes arrêtent souvent leur traitement dès qu'elles se sentent mieux mais cette tendance n'est pas spécifique au Cambodge.

Conclusion

Cette étude montre l'intérêt de ne pas se limiter à une approche restrictive de l'automédication, l'importance d'ethnographier les différents lieux de distribution des médicaments et les interactions acheteurs/vendeurs. C'est finalement une déconstruction du système de santé dans son ensemble qui permet de rendre compte du sens de l'automédication dans ce contexte précis. En étudiant l'organisation des soins (le contexte structurel, qui est derrière le comptoir, comment sont gérées les pharmacies, etc…) et en décryptant les logiques de chacun, on s'aperçoit que l'automédication est moins forte qu'il n'y paraît : la majeure partie des clients exposent leurs symptômes et pensent s'adresser à des professionnels.

Cela permet de conclure sur le fait que l'utilisation du terme « automédication » peut conduire à faire porter au patient une responsabilité démesurée par rapport à sa santé et à minimiser le rôle des professionnels de santé, des représentants institutionnels, du contexte structurel global : là dans la situation cambodgienne, le contexte fait que les clients ne perçoivent pas de grande différence entre le fait de s'adresser à un médecin dans un cabinet ou à un vendeur non qualifié dans une pharmacie.

Certains usages des médicaments liés aux représentations populaires de la santé et du médicament génèrent certes des risques pour la santé (le fait de décider la durée du traitement, etc.), cependant notre étude montre que pour le moment au Cambodge la vente de médicaments est principalement encadrée par le vendeur. Le problème repose moins sur l'automédication des patients/clients que sur l'organisation générale des soins.

Références

- Baxerres, Carine (2010), 'Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)', (EHESS).
- CDHS (2014), 'Cambodia Demographic Health Survey 2000', (Phnom Penh: Ministry of Health).
- Center for Pharmaceutical Management. 2004. Access to Essential Medicines: Cambodia Survey Data, 2001. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Fainzang, Sylvie (2012). L'automédication ou les mirages de l'autonomie. PUF.
- Geest, Sjaak Van der and Whyte, Susan Reynolds (1988), The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology (Dordrecht: Kluwer).
- Gollogly, Laragh (2002), 'The dilemmas of aid: Cambodia 1992-2002', The Lancet, 360, 793-98.
- Ministry of Health (2015). Malaria elimination action framework 2016 – 2020, Ministry of Health.
- Ovesen, Jan and Trankell, Ing-Britt (2010), Cambodian and their doctors (Uppsala University: NIAS press).

Quand les modes de distribution pharmaceutique influencent les usages des médicaments. Une recherche comparative menée au Bénin, au Ghana et au Cambodge

Carine Baxerres (1), Adolphe Kpatchavi (2), Daniel Arhinful (3), Eve Bureau (4), Jean-Yves Le Hesran (5).

1. IRD, MERIT (IRD – Université Paris Descartes), Cerpage, Bénin
2. Université Abomey Calavi du Bénin
3. Noguchi Memorial Institute for Medical Research du Ghana
4. IRD, MERIT, Cambodge
5. IRD, MERIT, Paris

Dans les pays du Sud, des systèmes pharmaceutiques différents[1], issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés depuis, sont en place. Plusieurs éléments s'avèrent particulièrement importants et influencent la forme que prennent aujourd'hui ces systèmes pharmaceutiques. Ils ont largement trait à l'histoire : le pays colonisateur (sa régulation pharmaceutique), les conflits qui ont éventuellement marqué les pays, la zone d'influence à laquelle ils appartiennent aujourd'hui (langue, monnaie, communauté économique, si on prend le cas du Commonwealth par exemple).

En Afrique de l'Ouest, il existe des différences notoires en matière de législation et de modes de distribution en vigueur dans les pays anglophones, comme le Ghana, et francophones, comme le Bénin. Le Bénin, anciennement colonisé par la France (1894-1960), a hérité du monopole du pharmacien en place en France depuis 1803 (loi germinal) (Aïach, 1994 ; Chauveau, 2005 (a)). A côté des pharmacies, il existe en milieu rural des dépôts pharmaceutiques, qui sont placés sous la supervision de la pharmacie la plus proche (voir schéma 1 ci-dessous). Le Ghana, sous colonisation principalement britannique (1874-1957), reconnait, tout comme le Royaume Uni et les USA, deux licences de distribution, celle des pharmacies tenues par des pharmaciens et celle des *drugstores*, tenus par des commerçants. Au Bénin, la distribution est largement encadrée par l'Etat ; néanmoins à côté des circuits formels, un important marché informel s'est progressivement développé depuis les années 1950, avec une croissance importante dans les années 1980 (Baxerres, 2013). C'est ce qui explique en partie l'incroyable différence numérique qui existe entre les détaillants formels béninois et ghanéens, même si l'on prend en compte la surface et le nombre d'habitants des deux pays (le Ghana représentant presque 2,5 fois le Bénin). Cette différence numérique semble bien comblée au Bénin par

1 Par système pharmaceutique, nous entendons l'ensemble des procédés d'approvisionnement et de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels en cours sur un territoire donné, que ceux-ci aient été mis en place par l'Etat (offre publique), par des acteurs privés ou par des acteurs informels.

les nombreux vendeurs informels, installés en milieu rural comme urbain et qui peuvent être détaillants comme semi-grossistes.

En matière de distribution grossiste, les législations béninoise et ghanéenne sont aussi très différentes. Le Bénin dispose en la matière, mais pour d'autres raisons historiques, d'une législation similaire à celle de la France. Dans ce dernier pays, c'est à partir de la 2ème guerre mondiale et de la mise en place d'un système généralisé de sécurité sociale, que les autorités sanitaires se mettent à encadrer strictement l'activité des grossistes à l'œuvre sur leur territoire (Chauveau, 2005 (b) ; Le Guisquet *et al*, 2001 ; Lanore, 2008). Les grossistes-répartiteurs privés ne peuvent donc au Bénin, comme dans les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest, être aussi détaillants. Ils doivent posséder un assortiment d'au moins les 9/10ème des médicaments effectivement exploités au Bénin. Ils sont, de par ces obligations contraignantes, 5 acteurs à se partager le marché pharmaceutique privé. La législation du Ghana, par contre, plus libérale, tout comme celle en vigueur en la matière au Royaume Uni et aux USA (Cristofari, 2008), laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Les grossistes privés en exercice au Ghana peuvent être à la fois grossiste et détaillant. Ils ne distribuent pas l'intégralité des médicaments autorisés sur le territoire national, certains s'investissent uniquement dans la distribution d'un seul produit ou dans celle des médicaments fabriqués par exemple par une unique firme indienne ou allemande. C'est ce qui explique notamment leur nombre très élevé. Les grossistes privés au Ghana peuvent tout à fait faire la promotion des médicaments qu'ils distribuent, au contraire de leurs homologues béninois. Enfin, autre différence de poids, le prix des médicaments est librement fixé par le marché au Ghana, alors qu'il l'est par les autorités publiques au Bénin. La législation ghanéenne largement plus libérale minimise ainsi semble-t-il les pratiques de vente informelles de médicaments, qui n'ont aucune commune mesure avec celles en cours dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

Bénin (9,9 millions d'hab, 112 622 km^2)
- le monopole du pharmacien prévaut
- 243 pharmacies d'officine
- 179 dépôts pharmaceutiques en milieu rural
- nombreux vendeurs informels
- 1 grossiste semi-public
- 5 grossistes-répartiteurs privés
- les grossistes doivent distribuer les 9/10ème des produits autorisés dans le pays. Ils ne peuvent faire la promotion des médicaments

Ghana (24 millions d'hab, 239 460 km^2)
- pas de monopole du pharmacien
- 2175 pharmacies d'officine
- 10 324 OTC medicines sellers (drugstores)
- très peu de vendeurs informels
- 1 grossiste public
- 242 grossistes privés
- 398 grossistes privés qui sont aussi détaillants
- les grossistes peuvent distribuer les produits d'une seule firme s'ils le veulent. Ils font la promotion des médicaments

Schéma 1 : récapitulatif des informations concernant la distribution pharmaceutique au Bénin et au Ghana

Au-delà du marché global du médicament, notre programme de recherche a pour objectif spécifique de s'intéresser aux CTA, traitement actuellement recommandé contre le paludisme[2]. En raison de l'émergence de résistances à ces médicaments en Asie du Sud-est, nous sommes allés étudier la situation en cours au Cambodge afin de comparer le marché du médicament de ce pays avec celui du Bénin et celui du Ghana. En termes de population et de surface, le Cambodge se situe approximativement entre les deux autres pays considérés. C'est aussi, sous certains aspects, le cas de son système pharmaceutique (voir schéma 2 ci-dessous). Le Cambodge a été colonisé par la France (1863-1953) et sur le plan pharmaceutique, il a hérité, tout comme le Bénin, du monopole du pharmacien. La pharmacie est donc l'acteur majeur de la distribution pharmaceutique (Taing Youk, 2006). Néanmoins en raison des vicissitudes de l'histoire, suite au régime des Khmers Rouges (1975-79) et à la quasi disparition intégrale des pharmaciens, les autorités ont autorisé la distribution par d'autres acteurs pharmaceutiques ou biomédicaux (des pharmaciens assistants, des médecins, des sages-femmes et des infirmiers à la retraite). Par contre en matière de distribution grossiste, le système pharmaceutique cambodgien semble répondre plus fortement que le Bénin aux règles d'une distribution libérale, tout comme nous l'avons vu au Ghana. Les sociétés privées d'import-export sont nombreuses. Elles ne sont pas tenues de distribuer l'ensemble des médicaments autorisés dans le pays. Le prix des médicaments est également au Cambodge, tout comme au Ghana, librement fixé par le marché. Lors de la période de libéralisation de l'économie cambodgienne, à partir de 1989, suite au régime Khmers rouges et à la République Populaire du Kampuchéa (occupation vietnamienne), les autorités ont donc apparemment laissé volontairement le libéralisme s'exprimer dans le champ de la distribution grossiste. Mais parallèlement, elles ont renforcé leur rôle de régulation et, depuis le début des années 2010, sous leur contrôle, le nombre de détaillants informels, auparavant très important (Taing Youk, 2006), tout comme au Bénin, s'est considérablement réduit.

Cambodge (15 millions d'hab et 181 035 km^2)

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

Schéma 2 : récapitulatif des informations concernant la distribution pharmaceutique au Cambodge

A travers cette communication, nous souhaitons interroger les conséquences de ces

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 » (2014-2018), financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (UMR Merit), 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'Université des sciences de la santé du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des étudiants.

différences de législation et de modes de distribution sur les usages que les individus, dans ces trois pays, font des médicaments. Une étude antérieure que nous avons menée à l'échelle d'une ville, Cotonou au Bénin, mettait en évidence l'influence des modes de distribution sur les pratiques de consommation (Baxerres, 2013). L'omniprésence des médicaments à travers l'activité de détaillants à la fois publics, privés et informels, qui distribuaient des médicaments bien souvent sans la présentation d'une ordonnance et pour l'ensemble desquels le phénomène de la marchandisation du médicament[3] pouvait être souligné, tendait à faire augmenter la consommation pharmaceutique et à la sortir du cadre des recommandations biomédicales. On se demande à présent ce qu'il en est si l'on compare des pays dont les systèmes pharmaceutiques sont si différents que ceux qui ont été présentés précédemment. Dans le cadre de ce colloque, on souhaite notamment particulièrement explorer les conséquences de ces systèmes sur les pratiques d'automédication.

Pour répondre à ces questions, nous conduisons dans ces trois pays depuis l'année 2014 des études principalement qualitatives. Des ethnographies de longue durée (entre 4 et 6 mois, soit entre 120 et 192 heures d'observation par lieu) sont réalisées auprès de vendeurs détaillants et grossistes, publics, privés et informels, qu'ils soient principalement dédiés à la distribution (pharmacies, dépôts pharmaceutiques, *drugstores*, vendeurs informels, grossistes) ou à la délivrance de soins (centres de santé publics, privés, agents de santé informels). Durant celles-ci certaines informations, tenant au client (âge, sexe, mode d'achat, c'est à dire en demandant spontanément le(s) médicament(s) voulu(s), en demandant conseils ou en présentant une ordonnance) ainsi qu'aux produits achetés (nom, quantité, prix), ont été collectées systématiquement. Ces ethnographies ont été enrichies de nombreux entretiens libres et semi-directifs menés auprès de patients/clients, de vendeurs, de pharmaciens, d'assistants en pharmacie, de professionnels de santé, de représentants pharmaceutiques, etc. Nous avons également mené des entretiens auprès de 30 familles au Bénin et au Ghana et de 25 familles au Cambodge, la moitié vivant en milieu rural et l'autre moitié en milieu urbain dans les 3 pays. Puis, nous avons suivi la consommation pharmaceutique de chacun de leurs membres pendant 4 à 8 mois.

1) Système pharmaceutique et Automédication

La question de l'automédication ne se pose pas de la même manière dans les 3 pays considérés. Si nos résultats montrent que le Bénin et le Ghana sont tout à fait comparables en la matière, nous allons y revenir, le Cambodge présente une situation tout à fait spécifique, qui souligne encore le poids de l'histoire sur les modes et pratiques de distribution pharmaceutique dans les pays. En effet, comme Eve Bureau le souligne dans la communication qu'elle présente à ce colloque et qui porte exclusivement sur le Cambodge, contrairement à ce qui est généralement mis en avant par les acteurs de santé publique dans ce pays, l'automédication n'est pas la pratique majoritaire de consommation pharmaceutique. Ceci est d'autant plus vrai si l'on définit l'automédication du point de vue de l'individu, c'est-à-dire lorsqu'il consomme des médicaments de son propre chef, qu'il aura acheté en spécifiant lui-même au vendeur le nom du produit qu'il veut. Au Cambodge, dans plus de la moitié des cas, les personnes demandent au vendeur en face duquel elles

3 Par marchandisation du médicament, nous entendons le processus par lequel la valeur marchande du médicament prend le pas sur sa valeur thérapeutique (Baxerres, 2014).

sont lorsqu'elles se présentent dans les pharmacies, dépôts pharmaceutiques ou cabinets privés, des conseils sur le traitement qu'elles doivent utiliser face à un problème de santé donné, que ce vendeur soit sans compétence acquise par le biais d'une formation ou professionnel de la pharmacie ou de la biomédecine (ce qui est plus rare). Les marques de l'histoire (retombées collatérales de la guerre du Vietnam, coup d'Etat militaire en 1970, régime Khmers Rouges, occupation vietnamienne, etc.) sont extrêmement présentes au Cambodge, elles ont fragilisé le pays et ses habitants et dans le domaine du médicament, il semblerait qu'elles aient contribué à maintenir une dépendance des individus vis-à-vis des professionnels de santé. Les cambodgiens ont finalement développé assez peu de connaissances sur le médicament pharmaceutique, ce que les stratégies actuelles des distributeurs de médicaments contribuent à entretenir, comme l'a souligné Eve Bureau à travers notamment la pratique des « cocktails ».

La situation est bien différente au Bénin et au Ghana où malgré les différences de régulation et de mode de distribution présentées précédemment, l'automédication est largement majoritaire dans les deux pays et se produit dans des proportions tout à fait comparables. Suivant les lieux considérés – pharmacies ou *drugstores* au Ghana, pharmacies, dépôts pharmaceutiques ou vendeurs informels au Bénin – de 65 à 82 % des achats de médicaments se font, en milieu urbain comme rural, alors que le client demande spontanément au vendeur le ou les produits qu'il souhaite acheter[4] (voir schéma 3 ci-dessous).

Modes d'achat	**Pharmacie urbaine**	**Pharmacie rurale**	**Vendeur informel rural**	**Pharmacie urbaine**	**Drugstore urbain**	**Drugstore rural**
Demande spontanée	73 %	65 %	70 %	70 %	82,5 %	78 %
Ordonnance	20 %	30 %	0 %	9 %	0 %	1,5 %
Demande de conseils	7 %	5 %	30 %	21 %	17,5 %	20,5 %

Schéma 3 : modalités d'achat des médicaments dans les lieux « classiques » de la distribution pharmaceutique au Bénin (en vert) et au Ghana (en orange)

L'automédication est logiquement d'autant plus forte que l'on se concentre sur les produits utilisés dans le traitement des maux perçus comme courants et quotidiens par les individus. On retrouve ainsi globalement les mêmes classes thérapeutiques comme objet de cette automédication au Bénin et au Ghana, qu'elles que soient les différences de système mises en évidence précédemment : les analgésiques, les anti-inflammatoires, les

4 La différence entre le Bénin et le Ghana se situe au niveau de ce que l'on peut appeler dans une acception large la « prescription ». Dans ces lieux de distribution pharmaceutique privés, des conseils sont plus fortement demandés aux vendeurs au Ghana, alors qu'au Bénin et dans des proportions à peu près comparables (autour de 20 % des ventes), ce sont des ordonnances qui sont présentées. Exception faite des vendeurs informels en milieu rural béninois auxquels ne sont pas présentées d'ordonnance et auxquels des conseils sont demandés dans des proportions relativement comparables à celles du Ghana. Il convient alors bien sûr de s'intéresser à la formation et aux compétences de ces vendeurs formels, comme informels, au Bénin et au Ghana. L'hypothèse que nous faisons pour l'instant face à ce constat, réside dans le fait que les centres de santé publics comme privés vendent une plus grande variété de médicaments au Ghana qu'au Bénin et que les patients n'ont pas dans ce premier pays à aller acheter des médicaments ailleurs avec une prescription.

antiparasitaires, les antibiotiques, les vitamines[5]. Et l'on rejoint ainsi la situation du Cambodge où ce sont globalement ces mêmes classes thérapeutiques qui sont les plus consommées, à l'exception des antiparasitaires. Dans ce contexte, il est bien évidemment important de se poser la question des stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques qui produisent ces classes thérapeutiques et qui promeuvent d'une manière ou d'une autre l'automédication, notamment fortement à travers la publicité affichée et véhiculée par les médias dans le cas du Ghana. L'automédication représente un marché que les producteurs et distributeurs choisissent d'investir plus ou moins fortement, en fonction des consommateurs et des politiques publiques de santé.

Face à cette question de l'automédication, un autre aspect très important à prendre en compte est celui du système de prise en charge des dépenses de santé. On l'a vu précédemment, en France c'est au moment de la généralisation du système de sécurité sociale que la régulation en matière de distribution grossiste s'est resserrée. Logiquement lorsque les consultations biomédicales sont prises en charge et que les médicaments prescrits sont remboursés, l'automédication diminue, comme c'était le cas en France jusqu'aux années 1990 (Buclin *et al*, 2001), il devrait en être question durant ce colloque. Dans les 3 pays considérés ici, la prise en charge de la santé n'a pas d'emprise sur l'automédication puisqu'elle est globalement très limitée. Seul le Ghana dispose depuis plusieurs années d'un système généralisé qui commencerait à avoir un impact sur les choix de santé des individus. Cependant nous ne l'avons pas encore perçu clairement à travers nos données. Nous approfondirons ultérieurement cette question.

2) Systèmes pharmaceutiques et politiques publiques de santé

Les différences entre les systèmes pharmaceutiques mises en évidence au début de cette communication n'apparaissent pas, contrairement à ce qu'on attendait, avoir un poids important sur les pratiques globales d'automédication. Dans le cas du Cambodge, on l'a vu, c'est plus l'histoire que la forme du système qui a un impact majeur.

Toutefois, si l'on retient une catégorie de médicaments qui fait l'objet de politiques publiques de santé fortes, comme les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artemisinine actuellement recommandées en première intention contre le paludisme, les différences présentées précédemment entre les systèmes pharmaceutiques des pays apparaissent avoir une influence notable sur l'automédication.

En effet, le système pharmaceutique du Bénin, dans lequel les distributions publiques et privées sont clairement dissociées, génère le fait que les CTA subventionnées, peu chères, ne sont distribuées que par le biais du grossiste public et des centres de santé publics[6]. Elles ne sont pas disponibles dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques, ni

5 Il semble y avoir néanmoins quelques différences entre le Bénin et le Ghana, les antibiotiques étant plus consommés au Ghana qu'au Bénin où ce sont les antiparasitaires qui le sont plus. Les analgésiques sont plus consommées que les anti-inflammatoires au Bénin alors que c'est l'inverse au Ghana. Une communication présentée dans le cadre du colloque porte précisément sur ces questions.

6 Il apparait de plus que dans les centres de santé publics du Bénin, les CTA ne sont pas vendus sur demande spontanée comme c'est le cas d'autres médicaments. Le fait que ces produits soient inclus dans un programme de santé publique disposant de financements d'acteurs transnationaux (Fonds Mondial, PMI USAID) génère un contrôle de leur dispensation beaucoup plus fort que pour d'autres médicaments.

même auprès des centres de santé privés. Elles ne font pas l'objet de promotion de la part des grossistes, les prescripteurs privés ne sont pas « sensibilisés » par les producteurs à leur utilisation. Au Ghana, par contre, les acteurs de la distribution privée, notamment les grossistes, ont un poids considérable et les secteurs public et privé sont fortement entremêlés. Les CTA subventionnées, peu chères, sont disponibles à travers les nombreux grossistes privés et l'ensemble des détaillants privés ; les pharmacies mais aussi les très nombreux drugstores. Il en ressort que les populations béninoises ne se sont que peu approprié les CTA qu'elles consomment peu en automédication. Pour prévenir ou traiter ce qu'elles pensent être un paludisme, elles utilisent d'autres médicaments (autres antipaludiques ou autres classes thérapeutiques, comme des anti-inflammatoires, des analgésiques ou des antibiotiques). Les ghanéens, par contre, connaissent très bien ces médicaments qui font l'objet de réappropriations et avec lesquels ils s'automédiquent fortement (à bon ou à mauvais escient).

La situation au Cambodge est encore différente et très spécifique. En effet, c'est dans ce pays que des résistances aux artémisinines, comme avant cela aux principaux antipaludiques (chloroquine, sulfadoxyne-pyriméthamine, méfloquine), ont été pour la 1ère fois mises en évidence dans le courant des années 2000 (Dondorp *et al.* 2009; Phyo et al. 2012). De ce fait, la distribution des CTA répond à des politiques publiques strictes qui varient selon les régions du pays et le fait que des résistances y soient plus ou moins développées. La distribution de ces médicaments est ainsi très encadrée dans les zones de résistance, où elle passe principalement par le secteur public, mais aussi dans les zones de faible ou d'absence de résistance où elle passe également par le secteur privé[7]. Peu de pratiques d'automédications peuvent dans ces conditions se développer avec des CTA au Cambodge.

Les différences de systèmes pharmaceutiques déteignent très fortement sur les politiques publiques de santé des pays. Elles ont un impact fort sur la distribution et par là également sur les pratiques de consommation des médicaments. Si l'on considère le cas des CTA au Bénin et au Ghana, ces différences apparaissent si fortes qu'elles impactent même le secteur pharmaceutique informel. En effet les CTA subventionnées très largement distribuées au Ghana franchissent de manière informelle les frontières et se retrouvent dans les marchés du médicament du Bénin. Mais malgré leur présence, le fait qu'elles ne soient pas promues par les grossistes, par les détaillants ni par les prescripteurs du secteur privé, entraine qu'elles sont également peu demandées par les individus. Le système pharmaceutique formel et les politiques de santé publiques influencent ainsi également le fonctionnement du marché informel, pourtant considéré comme totalement dérégulé.

Conclusion

Politiques pharmaceutiques publiques, régulation de la distribution, prescription biomédicale et usages du médicament se révèlent ainsi intrinsèquement liés.

L'automédication, au-delà des pratiques individuelles, s'avère être façonnée par ces éléments systémiques qui se jouent au niveau macro social.

7 Bien que la distribution des CTA soit très encadrée au Cambodge, il existe quand même des détournements de ces médicaments du public vers le privé ainsi que vers l'informel (Res, 2015).

Politiques publiques et stratégies commerciales des acteurs pharmaceutiques, qu'ils soient producteurs comme distributeurs, s'avèrent être des éléments clefs pour comprendre les pratiques d'automédication des individus.

Références

- Aïach Pierre, 1994, Une profession conflictuelle : la pharmacie d'officine, In : Aïach Pierre, Fassin Didier (Eds), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, p. 309-338.
- Baxerres Carine, 2014, La marchandisation du médicament au Bénin. Illustration locale d'un phénomène global. *Le journal des anthropologues*, 138-139, p. 113-136.
- Baxerres Carine, 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- Buclin Thierry, Ammon Catherine (Eds), 2001, *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*, Genève, Editions Médecine et Hygiène.
- Chauveau Sophie, 2005 (a), Le statut légal du médicament en France, 19ème - 20ème siècles, In : Bonah Christian, Rasmussen Anne (Eds), *Histoire et médicament aux 19ème et 20ème siècles*, Paris, Editions Glyphe, p. 87-113.
- Chauveau Sophie, 2005 (b), Marché et publicité des médicaments, In : Bonah Christian, Rasmussen Anne (Eds), *Histoire et médicament aux 19ème et 20ème siècles*, Paris, Editions Glyphe, p. 189-213.
- Cristofari Jean-Jacques, 2008, Distribution pharmaceutique. Où va l'Europe ?, *Pharmaceutiques*, p. 34-35.
- Dondorp A.M., Nosten F., Yi P., Das D., Phyo A.P., Tarning J., Lwin K.M., Ariey F., Hanpithakpong W., Lee S.J., Ringwald P., Silamut K., Imwong M., Chotivanich K., Lim P., Herdman T., An S.S., Yeung S., Singhasivanon P., Day N.P., Lindegardh N., Socheat D., White N.J., 2009, Artemisinin Resistance in *Plasmodium falciparum* Malaria, *New England Journal of Medicine*, 361, p. 455-467.
- Lanore Hélène, 2008, *Dans un contexte de regroupement d'établissements de répartition pharmaceutique, comment répondre aux attentes des clients tout en tenant compte des contraintes économiques auxquelles est soumis le secteur ?*, Thèse d'Etat de pharmacie, UFR des Sciences Pharmaceutiques de Tours, Université François Rabelais.
- Le Guisquet Olivier, Lorenzi Jean, 2001, *La distribution pharmaceutique en France*, Paris, Elsevier.
- Res Phasy, 2015, *Understanding Anti-Malaria Medicines Circulation in Cambodia Through a Socio-Anthropological Approach*, Communication seminar SOREMA 27-28 february 2015, Phnom Penh.
- Phyo A.P., Nkhoma S., Stepniewska K., Ashley E.A., Nair S., McGready R., ler Moo

C., Al-Saai S., Dondorp A.M., Lwin K.M., Singhasivanon P., Day N.P., White N.J., Anderson T.J., Nosten F., 2012. Emergence of artemisinin-resistant malaria on the western border of Thailand: a longitudinal study, *The Lancet*, 379(9830), p. 1960-1966.

- Taing Youk Lin, 2006, *Anti-retroviral drug circulation in private sector in Cambodia (2004-2006)*, Rapport de recherche, Programme « extension de l'introduction des ARV au Cambodge : perception, mise en œuvre, obstacles, impacts » coordonné par Frédéric Bourdier (IRD) et financé par Sidaction.

Self-medication in Russia today: Social Practices and Health Risks

Natalia Lebedeva-Nesevria (1, 2), Anastasiya Barg (1)

Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies (FBSI "FSC MPHRMT") – Russia
Perm State University – Russia

Introduction

People in most of modern countries are getting involved into "do-it-yourself medicine" (Grigoryan *et al.*, 2006; Koushede *et al.*, 2010; Montastruc *et al.*, 2016), which implies a range of practices such as: self-prevention (including healthy lifestyle), self-diagnosis (based on past personal or family experience, the Internet, and books), self-treatment (drugs, dietary supplements, and different alternative medical practices), and self-rehabilitation (adaptive workout or self-massage). Self-prevention and self-rehabilitation practices which are used to maintain or restore good health are considered positive practices (Oganov, Maslennikova, 2007; Arena *et al.*, 2015), but the attitude toward self-diagnosis and self-treatment within scientific, political, or social spheres is murky. For example, the RF Ministry of Health and Rospotrebnadzor – the government agencies that develop the state health policy provide for sanitary and epidemiological wellbeing, ensure the circulation of pharmaceutical products, implement health promotion programs – encourage Russian citizens to forgo self-medication in favor of visiting a healthcare facility when symptoms arise (Vesti.ru, 2009; Interfax, 2016; TASS, 2016). Russian researchers also tend to criticize self-medication in their scientific papers (Strachunsky, Andreeva, 2004; Sukhova, Sukhov, 2005).

The reason for such a negative attitude by officials and researchers towards self-treatment in Russia is that the actual practice of self-diagnosis and self-medication goes beyond guidelines given by the World Health Organization, the International Pharmaceutical Federation, and the World Self-Medication Industry. The WSMI defines self-medication as: "one's individual decision to treat common health problems with the medicine especially designed and labeled for use without medical supervision and approved as safe and effective for such use" (WSMI). In actual practice, self-treatment includes not only taking over-the-counter medicine, but also prescription medicine abuse, home remedies, supplements, etc. (Andreeva, 2007; Krylova, Kupaev, 2012; Shilova, 2014).

Methods

The data was collected from national surveys conducted by the Public Opinion Foundation to explore self-medication behavior among Russians. Each survey sample was representative of the general Russian population aged 18 and older. Multi-stage, stratified, territorial random sampling was used. The margin of error was ±3.6%. The selected research methods included face-to-face interviews at the places of residence of the respondents. Each survey was conducted among 1500 respondents from 1) 100 settlements of the 44 Russian regions in September 2008 (FOM, 2008); 2) 100 settlements of 43 regions in May 2012 (FOM, 2012); 3) 100 settlements of 43 regions in February 2014 (FOM, 2014); 4) 100 settlements of 43 regions in July 2015 (FOM, 2015). Also, the results of 2015 Russian Longitudinal Monitoring Survey – HSE were used (10,435 adult respondents aged 18+) (RLMS-HSE, 2015).

Results and discussion

About half of Russians prefer self-treatment versus visiting a doctor. The number of respondents who answered *"I attend doctors only in extreme cases"* during nationwide surveys didn't change significantly from 2008 (52%) to 2015 (46%), despite various federal and regional programs and national health care reform.

There is no difference between men and women in a preferred type of treatment (independently or in a hospital) – 45% of men and 47% of women are not willing to see a doctor in case of disease (2015). Self-medication is typical of all age groups: 46% in group aged 18–30, 48% in group aged 31–45, 45% in group aged 46–60, and the same in group aged60 or older see a doctor only in extreme cases (2015). The only significant factor that affects the predisposition to self-medicate was the type of settlement. Residents of small towns and villages, as shown in a 2015 survey, are more willing to visit a doctor when feeling ill (Table 1).

The results of a 2015 Russian Longitudinal Monitoring Survey – HSE confirm a high rate of self-medication in Russia: 6% of the respondents that experienced health issues in the last 30 days (30% of the sample) "*did not consult with a healthcare professional but resorted to self-medication instead*". This response was selected by 63% of women and 58% of men. Among those respondents who were feeling "a little unwell"[1] (11% of the respondents) rather than "very ill", 91% preferred not to visit a doctor.

1 In the course of the survey, a minor illness included "headaches, sour throat, toothache, running nose, indigestion, fever, burn, minor injury or scratch".

Table 1: Characteristics of respondents who prefer self-medication in case of an illness (%)

	2012	2014	2015
Sex			
Male	58	50	45
Female	53	53	47
Age			
18–30	55	48	46
31–45	58	56	48
46–60	58	54	45
≥ 61 years	51	47	45
Education			
Secondary school	56	51	48
Vocational secondary school	57	52	44
University degree	50	52	46
Type of settlement			
Moscow	58	55	55
Cities with 1 million or more inhabitants	55	47	47
Cities with 250,000 – 1 million inhabitants	52	55	49
Cities with 50,000 – 250,000 inhabitants	59	54	55
Towns with less than 50,000 inhabitants	63	58	39
Villages	49	44	38

Half (51%) of those respondents who preferred self-medication used drugs, 31% used drugs and home remedies[2], and 14% use home remedies only.

Considering that Russians have a tendency to use medication when sick, it is important to understand what drives people to self-medicate (Table 2). The main driving factor is personal experience (60% of respondents 2008, and 69% in 2014).

Previous doctor's recommendations and advice by friends and relatives were equally popular among the respondents (42% of the respondents in 2014 and 37% of the respondents in 2014 respectively). At the same time, 33% of the respondents gave medical advice to friends and relatives themselves. Those who rely on the pharmacist's recommendation to self-medicate went up to 28% from 21% between 2008 and 2014.

Despite the high rate of self-medication among Russians, there is no clear-cut attitude towards the "rightness" of this practice. For example, 46% of the respondents that visit a healthcare professional only as a last resort believe that they are "doing wrong", and 28% do not have a definite answer to this question[3] (2014). The number of people who approve of self-medication (select the answer "self-medication is the right thing") did not change from 2008 to 2014 and totaled 19% in 2008, and 18% in 2015.

2 Home remedies in this survey were understood as an opposite to the official biomedicine using drugs. On the other hand, home remedies do not include alternative medicine (herbal practices, homeopaths, extrasensory). The level of trust to alternative medicine in Russia is very low (4%), and 81% of respondents have no experience in using it (2015).

3 The question is: "In your opinion, are those who use self-treatment and go to the doctor only as a last resort doing the right thing?", response options: "They are doing the right thing", "They are doing the wrong thing", "Do not know".

Table 2: Sources of information on self-medication (three answers or less)[4]

	2008	2014
Own experience	60	69
Doctor's recommendations in the past	46	42
Advice by friends or relatives	41	37
Pharmacist's recommendations	21	28
Information from the medical reference books	6	8
Doctor's advice in mass media[5]	9	7
Recommendations by traditional healers	10	4
Advice by traditional healers in mass media	9	4
Medical commercials	3	3
Other	1	1
None of the above	0	1
Difficult to answer	1	1

The reasons that push people towards self-medication can be divided into several groups. The first reason is inefficient medical services in government healthcare facilities. Complaints include: long lines, the need to schedule a specialized appointment long in advance, and lengthy distances to the clinic. These factors were selected as the main reasons for self-medication by 32% in 2008 and 30% in 2015[6]. The second group of reasons includes mistrust of governmental healthcare facilities, and medical personnel credentials. This reason was selected by 30% of the respondents in 2008 and 21% in 2015.[7] The third group of reasons includes the lack of objective reasons for a clinic visit. These people consider themselves healthy and believe that they do not have a serious illness; they are confident that minor illnesses can be treated themselves without a doctor's help or rely on recommendations or treatments used in the past.

This reason for self-medication was selected by 13% of the respondents in 2008, and 24% in 2015. The fourth group of reasons includes the convenience of self-medication, and less time wasted and emotional ups and downs as compared with a doctor's visit. This reason was selected by 8% of the respondents in 2008, and 13% in 2015.

Responsible self-medication today is becoming more common, which helps improve the healthcare system overall and increase personal responsibility for one's own health. We believe that responsible self-medication is a prospective approach, but at the same time, it

4 The question was not asked to the respondents that *"never feel ill"* or *"never practice self-treatment"*.

5 The number of respondents who use doctor's recommendations in the media is low:, 6% in 2008 and 5% in 2014. According to TNS, the survey of the TV Index in April 2012 showed that top-10 non-scientific TV programs include 3 shows about health and medicine – "Zhit Zdorovo" (Living healthy) (15% of the audience, 3rd place), "O Samom Glavnom" (About the most important things) (14.2% of the audience, 5th place), and "Meditsinskie Tainy" (Medical Mysteries) (8% of the audience; 9th place). In January-February 2014, top 10 included 2 shows about health and medicine: "O Samom Glavnom" (About the most important things) (14,8%, 6th place) and "Zhit Zdorovo" (Living healthy) (12,6%, 8th place) (TNS).

6 The data in % of those who prefer self-treatment (52% of the sample population in 2008 and 46% in 2015).

7 A general assessment of the quality of medical services in the place of living is rather low: 48% said that in their town (village, settlement) "it is difficult to receive quality medical services" (2015) (FOM, 2015).

is necessary to emphasize the risks associated with it in Russia.

Russians resort to self-medication not only to treat minor illnesses, but also to deal with serious health issues (Kulik *et al.*, 2011). However the level of medical literacy of the general population is rather low[8], which results in incorrect treatment and untreated illnesses. For example, due to delayed medical exams, 46% of cancer cases (all types) in Russia in 2014 were diagnosed in their third and fourth stages (Kaprin *et al.*, 2015).

Russians typically use pharmaceuticals in self-treatment including over-the counter drugs and prescription-based drugs that they prescribe to themselves without consulting a healthcare professional (Strachunsky, Andreeva, 2004). This happens, first of all, because the population is generally ill-informed about the risks associated with unsupervised medication (e.g., antibiotics), and, secondly, because Russian pharmacies break the law by selling prescription-based drugs without a prescription. Another reason is that Russian doctors avoid writing prescriptions to save time, and there is also a conflict of business interest between doctors and pharmaceutical companies.

The prevalence of self-medication in Russia is not a result of an increased interest in personal health. Rather, it has more to do with the poor state of the Russian healthcare system that fosters patients' mistrust of the doctors and medical systems (Aronson, 2006).

Conclusions

Today self-medication in Russia is not a safe practice. It brings about the following health risks due to a lack of awareness: a) incorrect self-diagnosis, b) late detection of a serious disease, c) incorrect order of treatment, d) low compliance to pharmacological treatment (for example, people stop the medication too soon), e) self-medicated patients neglect to mention dangerous side effects of drugs and the consequences of their combination.

It is impossible to improve health literacy of ordinary people without a help of professionals. It means that the primary goal in development of self-care and self-medication in Russia is to increase the level of trust in official health care system.

References

- About self-medication and advertising of medicines. Available at: http://fom.ru/obshchestvo/10489
- ANDREEVA I.V., 2007, Samolechenie – TERRA INCOGNITA lekarstvennoj terapii [Self-medication –TERRA INCOGNITA of drug therapy]. *Clinical pharmacology and therapy*. No 1.
- ARENA R., LAVIE, CJ, CAHALIN, LP, BRIGGS, PB, GUIZILINI, S., DAUGHERTY,

8 The results of a survey conducted in the acute intestinal infection ward of a Kazan hospital showed that 69 out of 100 surveyed patents practiced self-treatment before the hospital; however only 24 patients used oral rehydration recommended by the WHO as the priority treatment for such disorders (Minapov *et al.*, 2014).

J., CHAN, W-M, BORGHI-SILVA, A., 2015, Transforming cardiac rehabilitation into broad-based healthy lifestyle programs to combat noncommunicable disease. Expert Review of Cardiovascular Therapy. Vol. 14(1), p. 1-14.

- ARONSON, P., 2006, Utrata institucional'nogo doverija v rossijskom zdravoohranenii [Lack of Institutional Trust in Russian Healthcare]. *The Journal of Sociology and Social Anthropology*. Vol. 9, no 2, p. 120-131.
- Glava Rospotrebnadzora ne rekomenduet zanimat'sja samolecheniem grippa [The head of Rospotrebnadzor does not recommend self-medicate flu]. Available at: http://tass.ru/obschestvo/2596663
- GRIGORYAN, L., HAAIJER-RUSKAMP, F.M., BURGERHOF, J.G.M., MECHTLER, R., DESCHEPPER, R., TAMBIC-ANDRASEVIC, A., et al., 2006, Antimicrobial drug self-medication, general population. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2006 Mar. http://dx.doi.org/10.3201/eid1203.050992
- Health care: sociological bulletin. Available at: http://bd.fom.ru/pdf/d28zd15.pdf
- How to be treated batter? Available at: http://fom.ru/Zdorove-i-sport/11379
- KAPRIN, A.D., et al. (ed.), 2015, State of oncologic aid to the population of Russia in 2014. Moscow.
- KOUSHEDE, V., HOLSTEIN, B.E., ANDERSEN, A., EKHOLM, O., HANSEN, E.H., 2010, Use of over-the-counter analgesics and perceived stress among 25-44-year olds. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Vol. 19, p. 351-357.
- KRYLOVA, I.A., KUPAEV, V.I. The typical portrait of a self-medicating patient. . *Remedium Journal* Vol. 5
- KULIK, V., KOVALEVA, T., KONDRASHKOV, N., 2011, Research of a problem of self-treatment children's sharp respiratory diseases. *Social aspects of population health*. No 6.
- MINAPOV, L.N., KRAVCHENKO, I.E., EGOROVA, S.N., TAIROVA, G.A., 2014, Evaluation of subjective indices of self-treatmet of patients of acute intestinal infections department. *Medical Almanac*. No 4(34), p. 77-80.
- MONTASTRUC, JL, BONDON-GUITTON, E., ABADIE, D., LACROIX, I., BERRENI, A., PUGNET, G., DURRIEU, G., et al., 2016, Pharmacovigilance : risques et effets indésirables de l'automédication. *Thérapie*. Vol. 71, Iss. 2, p. 249-255
- OGANOV, R.G., MASLENNIKOVA, G.Ya., 2007, Demographic situation and cardiovascular disease in Russia: problem scope and possible solutions. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. No 8. p. 7-14.
- People misuse antibiotics. Available at: http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0663/mir01.php
- Prevalence of self-medication. Available at: http://bd.fom.ru/report/map/d083723
- Razgovor s Prezidentom Rossii [Talk to the President of Russia]. Available at: http://www.vesti.ru/doc.html?id=285138
- Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE, conducted by National Research University "Higher School of Economics" and ZAO "Demoscope" together with Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill and the Institute of Sociology RAS. Available at:

http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms-hse.

- SHILOVA, L., 2014, Practice of self-treatment of the Russian population. Cultural Heritage of Russia. No 5, p. 61-65.
- STRACHUNSKY, L.S., ANDREEVA, I.V., 2004, Self-medication of antibiotic in Russia. *Remedium Journal*. No 12.
- SUKHOVA, E.V., SUKHOV, K.M., 2005, Analysis of causes of late diagnosis of lung tuberculosis. *Pulmonology*. No2, p. 89-91.
- TNS Russia. Available at: http://www.tns-global.ru/services/media/media-audience/tv/national-and-regional/audience/
- Tret' rossijan sdelali privivki ot grippa [A third of Russians were vaccinated against the flu]. Available at: http://www.interfax.ru/russia/491320
- What is Self-Medication? Available at: http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-medication/

Comment les Français soignent-ils leur rhume ? Une enquête auprès de trois bassins de population.

Léa Charton (1), Juliette Chambe (2), Jean-Christophe Weber (3)

(1) Faculté de médecine de Strasbourg, médecin généraliste
(2) MCU faculté de médecine de Strasbourg, médecin généraliste
(3) Professeur des universités – Praticien hospitalier (PUPH) de la faculté de médecine de Strasbourg ; Responsable de service dans le service de Médecine interne du CHU de Strasbourg.

Introduction

Le rhume est la principale cause de consultation en hiver, en médecine générale et en pédiatrie, dans tous les pays d'Europe et aux Etats-Unis (1,2). C'est une maladie bénigne très fréquente puisqu'un adulte présente en moyenne 4 à 6 rhumes par an (1). Elle entraîne des coûts importants directs (nombre de consultations médicales, de prescriptions médicamenteuses) et indirects (arrêt de travail, diminution de la rentabilité de ceux qui vont travailler, jours « enfants-malades », absentéisme scolaire …).

Les médecins ne voient en consultation qu'une partie des contaminés, la grande majorité se soignant elle-même. La proportion de personnes qui ne consultent pas, ainsi que leur manière de se soigner sont peu connues. Nous avons donc intégré une étude européenne qui visait à identifier toutes les pratiques utilisées par les patients pour traiter leur rhume.

Ce travail, partait des résultats français obtenus pour l'enquête européenne. Son but était d'identifier, qualitativement et quantitativement, les méthodes utilisées par les patients pour traiter leur rhume. L'objectif secondaire était d'estimer le niveau d'automédication des patients par rapport aux autres mesures non médicamenteuses. Enfin, le dernier objectif était de mettre en évidence les facteurs socio-économiques susceptibles d'influencer les patients dans le choix de leur méthode de prise en charge des infections virales (niveau social et éducatif, lieu de vie rural ou urbain, origines familiales).

Méthode

Etude épidémiologique descriptive transversale. Elle portait sur les résultats français de l'étude européenne « coco study ». Cette étude princeps posait la question « comment les patients soignent-ils leur rhume ? ». Elle était dirigée par un comité européen de médecins généralistes chercheurs, de l'European General Practice Research Network (EGPRN). Quatorze pays d'Europe (Autriche, Bosnie-Herzégovine, Finlande, France, Allemagne, Israël, Italie, Macédoine, Pologne, Roumanie, Slovénie, Espagne, Suède et Turquie) ont été concernés.

Un questionnaire a été rédigé par l'EGPRN en se basant sur les méthodes les plus communes pour soigner un rhume dans chaque pays concerné par l'étude. Les questions étaient regroupées selon les thématiques suivantes : auto-médication, choix d'aliments et tisanes, boissons alcoolisées, recettes spéciales, plantes, substances utilisées par voie nasale, pour la gorge, par inhalations, par voie orale, applications externes, et mesures générales. Des questions d'ordre médicales et socio-démographiques (âge, sexe, nombre d'années d'études, couverture santé, pathologies et traitements chroniques …) complétaient les données recueillies.

En France, ce questionnaire a été distribué à 360 patients dans 3 cabinets du Bas-Rhin (120 patients par cabinet), entre novembre 2013 et janvier 2014. Le premier cabinet (U) était situé dans un quartier résidentiel aisé de Strasbourg, le deuxième (ZUS) dans une banlieue sensible de Strasbourg et le dernier (R) dans un village rural de 900 habitants à 45 km au nord-ouest de Strasbourg. Les exigences de l'étude européenne étaient que ce questionnaire soit distribué à 120 patients consultant consécutivement dans un même cabinet. Ces patients devaient avoir plus de 18 ans et être capable de lire et comprendre le questionnaire. Si des personnes refusaient de répondre à l'enquête, elles étaient comptabilisées et leur questionnaire restait vierge, ceci dans le but de respecter le caractère aléatoire de la méthode de recrutement.

Le questionnaire était anonyme et aucune traçabilité n'était possible.

Nous avons obtenu l'accord du Comité d'Ethique pour entreprendre cette étude.

Les résultats bruts ont été transmis à l'EGPRN pour alimenter la base de données européenne.

Notre analyse statistique a été réalisée par le Dr Lefebvre du service méthodologie et biostatistiques de la faculté de médecine de Strasbourg. Elle a comporté une partie descriptive et une partie inférentielle. Elle a consisté tout d'abord en une analyse descriptive de manière séparée pour les 3 cabinets participants puis en une analyse comparative des populations répondantes des 3 cabinets.

Résultats

Données sociodémographiques

Trois cent vingt cinq patients (90 %) ont accepté de participer à l'étude. La majorité des participants était de sexe féminin (65 %). La moyenne d'âge était de 45,6 ans (écart-type 18). La durée moyenne de leurs études était de 15,3 ans (écart-type 3,6) ce qui correspondait à un niveau baccalauréat.

Ils possédaient pour la plupart (95 %) une caisse d'assurance maladie publique (CPAM) et pour 76 % d'entre eux une complémentaire santé privée. 11 % étaient bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

80 % étaient nés en France. 67 % avaient des origines familiales françaises.

L'ensemble des résultats de l'enquête socio-démographique ainsi que les différences statistiques entre les cabinets ($p < 0,05$) sont représentés dans le tableau 1.

	U	ZUS	R	Total	p
Nombre de participants % (n)	91 (109)	89 (107)	91 (109)	90 (325)	0,88
Sexe % (n)					0,91
Homme	34 (37)	36 (38)	37 (40)	35 (115)	
Femme	66 (72)	64 (69)	63 (69)	65 (210)	
Âge moyen (écart-type)	53,4 (19)	39 (15,5)	44,1(16,4)	45,6 (18)	0,02
Nombre d'années d'études : moyenne (écart-type)	16,6 (3,6)	14 (3,9)	15,4 (2,7)	15,3 (3,6)	<0,001
Assurance maladie %(n)					
Publique (CPAM)	84 (93)	100 (107)	99 (108)	95 (308)	<0,001
CMU	2 (2)	27 (29)	2 (2)	11 (33)	<0,001
Complémentaire santé	95(83)	47 (50)	91 (86)	76 (219)	<0,001
Pays de naissance %(n)					<0,001
France	83 (87)	61 (65)	97 (106)	80 (258)	
Europe	96 (101)	65 (70)	100 (109)	87 (280)	
Asie	1 (1)	10 (11)	0	4 (12)	
Afrique	1 (1)	22 (23)	0	7 (24)	
Amérique	1 (1)	3 (3)	0	1 (4)	
Océanie	1 (1)	0	0	0,3 (1)	
Racines familiales des 2 parents % (n)					<0,001
Françaises	75 (154)	29 (63)	97 (211)	67 (428)	
Européennes	96 (195)	42 (89)	100 (218)	79 (502)	
Asiatiques (Turquie)	0	17 (36)	0	6 (36)	
Africaines	3 (7)	39 (83)	0	14 (90)	
Américaines	0	2 (6)	0	1 (6)	
Océaniennes	1 (2)	0	0	0,3 (2)	

U : cabinet de zone urbaine aisée ; ZUS : cabinet de zone urbaine sensible, R : cabinet de zone rurale

Tableau 1. Caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques de la population étudiée

Stratégies thérapeutiques utilisées pour traiter un rhume

	U %(n)	ZUS % (n)	R %(n)	Total % (n)	p
Médicaments en vente libre	80 (n=87)	94 (n=100)	90 (n=98)	88 (n=285)	0,006
Modification de l'alimentation	84 (n=91)	90 (n=96)	78 (n=85)	84 (n=272)	0,06
Sprays pour le nez	72 (n=79)	59 (n=63)	81 (n=88)	71 (n=230)	0,001
Mesures supplémentaires (se reposer, aérer …)	70 (n=76)	70 (n=75)	69 (n=75)	70 (n=226)	0,96
Tisane	61 (n=66)	70 (n=75)	53 (n=58)	61 (n=199)	0,03
Pastilles ou gouttes	37 (n=40)	42 (n=45)	63 (n=69)	47 (n=154)	<0,001
Recette spéciale	26 (n=28)	62 (n=66)	42 (n=45)	43 (n=139)	<0,001
Inhalations	31 (n=34)	28 (n=30)	32 (n=35)	31 (n=99)	0,78
Bain de bouche ou spray pour la gorge	24 (n=25)	30 (n=32)	38 (n=41)	30 (n=98)	0,08
Quelque chose d'externe sur le corps	10 (n=11)	35 (n=37)	27 (n=29)	24 (n=77)	<0,001
Boisson alcoolisée	14 (n=15)	11 (n=12)	30 (n=33)	19 (n=60)	0,0005

U : cabinet de zone urbaine aisée ; ZUS : cabinet de zone urbaine sensible, R : cabinet de zone rurale

Tableau 2. Pourcentage d'utilisation de chaque méthode de traitement contre le rhume par cabinet et dans la totalité de la population étudiée

Parmi les médicaments en vente libre, 68 % utilisaient le paracétamol, 26 % les sirops pour la toux et 24 % l'ibuprofène.

3% de la population étudiée déclaraient n'adopter aucun traitement médicamenteux pour soulager le rhume, sans différence entre les 3 groupes (p=1).

Facteurs influençant le choix des stratégies thérapeutiques utilisées

Les facteurs étudiés étaient : le lieu d'habitation, l'âge, le sexe, le nombre d'années d'études et les origines familiales.

L'âge et le nombre d'années d'études des participants n'apparaissaient significatifs que dans le choix des recettes de grand-mère (âge : p = 0,002, niveau d'étude : p = 0,02).

Le sexe des patients jouait un rôle. Les femmes étaient plus consommatrices que les

hommes des pastilles ou gouttes (p = 0,02), des sprays pour le nez (p = 0,001), des tisanes (p = 0,02), et des recettes de grand-mère (p = 0,01). Les hommes, utilisaient plus les boissons alcoolisées (p = 0,02).

Les origines familiales, semblaient aussi influencer ce choix. Les boissons alcoolisées (p < 0,001) et les sprays pour le nez (p < 0,001), étaient privilégiés par les patients d'origine européenne. Les recettes de grand-mère (p < 0,001) et les substances appliquées sur le corps (p <0,001) étaient majoritairement choisies par les patients d'origine turque ou maghrébine.

Enfin, le lieu d'habitation était le facteur qui semblait avoir le plus d'impact sur la stratégie thérapeutique utilisée (Cf tableaux 2. et 3.).

	Lieu d'habitation	Racines familiales	Âge	Sexe	Nombre d'années d'études
Médicaments en vente libre	ZUS et R				
Pastilles ou goutte	R			Femmes	
Sprays pour le nez	R et U	Europe		Femmes	
inhalations					
Bains de bouche ou spray pour la gorge					
Quelque chose d'externe sur le corps	ZUS	Turquie et Maghreb			
Aliments					
Tisane	ZUS			Femmes	
Boissons alcoolisées	R	Europe		Hommes	
Recettes spéciales	ZUS	Turquie et Maghreb	Moins de 40 ans	Femmes	Niveau bac ou inférieur au bac

Les cases **grisées** mettent en évidence les facteurs influençant le choix de chaque stratégie thérapeutique. Les mentions figurant à l'intérieur de ces cases sont le(s) groupe(s) utilisant préférentiellement la stratégie en question.

Tableau 3 : Récapitulatif des facteurs influençant le choix des mesures prises pour traiter un rhume

Représentation de la maladie

25 % pensaient qu'un rhume ne guérissait pas sans traitement : 38 % dans le groupe ZUS, 28 % dans le groupe R et 8 % dans le groupe U (p<0,001).

Un médecin était systématiquement consulté en cas de rhume par 17 % des répondants (ZUS 22 %, R 20 %, U 7 %, p=0,008). 57 % consultaient seulement « parfois » et 26 % ne consultaient jamais.

La fréquence de consultation chez le médecin généraliste pour un rhume n'était pas liée à

l'âge des patients (p = 0,2), ni à leur sexe (p = 0,45). Le nombre d'années d'études (p<0,001) avait une influence : 65% des patients ne consultant jamais un médecin pour un rhume avaient un niveau bac +2 ou supérieur. La représentation qu'avaient les patients de la maladie (p<0,001) jouait aussi un rôle : les patients pensant qu'un rhume ne pouvait pas guérir seul consultaient un médecin (systématiquement ou parfois) dans 95% des cas.

Les premières sources d'information sur les méthodes à adopter pour traiter un rhume étaient les parents (58 %), puis les médecins (27%), les amis et voisins (15%), les autres membres de la famille (14%), les pharmaciens (9%) et les journaux ou internet (9%).

10€ étaient dépensés, en moyenne, en traitements contre le rhume. Le groupe ZUS dépensait significativement moins que les deux autres (ZUS 6€, R 12€, U 13€, p<0,001).

Discussion

Notre étude a été conduite auprès de patients pris successivement dans la salle d'attente de cabinets de médecine générale. Les études réalisées auprès de ce genre de population permettent d'obtenir de précieuses informations sur les soins de santé primaires (3). Cette méthode nous semblait la plus appropriée pour avoir un reflet exact des stratégies thérapeutiques anti-rhumes adoptées par les patients à un instant t.

Nous avons obtenu un taux de participation de 90% et ce de manière égale entre les trois cabinets, ce qui paraît très satisfaisant.

Des trois cabinets, la population suburbaine était significativement plus jeune, plus précaire, avec des origines plus multiculturelles que les deux autres groupes.

L'automédication était prédominante dans tous les groupes et concernait 88% des patients.

Contrairement aux résultats que nous avons obtenu, un rapport public du ministère de la santé sur « la situation de l'automédication en France en 2011 », affirmait que « *le marché de l'automédication en France se distingue de celui des pays voisins européens par sa faible importance, en valeur comme en volume, et par sa faible dynamique » (4).*

En France, l'immense majorité des produits d'automédication à Prescription Médicale Facultative (PMF) est remboursable (80%). Les autres pays européens ou d'Amérique du nord assimilent médicaments à PMF et médicaments non remboursables. Les patients français ont recours aux produits remboursés qu'ils ont en réserve dans leur pharmacie. Ces produits sont obtenus dans leur majorité au moyen de « prescriptions anticipées » de traitement courants (paracétamol, ibuprofène, etc.) (4). En 2005, les PMF ont représenté 45% du nombre de boîtes vendues sur le marché pharmaceutique en France (4).

Le succès de l'automédication relève d'habitudes de consommation médicale : dans les pays anglo-saxons, l'accent est mis sur la responsabilisation du patient, qui est incité à se traiter par lui-même pour des pathologies mineures. En France, la consultation d'un praticien pour des pathologies bénignes est plus systématique, d'autant qu'elle ouvre droit au remboursement des médicaments prescrits.

Vingilis, dans 2 études canadiennes (5,6) réalisées en 1993 et 1994, arrivait aussi à la conclusion que les médicaments en vente libre étaient les traitements de choix dans la

prise en charge du rhume par les patients. Il trouvait cependant une proportion de 51,5 % d'utilisateurs de ces traitements sans ordonnance, proportion inférieure à celle de notre étude (97 %). Différence de système de santé ; évolution des modes de consommation et du rapport à la santé depuis le développement d'internet (6–8) ; population française qui utilise plus de médicaments que les autres (9–11) ; sont des pistes à envisager pour expliquer cette différence entre les résultats.

Les mesures non médicamenteuses (modifications de l'alimentation, mesures environnementales …) étaient aussi importantes pour les patients.

Les « recettes de grand-mère » restaient primordiales pour 43% des patients, et surtout pour ceux du groupe ZUS (62%). Ces recettes étaient préparées principalement par les personnes d'origines turques ou maghrébines qui semblaient garder un sens plus développé des traditions par rapport aux patients d'origine européenne (y compris pour les ruraux). L'utilisation de ces recettes empiriques n'excluait pas l'utilisation des traitements médicamenteux, bien au contraire. C'était effectivement dans le groupe ZUS qu'elles étaient le plus utilisées (62%), comme l'étaient les médicaments en vente libre (93%). Nous retrouvions ce constat dans une étude mexicaine réalisée en 2011 (12), qui cherchait à savoir si la médecine traditionnelle et la biomédecine pouvaient coexister. Les conclusions étaient que ces deux approches se complétaient. Cette étude montrait même qu'il existait une association positive entre une plus grande connaissance des plantes et des médecines traditionnelles, et une meilleure utilisation des traitements médicamenteux.

Les patients du groupe U, issus de milieux aisés, avec un degré d'étude supérieur, consommaient moins de médicaments en vente libre que ceux des deux autres groupes.

Une enquête réalisée sur des personnes âgées aux Etats-Unis montrait que les personnes les plus éduquées et les plus favorisées sur le plan socio-économique consommaient plus de traitements médicamenteux en automédication que ceux issus de classes plus modestes (13). Dans l'étude mexicaine mentionnée précédemment, les résultats révélaient que les personnes qui avaient bénéficié d'études supérieures se détournaient des médecines naturelles (12). Au contraire, une étude estonienne, qui portait sur l'utilisation des plantes en automédication dans le traitement de la rhinopharyngite, montrait qu'un niveau socio-éducatif plus élevé prédisposait à une plus grande utilisation des traitements phytothérapiques, au détriment des traitements « chimiques » (14). Dans les deux études canadiennes sur l'automédication dans le rhume (5,6), le niveau d'étude ne jouait pas de rôle sur l'importance de l'utilisation des traitements médicamenteux.

Il est donc difficile de connaître la place exacte du niveau d'étude comme facteur influençant le choix des méthodes de traitement. La réponse est probablement plus complexe avec un réseau de facteurs interconnectés : croyances personnelles, habitudes familiales, conseils médicaux reçus, moyens économiques …

Dans notre étude, les facteurs socio-économiques et culturels semblaient être les principaux responsables du choix des patients dans leur stratégie thérapeutique. En effet, le lieu d'habitation était le facteur qui ressortait le plus souvent lorsqu'il y avait des différences d'utilisation de stratégies entre les groupes. Or, le lieu d'habitation dans notre étude, était le reflet du niveau socio-économique des patients mais aussi des origines culturelles. Les groupes R et U représentaient une population relativement aisée de culture majoritairement française, tandis que le groupe ZUS représentait une population

défavorisée et multiculturelle avec une forte représentation des communautés maghrébines et turques.

Les traitements « naturels » (homéopathie, phytothérapie, compléments alimentaires, etc.) sont souvent onéreux. Ils étaient moins utilisés dans le groupe précaire. Ce groupe privilégiait les traitements « chimiques » : plus abordables et même souvent issus de prescriptions anticipées et donc remboursés. La demande de médicaments remboursés dans ces populations précaires peut aussi expliquer la plus grande fréquence des consultations médicales que nous constations dans le groupe ZUS.

Le facteur culturel avait aussi un rôle important dans le choix de la stratégie thérapeutique adoptée. Il existerait donc un certain atavisme dans la façon d'aborder la pathologie et ses traitements.

Au-delà de l'aspect socio-économique et culturel, l'influence des médecins traitants doit aussi jouer un rôle. Ce facteur était malheureusement difficilement démontrable à travers notre étude.

La dimension socio-culturelle du patient est importante à prendre en considération par le médecin lorsqu'il propose un traitement. Celui-ci doit répondre aux attentes et aux croyances du patient tout en restant médicalement justifiable.

La représentation que se fait le patient de la maladie est constituée de plusieurs composantes (15,16). Les facteurs socio-économiques et culturels ont une influence sur ces composantes (croyances, peurs, moyens financiers alloués à la santé, etc.). Ils modifient donc la représentation que se fait chaque patient de la maladie et doivent influencer l'attitude thérapeutique des patients.

La majorité des patients (87 %) se renseignaient sur les méthodes de traitement du rhume auprès de leur entourage (parents, famille, amis, voisins), bien plus qu'auprès des professionnels de santé (médecins 27%, pharmaciens 9%). Ceci contribue sûrement à l'enracinement et l'expansion d'une représentation du rhume qui peut être erronée. Ainsi, un quart de la population sondée était persuadé qu'un rhume ne guérissait pas seul.

Le médecin à un rôle éducatif majeur à jouer : bien informer les patients permet d'avoir un impact rayonnant, l'information circule et touche des personnes qui ne consultent pas forcement. L'effort de pédagogie est chronophage mais pourrait permettre d'avoir un impact de santé publique.

Il existe aussi parfois une méprise du médecin sur les attentes des patients. Ceux-ci recherchent majoritairement une expertise diagnostique et non un traitement médicamenteux (17,18). Il serait donc intéressant de poser simplement la question aux patients : « avez-vous besoin d'un traitement ? », ou « qu'attendez-vous de moi ? » (Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale (19)). D'après Vinker, le médecin pense le plus souvent que les patients qui consultent, attendent une antibiothérapie (20), et il aurait tendance à la prescrire pour « ne pas les décevoir ». D'après Welschen le seul fait de rassurer et d'expliquer serait plus satisfaisant pour les patients qu'une prescription, y compris pour ceux venant chercher un antibiotique (21).

Conclusion

L'automédication dans le rhume n'est pas une exception mais plutôt la norme. La prise en charge du rhume en médecine générale doit donc essentiellement permettre de rassurer les patients tout en limitant les prescriptions médicamenteuses inutiles et trop coûteuses.

Si la majorité des patients pense déjà que le rhume guérit seul il est important de réaffirmer ce fait et de les conforter dans leur savoir. Pour ceux en doutant il serait intéressant de comprendre pourquoi leur représentation de la maladie est erronée. Cette démarche passe probablement, pour les médecin, par la prise en compte de la dimension socio-culturelle du patient, afin d'améliorer la qualité des échanges et de la prise en charge.

Le rôle du médecin serait donc d'instaurer un échange basé sur la réciprocité en fournissant un discours explicatif adapté à chaque patient. S'intéresser aux remèdes pris en automédication permettrait d'élargir l'éventail de traitements non médicamenteux à proposer mais aussi de valoriser les « recettes de grand-mère ». La clé d'une consultation réussie ne passe pas par une ordonnance fournie mais par l'entretien d'une relation médecin-patient de confiance.

REFERENCES

- Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. The Lancet. 2003 Jan;361(9351):51–9.
- Impact of colds and flu on school absenteeism, workplace and economy [Internet]. News-Medical.net. 2011 [cited 2016 Jan 27]. Available from: http://www.news-medical.net/news/20110907/Impact-of-colds-and-flu-on-school-absenteeism-workplace-and-economy.aspx
- William Hogg MSc MClSc MD FCFP Sharon Johnston MD LLM Grant Russell MBBS FRACGP MFM PhD Simone Dahrouge MSc PhDc Elizabeth Gyorfi-Dyke MA Elizabeth Kristjanssonn MA PhD. Conducting waiting room surveys in practice-based primary care research. Can Fam Physician. Médecin Fam Can. 2010 Décembre;56:1375–6.
- Rapport public du ministère de la santé 2011: Situation de l'automédication en france et perspectives d'évolution. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000030.pdf.
- Vingilis ER, Brown U, Sarkella J, Stewart M, Hennen BK. Cold/flu knowledge, attitudes and health care practices: results of a two-city telephone survey. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 1999 Jun;90(3):205–8.
- Vingilis E, Brown U, Hennen B. Common colds. Reported patterns of self-care and health care use. Can Fam Physician. 1999 Nov;45:2644–52.
- HAS. Le patient Internaute (revue de la littérature). 2007 Mai;
- Etude TNS Sofres pour LauMa communication et Patients & Web, réalisée par

téléphone entre le 4 et le 6 février 2013: échantillon de 1 002 individus de 18 ans et plus représentatif de la population nationale.

- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Paris: CNAMTS; 2005.
- Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Études et Résultats. 2005:1-12.
- Rapport ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf. 2013 Juillet;
- Giovannini P, Reyes-García V, Waldstein A, Heinrich M. Do pharmaceuticals displace local knowledge and use of medicinal plants? Estimates from a cross-sectional study in a rural indigenous community, Mexico. Soc Sci Med 1982. 2011 Mar;72(6):928–36.
- Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Echement DA, Belle S. Over-the-counter medication use in an older rural community: the MoVIES Project. J Am Geriatr Soc. 1997 Feb;45(2):158–65.
- Raal A, Volmer D, Sõukand R, Hratkevitš S, Kalle R. Complementary Treatment of the Common Cold and Flu with Medicinal Plants – Results from Two Samples of Pharmacy Customers in Estonia. PLoS ONE [Internet]. 2013 Mar 6 [cited 2015 Feb 2];8(3). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3590151/
- E. D. HALE1, G. J. TREHARNE2,1, G. D. KITAS1,3,2. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? Rheumatology. 46th ed. 2007;904–6.
- Hagger MS, Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. Psychol Health. 2003 Jan 1;18(2):141–84.
- Brousseau DC, Nimmer MR, Yunk NL, Nattinger AB, Greer A. Nonurgent emergency-department care: analysis of parent and primary physician perspectives. Pediatrics. 2011 Feb;127(2):e375–81.
- Solberg LI, Braun BL, Fowles JB, Kind EA, Anderson RS, Healey ML. Care-seeking behavior for upper respiratory infections. J Fam Pract. 2000 Oct;49(10):915–20.
- Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication. http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf.
- Shlomo Vinker, Adi Ron and Eliezer Kitai. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection – a survey among parents attending the primary physician with their sick child. BMC Fam Pract. 2003 Dec;4(20).
- Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. Fam Pract. 2004 Jun;21(3):234–7.

Entre réappropriation et « détournement » du médicament : les pratiques d'automédication des usagers de drogues et leur confrontation aux médecins généralistes

Lise Dassieu

Docteure en sociologie, Chercheure associée au LISST, Université Toulouse II - Jean Jaurès

Introduction

Cette communication est basée sur une thèse de sociologie, soutenue en septembre dernier, qui a porté sur la prise en charge de la dépendance aux opiacés en médecine générale en France. Mon propos s'appuiera sur des entretiens recueillis auprès de médecins généralistes et de patients, ainsi que sur une ethnographie de consultations médicales (une cinquantaine d'entretiens, 45 consultations).

Les traitements de substitution aux opiacés ont été autorisés en France au milieu des années 1990, dans le cadre d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En France, il existe principalement deux médicaments de substitution : la méthadone, classée stupéfiant, primo-prescriptible en centre spécialisé d'addictologie (un relais vers la médecine de ville est possible par la suite), et la buprénorphine haut dosage (plus connue sous son nom commercial, Subutex), classée sur la liste 1 des substances vénéneuses, prescriptible par tout médecin, généraliste ou spécialiste.

Ces médicaments, en particulier le Subutex, font depuis longtemps l'objet d'un marché noir. Leur disponibilité dans le monde des drogues engendre ainsi la possibilité, pour les usagers, de les expérimenter en dehors du contexte médical, par le biais d'achats « dans la rue » ou de « dépannages » entre pairs. La plupart des patients en demande de traitement de substitution se présentent aujourd'hui chez un médecin en ayant déjà utilisé ces médicaments en automédication de leurs symptômes de manque (en cas de pénurie ponctuelle d'héroïne par exemple). Aux yeux des médecins généralistes, cependant, ces pratiques posent problème. La substitution « de rue », ainsi que les écarts aux normes d'usage qui l'accompagnent quelquefois, produisent une incertitude sur la frontière entre médicament et drogue. Ces utilisations qui se passent du prescripteur éveillent des soupçons sur la finalité de la médication : se substituer au produit illicite, ou alimenter une dépendance ? Cette communication analysera donc dans un premier temps les fonctions de l'automédication pour les personnes en traitement de substitution, puis s'intéressera aux diverses réactions des généralistes à leur égard.

1. Les pratiques d'automédication des usagers de drogues : des formes de réappropriation personnalisées des traitements de substitution

1.1. Obtenir son traitement « dans la rue » : une forme d'automédication

Acheter son traitement au marché noir ou l'obtenir auprès d'autres usagers peut revêtir une visée d'automédication (au sens de Fainzang 2012). Ces solutions permettent la gestion autonome du traitement, en dehors des normes imposées par les médecins et par les règles légales de prescription (en particulier la nécessité de consulter un seul médecin et un seul pharmacien, avec une prescription maximale de 14 ou 28 jours et une délivrance hebdomadaire).

Certains usagers tentent de s'affranchir des contraintes que représente la consultation d'un médecin prescripteur. Ils se tournent vers l'approvisionnement dans la rue car leur mode de vie n'est pas compatible avec la consultation d'un médecin une à deux fois par mois, tel ce patient non sédentarisé qui se dit « obligé » de se fournir au marché noir : « j'étais jamais dans la même ville, donc c'est dur de trouver un médecin ». D'autres recherchent une liberté de gestion du traitement, en l'utilisant, par exemple, en alternance avec l'héroïne ou avec d'autres médicaments opiacés. S'approvisionner dans la rue donne aussi aux usagers une marge de liberté dans la posologie choisie et le rythme des prises :

> *« Sinon la métha [méthadone], je l'achetais dans la rue. Et je prenais 160 [mg] tous les jours. Je prenais 80 le matin et 80 le soir. Je le divisais en 2. Pour éviter de piquer du nez. Quand j'ai commencé à faire des démarches, moi, ça faisait déjà 7 mois que je prenais de la métha, mais pas tous les jours. » (Mickael, patient)*

D'autres patients évoquent des raisons financières, qui leur font préférer l'automédication plutôt que la consultation d'un médecin. Une absence de couverture maladie peut empêcher les plus en difficulté de payer les consultations médicales et les médicaments délivrés. L'un d'eux explique qu'acheter un comprimé de Subutex tous les jours dans la rue est plus avantageux comparé au prix de la boîte en pharmacie additionné à celui de la visite mensuelle chez un médecin.

Bien plus qu'une logique « toxicomaniaque » d'utilisation des médicaments, ces usagers décrivent des pratiques d' « autosubstitution » : ils gèrent le manque par leurs propres moyens et entreprennent parfois un traitement au long cours en se passant d'un prescripteur.

Enfin, certains s'approvisionnent au marché noir de façon partielle, pour compléter une posologie prescrite jugée trop basse. On le verra, avec certains généralistes, la marge de contrôle du patient sur son traitement est minime, ce qui conduit des patients à recourir à « la rue » pour obtenir la dose souhaitée. Dans un registre proche, certains recours au marché noir sont momentanés, lorsqu'un patient n'a pu obtenir un rendez-vous chez son médecin avant la fin de sa délivrance précédente, par exemple. Ces recours constituent des adaptations aux contraintes de dispensation des traitements. Le marché noir permet aux patients de fixer eux-mêmes les modalités du déroulement de leur traitement,

indépendamment d'un « cadre » imposé par les médecins. L'expérimentation « dans la rue » donne aussi aux patients l'occasion de se familiariser à leur médicament et d'apprendre à l'utiliser comme ils le souhaitent.

1.2. Une automédication productrice de compétences : des usages personnalisés des traitements

En effet, avec l'automédication, les usagers acquièrent des compétences dans le maniement des produits, en apprenant, par exemple à trouver le médicament qui leur convient après plusieurs expériences, ou encore à fixer progressivement leur posologie. Comme le souligne Sylvie Fainzang (2012), les pratiques d'automédication se forgent souvent dans l'expérimentation, avec un fonctionnement par essais-erreurs sur le modèle scientifique de la réfutation. C'est en éprouvant les effets de tel ou tel type d'utilisation que les usagers parviennent à mieux connaître les médicaments. S'ils consultent un médecin par la suite, ils auront déjà effectué un travail de diagnostic et de choix du traitement. Comme on le verra, cette spécificité contribue à créer des concurrences avec les généralistes autour de la prise de contrôle de la prescription.

Les compétences issues de l'automédication entraînent quelquefois des prises de liberté vis-à-vis des normes médicales d'usage du traitement, y compris lorsque celui-ci est prescrit par un médecin. On observe ainsi d'autres formes d'automédication impliquant les traitements de substitution : des modifications du traitement pour en gérer les effets secondaires, d'une part, et une utilisation du traitement dans une visée d'automédication d'un autre problème de santé d'autre part.

Plusieurs patients se livrent à des modifications de la galénique ou du mode d'administration de leur traitement : injection ou inhalation du médicament, fractionnement de la prise à plusieurs moments de la journée, ou encore changements ponctuels de posologie. Si dans certains cas, ces pratiques visent à retrouver des effets similaires à ceux de l'héroïne, elles peuvent aussi constituer des tentatives d'adaptation du traitement à la singularité des patients. Par exemple, l'un d'eux explique qu'il injecte le Subutex car la prise sublinguale le fait systématiquement vomir, une autre fractionne son traitement de méthadone pour atténuer les « maux de ventre » provoqués par la prise de sirop le matin au lever. Ces pratiques sont souvent qualifiées d'inobservance par les médecins, de « mésusages » qui reviennent à utiliser le médicament « comme une drogue ». Pourtant, les discours des patients suggèrent plutôt des tentatives de personnalisation du produit pour instaurer avec lui un rapport « familier » (au sens de Thévenot 1994). Tels les malades chroniques décrits par Strauss et Glaser (1975), Conrad (1985), ou encore Baszanger (1986), les usagers de drogues cherchent à adapter le traitement aux contraintes propres à leur corps et à leur mode de vie, s'éloignant donc d'un usage standardisé pour tous.

Enfin, le traitement de substitution est régulièrement utilisé en automédication d'autres problèmes de santé. Par exemple, certains patients augmentent ponctuellement la posologie dans l'objectif de calmer une douleur physique, ou encore pour faire face à une angoisse. Notons que l'héroïne revêt également cette fonction aux yeux de plusieurs usagers. Une patiente explique ainsi qu'elle juge ce produit particulièrement efficace pour soigner sa grippe. Cette utilisation des traitements s'inscrit donc quelquefois dans la

continuité d'un usage de la drogue illicite à des fins d'automédication. Ces pratiques sont bien connues des médecins généralistes. Comme on va le voir, les savoirs sous-tendus par l'automédication peuvent faire l'objet d'une contestation par les médecins et être relégués au rang de croyances.

2. Les médecins généralistes face à l'automédication des patients substitués : entre rejet et reconnaissance

2.1. « C'est moi qui décide » : le rejet des pratiques d'automédication

Certains médecins relèguent les pratiques d'automédication et les compétences qui en sont issues au rang de détournements d'usage, voire de résurgences de la « toxicomanie ». Les usages « hors normes » décrits ci-dessus, tels que par exemple l'injection du traitement, peuvent donner lieu à des interruptions de prise en charge, le médecin considérant qu'il n'est pas en train de soigner le patient mais au contraire d'alimenter sa toxicomanie. Il s'agit en effet, pour les généralistes, de résister à l'étiquette de « dealer en blouse blanche », afin de se convaincre du sens thérapeutique de leur action auprès de ce public.

De même, certains généralistes ne tiennent pas compte des compétences issues de l'expérimentation des médicaments au marché noir. Ils considèrent que les usagers de drogues essaient de les berner en demandant systématiquement un dosage plus élevé que ce dont ils ont besoin. Plusieurs généralistes refusent de se laisser guider par le patient lors d'une première prescription. Une praticienne explique qu'elle donne toujours « un peu moins » que ce que le patient demande, d'autres imposent un test de dépistage des toxiques avant d'effectuer la prescription. Outre la problématique de la confiance du médecin en la parole des usagers de drogues souvent jugée peu fiable, la réaction des généralistes face aux savoirs issus de l'automédication soulève la question du contrôle sur la prescription. Certains médecins se considèrent seuls aptes à décider du déroulement du traitement.

2.2. « Ça soigne tout » : Tolérer les pratiques d'automédication tout en discréditant les savoirs sur lesquels elles reposent

Chez d'autres généralistes, les pratiques d'automédication des patients substitués seront tolérées, mais les connaissances sur lesquelles elles reposent ne cesseront pas pour autant d'être reléguées au rang de « croyances » irrationnelles. Plusieurs généralistes soulignent la dimension « psychologique » liée à ces pratiques. Par exemple, un médecin accepte que son patient prenne son médicament en plusieurs fois car cela « rassure » le patient. Le praticien accorde ainsi une fonction à cette utilisation, tout en la discréditant du point de vue « pharmacologique » de ses effets, relégués au domaine du placebo. Il en

est souvent de même lorsque les patients utilisent leur traitement en automédication d'autres problèmes de santé. Souvent, les généralistes évoquent ces pratiques avec ironie : l'un d'eux dira, en consultation, que le Subutex, d'après les patients, « soigne tout ». Tolérer les usages personnalisés des traitements ne porte finalement pas à conséquence pour ces généralistes, dès lors qu'ils restent perçus comme irrationnels : ils ne remettent pas en question la position d'expert du médecin, les compétences issues de l'automédication ne représentent pas des savoirs concurrents.

Proscrire totalement ces pratiques apparaît, de fait, peu réaliste aux yeux de nombreux généralistes, car ils cherchent avant tout à maintenir la relation thérapeutique. Ils considèrent, par ailleurs, qu'elles sont vouées à disparaître avec le temps et que l'observance s'acquiert progressivement dans la négociation. On retrouve ici une spécificité de la médecine générale en tant que médecine relationnelle, dont les objectifs et l'efficacité s'inscrivent dans le temps long de la relation médecin-patient (voir Bloy 2005; Bachimont, et al. 2006)

2.3. La reconnaissance des savoirs issus de l'automédication : vers un partage des tâches dans la relation de soin ?

Enfin, certains médecins reconnaissent les savoirs et compétences issus de l'automédication, ce qui les conduit à accorder une place aux patients dans la gestion du traitement. Certaines relations de soin sont régies par la « participation mutuelle » (Szasz, Hollander 1956; Freidson 1984), voire par la « coopération guidée par le patient » (Freidson 1984). Ces généralistes impliquent les patients dans les décisions relatives au traitement, en prenant en compte leurs compétences expérientielles au moment de fixer le dosage, de l'augmenter ou de le diminuer. Une praticienne explique ainsi qu'elle confie aux patients plusieurs boites de Subutex, puis les laisse déterminer par eux-mêmes le nombre de comprimés dont ils ont besoin. D'autres affirment « suivre » la demande des patients concernant la posologie, voire même « apprendre » auprès d'eux des méthodes de diminution progressive.

L'imputation d'une connaissance et d'une compétence expérientielles aux patients autorise les médecins à leur céder une part du contrôle sur la prescription. Le médecin exécute la demande sans la remettre en question, car il juge le patient capable de gérer son traitement sur la base des savoirs issus de l'automédication. Ce positionnement implique un minimum de confiance du médecin en son patient et une mise à distance des craintes d'instrumentalisation de la prescription.

Néanmoins, l'asymétrie de la relation n'est pas pour autant abolie, puisque le partage des tâches et la reconnaissance des savoirs expérientiels a toujours lieu au bon vouloir du médecin et peut être remise en cause à tout moment par ce dernier.

Conclusion : de l'automédication aux enjeux de contrôle du traitement dans la relation de soin

Envisager la problématique de l'automédication sous l'angle des compétences

expérientielles qui en sont issues conduit à s'interroger sur la confrontation des savoirs des patients avec les savoirs et normes promus par les médecins. L'enjeu se situe ainsi autour du contrôle du déroulement du traitement dans la relation de soin. Du fait de leurs auto-expérimentations des traitements, les usagers de drogues sont particulièrement susceptibles de mettre à mal le partage usuel des tâches entre le médecin qui élaborerait un diagnostic et chercherait une solution, et le patient qui s'en remettrait à sa compétence. Dès lors, les pratiques d'automédication des patients substitués soulèvent l'enjeu de la participation du patient au déroulement de sa prise en charge : en reconnaissant les compétences issues de l'automédication, le médecin accepte, du même coup, de céder au patient une partie de son pouvoir de diagnostic et de gestion de la prescription. La reconnaissance des pratiques d'automédication par les médecins relèverait-elle donc de l'idéal de « démocratie sanitaire » encouragé par les politiques de santé ces dernières décennies ?

Références

- BACHIMONT, Janine, COGNEAU, Joël et LETOURMY, Alain, 2006. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. 2006. Vol. 24, n° 2, pp. 75-103.
- BASZANGER, Isabelle, 1986. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*. 1986. Vol. 27, n° 1, pp. 3-27.
- BLOY, Géraldine, 2005. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale: le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales*. 2005. Vol. 2005/1, n° 1, pp. 101–125.
- CONRAD, Peter, 1985. The meaning of medications: another look at compliance. *Social science & medicine*. 1985. Vol. 20, n° 1, pp. 29–37.
- FAINZANG, Sylvie, 2012. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris : PUF.
- FREIDSON, Eliot, 1984. *La profession médicale*. Paris : Payot.
- STRAUSS, Anselm L. et GLASER, Barney G., 1975. *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis : C.V. Mosby.
- SZASZ, Thomas et HOLLANDER, Mark, 1956. A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*. 1956. N° 97, pp. 587-592.
- THÉVENOT, Laurent, 1994. Le régime de familiarité. Des choses en personne. *Genèses*. 1994. Vol. 17, n° 1, pp. 72-101.

Partie 2
Automédication et système de santé

L'automédication et la prise en charge du diabète au Maroc

Khadija Naamouni

CEA – EHESS

Le terrain

Cette recherche a été menée dans deux centre centres de santé, situés dans des quartiers populaires à Safi au Maroc, ville côtière sur l'Atlantique réputée pour la pêche.

Le centre de santé de Blida comprend un seul médecin, il est situé au Nord de Safi. Il est fréquenté par deux quartiers populaires qui se trouvent à proximité. Le premier quartier est constitué d'une population très ancienne de classe moyenne , issue de l'ancienne médina installée aujourd'hui dans la nouvelle ville. Elle est composée de fonctionnaires et de petits fonctionnaires, de commerçants, de cadres divers de l'office chérifien des phosphates et de propriétaires des barques de pêches. La plupart d'eux bénéficient d'une couverture sociale. Le centre de santé dessert aussi un deuxième quartier dont la population est composée de marchands ambulants, d'ouvriers, de petits commerçants et de l'exode rurale, installée dans la ville depuis une ou deux générations. Ce quartier est aussi composé de marins souvent absents du domicile familial avec une faible couverture sociale dont les familles se plaignent de la lenteur des remboursements.

Quant au centre de santé de Koléa, il comprend deux médecins et un interne . Ce centre dessert les deux quartiers les plus pauvres de la ville. Ils sont composés de petits commerçants, d'ouvriers et de migrants, d'une population d'exode rurale encore instable , présente surtout du mois de décembre au mois de juin, saison de la pêche. Cette période attire une importante masse de migrants ruraux, parce que l'activité des usines de poissons est fort importante et la main d'œuvre est sollicitée.

Même si deux centres de santé , sont généralement fréquentés par des patients sans couverture sociale, cependant nous avons souhaité élargir notre enquête à d'autres catégories sociales de manière à approfondir l'analyse par une dimension comparative et inscrire la question de l'auto-médication dans la problématique globale des itinéraires thérapeutiques (parcours de soins), à différentes périodes de la vie.

Méthode et déroulement de l'enquête

Nous avons procédé par des entretiens libres et approfondis pour ne pas enfermer l'enquête dans les limites d'un questionnaire. Les entretiens ont porté surtout sur l'histoire de la maladie depuis son origine jusqu'à la manière dont elle gérée par le malade et par son entourage. Nous avons interrogé des usagers suivis soit dans le secteur privé soit dans le

secteur public ou dans les deux à la fois. Tous les entretiens ont eu lieu à domicile avec l'accord du patient et avec l'aide du personnel médical qui nous ont facilité l'accès aux familles. Nous avons aussi interrogé le personnel médical appartenant aux deux centres de santé enquêtés sur les problèmes rencontrés dans l'exercice de leurs fonctions et dans le suivi des malades chroniques.

Je rappelle qu' au moment de cette recherche, il n ' y avait pas d'endocrinologue ni dans le secteur public ni dans le secteur privé. Le départ de l'endocrinologue depuis un an du secteur public a énormément perturbé l'itinéraire thérapeutique du malade. Il faut rappeler qu'il n' y avait pas de néphrologue non plus. Il n' y avait qu'un seul ophtalmologue dans le secteur public. Toutes ces carences pèsent lourdement sur le suivi des diabétiques.

La représentation du diabète

Les anthropologues et les et les sociologues, ont apporté des contributions notables à la compréhensions des itinéraires de soins. Ils ont montré que les représentations de la maladie et ses interprétations culturelles orientent les attitudes des individus : vont-ils ou non se soigner par eux-mêmes, vont -ils ou non décider de rechercher de l'aide quels seront alors les types de recours mobilisés ? C. Deprès 2012. Selon l'enquête menée sur le terrain, généralement, ce comportement fait référence avant tout aux difficultés d'une partie de la population rencontrée à prendre en charge le coût de soins et qui prend souvent la forme d'une automédication. Il est « l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine ou auprès d'une autre personne) », S. Fainzaing. 2012.

Donc, parmi les pathologies rencontrées lors de cette recherche, il s'est avéré que c'est le diabète qui affecte plus le malade par sa chronicité et par les complications qu'il entraîne. Même si la plupart des diabétiques sont des hypertendus, l'hypertension reste une pathologie secondaire par rapport au diabète qui est considéré par ailleurs comme une maladie handicapante et destructrice. L'amaigrissement, le gain de poids, l'appétit accrue, la grande soif et les urines répétées, tous ces symptômes courants du diabète sont associés au début de la maladie par ceux qui en souffrent à la sorcellerie alimentaire le "Tawkal", acte de vengeance de la part d'un tiers. Cette interprétation immédiate oriente le malade vers l'emploi des thérapeutiques traditionnelles ayant pour effet de purifier le corps des produits nocifs absorbés. Mais quand le diabète est diagnostiqué par le secteur médical, le patient lui attribue diverses origines. Selon les patients interrogés, le diabète est consécutif à un événement douloureux ou à un choc émotionnel, par exemple la perte brutale d'un être très cher, la perte d'un emploi à des problèmes familiaux graves ou encore à un échec social.

Le diabète se découvre par hasard à l'arrivée au centre de santé, souvent suite à de violents malaises. C'est dans ce contexte que les professionnels de santé évoquent un corps déjà ravagé par la maladie, difficile à rétablir. Les moyens curatifs mis en œuvre visent « à stabiliser une situation déjà dégradée », me raconte un médecin. Bon nombre de malades ne se présentent que lorsqu'ils se jugent en danger. Ils ont pratiqués auparavant d'autres recours thérapeutiques qui se sont avérés inefficaces. D'ailleurs, le facteur financier est

rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin.Comme le souligne justement, Caroline Deprès,2012 « ne pas consulter, mobiliser des solutions alternatives, attendre que ça se passe jusqu'à ce que la situation échappe sont des configurations diverses du rapport distancié aux soins dont le renoncement constitue la forme la plus extrême ».

L'itinéraire thérapeutique

Lors de nos entretiens avec nos informateurs, nous nous sommes aperçus que même les personnes aisées pratiquent l'auto-médication, en revanche ces patients sont à la recherche de spécialistes pour la thérapeutiques des complications du diabète. Pour eux ce n'est plus l'équilibre du diabète ou le manque d'endocrinologue qui pose problème mais les pathologies qui en découlent.

Les précaires sont souvent des femmes seules ou des jeunes sans travail traités par l'insuline délivrée gratuitement par le secteur public. Ils ne fréquentent que le centre de santé de leur quartier et essaient de récolter ce qui reste de la gratuité. Ils reconnaissent cette aide gratuite de l'Etat et ils soutiennent que « sans elle, ils ne se tiendraient pas debout ». En outre, ils affirment qu'ils ne peuvent pas combattre le diabète avec la seule insuline de l'Etat qui est à leurs yeux peu efficace. Ces patients encombrent les centres de santé en demandant des examens périodiques pour contrôler la glycémie qu'ils font gratuitement à l'hôpital en fournissant un certificat d'indigence. Ce sont des populations des campagnes et des populations urbaines des quartiers populaires de Biada et de Koléa qui ne bénéficient d'aucun système de prise en charge. Leur stratégie est donc de se tourner vers les services gratuits du ministère de la santé.

D'autres patients ont recours au secteur privé chaque fois qu'ils peuvent, car ils bénéficient d'une faible couverture sociale dont le remboursement est trop long et dérisoire. Quand ils ont les moyens ils se tournent vers le secteur privé qui est selon eux est de meilleur qualité au niveau de l'accueil de l'écoute et de la disponibilité du médecin. Mais le coût élevé de la consultation et de la prescription des médicaments entravent le suivi médical du patient. En cas de manque de moyens financiers, le malade se voit obligé de se réfugier dans le secteur public pour limiter le coût de la consultation et bénéficier de ce qui est gratuit, afin de n'avoir à sa charge que les médicaments non disponibles du centre de santé. Il n'en reste pas moins que certains malades déçus par la dégradation du secteur public et le coût élevé du secteur privé, cherchent une solution dans des thérapeutiques traditionnelles ayant la réputation de combattre le diabète, comme le cas de ce couple diabétique retraité, l'épouse raconte, « *je ne veux pas aller au centre de santé car j'ai peur qu'on me prescrive l'injection, c'est insensé d'avoir à faire cette piqûre tous les jours et à vie. Les malades se piquent partout, sur les bras, sur les cuisses et sur le ventre. Quand j'ai de l'argent je vais dans le privé, je prends le glucophage avec mon mari et quand je me sens bien je l'arrête (...) , en tout cas, le secteur public ou le secteur privé vous envoie à la pharmacie pour acheter les médicaments. Quand je n'ai pas les moyens et que je suis très malade , je vais chez les membres de ma famille qui me donnent de quoi aller chez le médecin privé. Mon mari et moi, nous sommes cousins, et nos familles nous aident indifféremment. Souvent je n'ai pas les moyens de poursuivre le traitement par le médecin privé, je compense par des thérapeutiques traditionnelles* ».

Tous les malades affirment par ailleurs que le meilleur moyen d'affronter la maladie reste tout de même le traitement médical. Les malades ont peur des discours sanction des médecins qui critiquent des pratiques ou une diète inadéquates. Ils tentent d'éviter de modifier leurs habitudes en « trichant sur les deux registres, celui des institutions, celui de l'individu ».

Pour la plus part des médecins rencontrés, l'idée forte est centrée sur le niveau de connaissance très bas du diabétique sur sa maladie ; et en conséquence, il leur apparaît important d'insister sur les risques qu'il encourt, car le malade n'est pas conscient de sa maladie et l'identifie à une maladie banale, comme ce médecin qui me dit « *je parle de façon très ferme au malade de toutes les complications graves s'il arrête son traitement, gangrène, amputations insuffisances rénales, cécité, coma, attaque cérébrale, etc.... »*. Or les formes pathologiques que prennent la chronicité de la maladie, amaigrissement, diarrhées, obésité, problèmes de vue, impuissance sexuelle, etc....) et les fréquentes rechutes dont sont victimes les diabétiques compliquent le trajectoire thérapeutique du malade qui retourne à des pratiques abandonnées dans un premier temps. Les cas étudiés nous offrent une multitude de soins entrepris par le malade du centre de santé, de la pharmacie pour l'auto-médication en passant par le médecin privé mais aussi par l'herboriste ou le guérisseur. Ne comprenant pas la chronicité de sa maladie, découragé, le diabétique peut suspendre tout recours thérapeutique, c'est ce qu' appelle Bernard Hours, une « auto-médication épisodique ». Pour le diabète, cette attitude est classique et l'automédication se pratique à grande échelle au Maroc. Les traitement sont ainsi essayés puis abandonnés, tout comme les recours thérapeutiques qui s'annulent entre eux.

Lors de cette enquête de terrain, nous nous sommes aperçue que la cherté de la consultation dans le secteur privé, les rendez-vous différés pour avoir accès à un spécialiste dans le secteur public, brisent toujours l'itinéraire thérapeutique du malade et le fait tourner vers une automédication, soit sur la base de prescriptions antérieures, des recommandations de proches ou voisins, soit à la pharmacie ou chez des herboristes. Ainsi, les personnes aisées, fonctionnaires, commerçants, cadres mutualistes ou non, pratiquent aussi l'automédication du diabète par la lecture et l'information. Ils gèrent eux-mêmes le dosage du traitement prescrit depuis plusieurs mois voire plusieurs années par un certain endocrinologue du secteur privé ou du secteur public. Ceux-là disent bien connaître leur maladie et estiment bien la gérer par un régime alimentaire strict, par des contrôles réguliers à domicile de glycémie et de l'urine. Ils augmentent ou diminuent le dosage du traitement prescrit, qu'il soit injectable ou oral, en fonction des contrôles à jeun effectués à domicile et en fonction de leur état physique quotidien. Ces patients soutiennent que leurs expériences vécues en matière de diabète leur a permis de bien connaître leur maladie et de renforcer l'idée qu'un"malade éduqué qui connaît sa maladie est le meilleur médecin pour soi même". Ce récit résume parfaitement la gestion du diabète par l'automédication, il s'agit d'un proviseur du plus grand lycée de Safi , avec une bonne couverture sociale de l'Education Nationale, « *j'ai acheté des livres sur le diabète, comment prendre en charge son diabète et comment gérer les effets secondaires. Des amis m'ont apporté des livres d'Europe, j'ai beaucoup appris au niveau des calories (...). Comme il n'y a pas d' endocrinologue, je gère moi -même mon diabète par un régime alimentaire très strict. Pour l'instant, je n'ai pas besoin d'aller à Marrakech ou à Casablanca pour voir un endocrinologue, mais je me déplacerai pour voir un néphrologue, car j'ai une*

insuffisance rénale ».

Par ailleurs nos entretiens répétés avec nos interlocuteurs ont fait ressortir que les problèmes matériels ne sont pas absents du processus du suivi de décision par le malade. C'est ainsi que certains diabétiques suspendront leur traitement et ne pouvant suivre de régime alimentaire. Tous les diabétiques savent qu'une alimentation saine et équilibrée (appelée couramment repas de régime) est la meilleure alliée du diabète. Ils savent qu'elle permet de maîtriser la tension artérielle, le poids, le cholestérol, et le taux de sucre dans le sang mais ils insistent tous sur les difficultés matérielles à suivre un bon régime alimentaire. Les jeunes évoquent leur dépendance à l'égard de leur famille qui a, à peine, selon eux de quoi subvenir aux besoins de leurs frères et sœurs ; « *je ne peux pas faire de régime car je dois manger ce qu'il y a à la maison, on n'a pas les moyens de faire un repas spécial pour moi* », me dit cette jeune diabétique. Le diabète nécessite beaucoup de dépenses médicamenteuse et demande un régime alimentaire strict et onéreux. « *Et celui qui a le diabète a la saisie, la ruine car tout notre argent part dans l'achat des médicaments et de la nourriture »* me dit une patiente aisée. Cette illustration montre la détresse psychologique générale des diabétiques à suivre un régime et avoir un traitement médical adapté devant les contraintes liées à la cherté de la vie.

Conclusion

La cherté de la consultation dans le secteur privé, et les difficultés pour avoir accès au spécialiste dans le secteur public, perturbe l'itinéraire thérapeutique du malade et amène le malade à décider de rechercher un spécialiste à Marrakech ou à Casablanca les deux grandes villes proches de Safi où sont concentrés aux yeux des patients, toutes les spécialités médicales. Mais la distance la perte de temps, le manque de moyens financiers brisent toujours le suivi thérapeutique du malade et le fait tourner vers une automédication, qui se limite à faire équilibrer son diabète pour « minimiser les dégâts » comme le disent les patients eux-mêmes

Les personnes aisées pratiquent l'automédication du diabète par la lecture et l'information et estiment bien connaître leur maladie, cependant, ils sont toujours à la recherche de spécialistes pour la thérapeutique des complications du diabète. Pour eux, ce n'est pas l'équilibre du diabète ou le manque d'endocrinologue qui pose problème mais « les graves pathologies » engendrées par le diabète. « Ces patients en connaissent beaucoup sur la gestion des symptômes et des traitements et ne se conforment plus passivement aux prescriptions médicales » décrypte Camille Lamotte, 2010. Quant à Antoine Rode, 2012, cette autonomie est un « choix par défaut ». Il s'agit de prendre soi même ses problèmes de santé parce que l'on ne peut pas faire autrement.

Enfin, cette recherche, a révélé que tout se passe comme s'il y a une double gestion : l'une socialisée et institutionnelle, l'autre individuelle, le tout sans analyses régulières permettant d'ajuster le traitement.

Références

- DEPRES. C et All, 2011, *Le renoncement aux soins pour raisons financières*, *IRDES,* Questions d'economie de la santé. N°170
- DEPRES. 2012 , *Renoncer aux soins comme forme de résistance à la médecine*, Pratiques,N°57, Avril
- FAINZANG. S. 2015, *Autonomie et automédication*. Pratiques. *N° 68. "Autonomie" et santé*. Février
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FAINZANG. S, 2006, *La relation médecins/malades : Information et mensonge*, Paris, PUF
- LAMOTTE Camille, 2010, *Maladie, la loi du silence*, Journal du CNRS, N° 242 Mars
- NAAMOUNI Khadija , 1993-1995, *Le culte de Bouya Omar,* Casablanca , Eddif
- SAILLANT. F, 1999, *Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique*. Anthropologie et sociétés. Vol.23.N°2
- RODE Antoine, 2012, *Etre éloigné du système de soins*. Pratiques, N°57, Avril
- VERET. J.L, 2015, *Itinéraires des soins autonomes*. Pratiques, Autonomie et santé, N°68, Février

Les pratiques communautaires d'automédication concernant Ebola.Rôle des chercheurs dans les stratégies des ONG pour lutter contre la maladie

Mohamed Arafan Cissoko

Docteur en sociologie (Université de Nantes, 8 Septembre 2010)
Statut actuel : Travailleur Humanitaire, Coordinateur Terrain Action Contre la Faim
Statut précédent (suivi Ebola) : Coordinateur des opérations, Croix-Rouge Française contre Ebola en Guinée.

Contexte d'apparition et problématique de riposte à Ebola

La Guinée annonce l'épidémie du virus Ebola en mars 2014. Cette maladie méconnue en Afrique de l'Ouest se propage alors à travers les failles du système de santé local (insuffisance de personnels préparés à ce type d'épidémie, manque de moyens matériels, financiers et logistiques appropriés, inexistence de médicament contre le virus).

La dissémination rapide de la maladie a été également due à une propagation de rumeurs à caractère politique et socio-économique : le pouvoir instrumentaliserait l'épidémie pour mettre fin à des manifestations sociales organisées par l'opposition et qui affectent les activités économiques et administratives, suivies de violence entravant la libre circulation des personnes et des biens. Le virus serait introduit par une entreprise multinationale contre la renégociation désavantageuse des contrats miniers, voulue par le gouvernement.

Le délai entre l'apparition et la déclaration officielle de la maladie serait une dissimulation orchestrée par le pouvoir pour mieux gérer la visite officielle d'une importante délégation étrangère aux enjeux politico-économiques considérables.

L'organe national de riposte serait soupçonné d'abus et de fraudes dans la gestion d'importants moyens financiers, matériels et logistiques sur fond de connivence avec les lobby de laboratoires pharmaceutiques.

Les agents médicaux et autres personnels auxiliaires qui interviennent dans les villages risquent d'y introduire le virus, afin de garantir leur travail et leurs avantages induits. Ces agents affectés au transport des malades vers les centres de traitement et en charge de l'enterrement digne et sécurisé[1], partent des villages avec les malades et reviennent avec des cadavres parce qu'ils sont impliqués, dans les centres de traitement,

1 Il s'agissait de mettre les cadavres dans les sacs mortuaires afin d'éviter tout risque de contamination. La dignité dans la pratique consistait à encadrer et suivre au mieux les rites habituels de sépulture. Cet objectif n'a pas été toujours atteint. En effet, les rites vont bien au-delà de l'enterrement. Ils commencent pendant la maladie, jusqu'aux périodes de deuil, en passant par la préparation du corps et l'enterrement.

dans les trafics d'organes, ce qui justifie l'utilisation de sacs mortuaires, afin de dissimuler les mutilations sur les cadavres. Il conviendrait de se méfier d'eux, en leur cachant des malades et toutes autres informations en lien avec Ebola et la localité.

Ces rumeurs et suspicions qui ont valu à l'ensemble du dispositif de riposte, le qualificatif d'«Ebola business » ont marqué la stratégie de riposte, récusé la dimension médicale de l'épidémie au second rang et influencé la perception sociale, ainsi que les comportements sociaux face aux consignes de prévention et de prise en charge.

L'organe national de riposte (constitué majoritairement de médecins) cherchait à déconstruire ces rumeurs, agir sur leurs conséquences, mettre en avant et consolider la perception médicale d'Ebola, afin de se donner des espoirs de garantie d'issue à la crise sanitaire qui perdure et se propage.

Ebola : « un conflit social »

Les rumeurs ont engendré les réticences qui se sont enracinées à travers les éléments inhérents au virus.

En effet, la peur résume également Ebola :

- La peur de la maladie mortelle : face à l'inexistence de traitement contre Ebola, les centres de traitement qui ne peuvent pas ainsi garantir les guérisons, ont dû changer de nom, pour devenir centre de prise en charge. L'hôpital qui est perçu comme un lieu d'espoir de vie a été « décrédibilisé » et déserté.
- La peur de la stigmatisation : Ebola serait une sanction divine contre la dépravation des mœurs. C'est un mystère et une inconnue dont il faut se protéger. Ceci passe quelques fois par sa négation fatale.
- La peur de l'isolement : qui n'épargne ni les femmes enceinte, les personnes âgées et qui devient notoire quand il s'agit des enfants - Carine Baxerres, Jean-Yves Le Hesran *(Etude Socio-Anthropologique en Pays Sereer) au Sénégal.)*[2].

En effet, dans les centres de traitement Ebola, les médicaux sont tenus inhabituellement à distance des patients, dans les combinaisons qui couvrent l'entièreté de leur corps, y compris le visage. Les malades entre eux sont également dissociés selon leur distinction entre cas suspects, probables et confirmés. Les familles et autres personnes proches sont tenues à l'écart lors des visites aux malades. Le contact avec autrui est ainsi limité et l'on se bat presque seul pour la vie ou contre la mort qui semble plus probable que la guérison « miraculeuse ».

2 « Quel que soit le statut économique des familles, l'organisation sociale et la répartition des tâches entraînent une plus grande proximité de la mère vis-à-vis des enfants en bas âge, comparativement au père. Elle prend conscience plus rapidement que lui de la maladie de l'un d'eux (Adjamagbo, Delaunay, 1999; Delaunay, Le Hesran, 2002). La mère est particulièrement proche de l'enfant qu'elle porte au dos, depuis sa naissance jusqu'à ses deux, trois ou quatre ans selon les cas. Plus âgés, ils sont présents lors de toutes les activités féminines (pilage des céréales, préparations culinaires, lessive, portage de l'eau, travaux des champs), alors que les hommes se font plutôt accompagner des adolescents lors des travaux aux champs et des activités d'élevage. Dans les familles polygames21, la femme ne partage pas toujours la chambre de son époux et les enfants en bas âge dorment le plus souvent avec elle » Carine Baxerres, Jean-Yves Le Hesran, « Quelles ressources familiales financent la santé des enfants ? Les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais », Revue Tiers Monde 2010/2 (n° 202), p. 149-165.

- La peur du « sacrilège » par la remise en cause des coutumes et tabou : en sentant les derniers moments de la fin de vie notamment chez les personnes âgées, les proches accentuent leur présence à leur côté. C'est le moment de recueillir les dernières volontés, les informations portant sur les biens tenus encore secrets, le partage de l'héritage, la transmission de formules et incantations ayant des vertus magiques, le choix du lieu de l'enterrement, la conduite des cérémonies funèbres. C'est aussi le moment pour les proches de porter plus d'attention à ces personnes âgées, en s'investissant dans leur intimité par le soin corporelle et l'alimentation, pour bénéficier des dernières bénédictions qui abrogent tous les antécédents fâcheux et augurent une bonne continuation dans la vie, en ayant une conscience tranquille par la satisfaction de s'être séparé en paix avec son père, sa mère, sa tante, son oncle, ou toute autre personne qui mérite respect et obéissance.

Lorsqu'intervient le décès, la sépulture intègre certaine manipulation du corps par les toilettes funèbres, les prières, le maquillage, l'habillement selon les rites de la société d'appartenance.

L'enterrement obéît également à des pratiques et codes lors de la mise sous terre, avec la présence temporaire des proches dans la tombe pour le dépôt de la dépouille, avant d'en sortir pour le recouvrement des lieux par les feuillages et de la terre.

Au retour dans le domicile du défunt, les proches et le voisinage se retrouvent autour de et entourent par leur présence, l'époux ou l'épouse, ainsi que les enfants selon la composition du ménage, et y restent pour les consoler pendant une durée illimitée et tant que cela est nécessaire, ou suivant les impératifs majeurs des uns et des autres, mais qui privilégient tout de même, une importante présence humaine au domicile du défunt. Pendant ce séjour en communauté, les uns et les autres partagent les repas et les espaces exigus propices à la proximité et au frottement.

Une bassine remplie d'eau sert au lavage des mains et du visage à tous les visiteurs. Cette eau n'est renouvelée que lorsqu'elle est jugée sale suite à la constatation visuelle de la diminution sa clarté.

Ces exemples de pratiques non exhaustifs font partie des coutumes et pratiques enracinées dans la société. Cependant, elles sont considérées comme à risque en période Ebola parce qu'incompatibles avec les consignes de prévention, qui déconseillent les attroupements, les salutations de poignée de main qui exposeraient aux risques de contamination dans un large public hétérogène, où il est difficile à priori d'identifier de potentielles personnes contaminées.

L'attachement à ces pratiques coutumières est une manifestation de la réticence qui s'applique instinctivement, y compris quelques fois par les acteurs de la riposte (qui prennent part à certains regroupements à l'occasion de cérémonies à caractère social) explique en partie la difficulté pour les populations à observer les consignes officielles de prévention sanitaire.

Lorsque les agents en charge du transport des malades et de l'enterrement des cadavres aspergent les cadavres de chlore dans les sacs mortuaires et procèdent à l'inhumation, il apparait une sorte d' « usurpation » de l'enterrement qui perd son contenu et son sens. Aux proches investis d'un devoir moral, se substituent les « inconnus

rémunérés » pour ce « travail » qui n'est plus un acte symbolique de portée majeure. La compassion qui précède l'acte, cède la place à l'obligation professionnelle de résultat. L'intimité est violée et désacralisée, les jeunes gens de tout sexe confondus et non-initiés aux rites traditionnels recommandés en pareille circonstance, manipulent les cadavres des notables devant le regard impuissant des proches et de l'ensemble de la communauté.

Dans l'imaginaire, la pulvérisation est associée à la souillure et au poison. On pulvérise les champs contre les insectes, les maisons contre les souris, les rats ou les cafards. La pulvérisation tue. Il apparait alors difficile de faire admettre la pulvérisation des cadavres qui méritent plutôt un dernier hommage et l'honneur ultime devant « les accompagner » vers le seigneur, Dieu, ou les ancêtres dans le monde pur. Pour ce voyage, ils doivent être débarrassés de toute impureté, donc ils ne doivent pas être pulverisés.

Les rumeurs et perceptions autour des acteurs de l'organe national de riposte et de la maladie, le taux de mortalité élevé dans les centres de traitement ou de prise en charge et l'absence d'une réelle intégration de la dimension socioculturelle de la maladie, constituent des éléments qui ont alimenté les réticences exprimées sous diverses formes.

- violentes : blocages des accès menant aux localités à risque, agressions verbales et physiques contre les acteurs de la riposte (personnel soignant, auxiliaires, agents sensibilisateurs communautaires, entreprise de construction de centre de traitement, véhicule de transport…)
- pacifique : rétention d'informations, dissimulation des malades et des cadavres, intox, refus de diffuser les messages officiels, diffusion de contre messages.

Ces réticences contribuent à la compréhension des réactions populaires d'auto protection, jugées hostiles :

- l'incendie d'un véhicule d'une équipe en charge de l'enterrement digne et sécurisé, ainsi que l'agression du personnel suivi de leur privation de leurs matériels de travail.
- l'opposition des populations d'une localité périphérique de la capitale à l'inhumation dans leur cimentière, d'une personne morte d'Ebola, par peur d'introduction du virus dans leur zone.
- La dissimulation de cadavre au milieu des bagages, sur les toits des véhicules pour échapper, nuitamment au contrôle des services de sécurité, en charge de l'application des mesures d'urgences sanitaires interdisant tout transport de cadavre d'une localité à une autre, pour des fins d'enterrement dans le village natal.
- La dissimulation de cadavres habillés comme des vivants, installés dans le véhicule, au milieu des passagers, pour tromper la vigilance des services de sécurité, qui ne découvrent l'astuce qu'au cours d'un contrôle d'identité nécessitant la présentation de pièce d'identité par chaque passager.

Parallèlement à ces réticences qui constituaient de véritables problèmes, l'organe national de riposte améliorait sa connaissance de la maladie et la prise en charge médicale, à travers le test de quelques protocoles de soin et l'essai vaccinal.

Ces périodes, bien que marquée par l'enregistrement de quelques guéris d'Ebola[3], la

3 En effet, l'organe national de riposte a constaté que certaines personnes qui s'en sortaient après un

persistance des décès communautaires testés positifs au virus, de personnes inconnues du système de surveillance et d'alerte, était un indicateur clé de la non maitrise de la situation, ainsi que de la persistance des risques de propagation de la maladie.

Les médicaux se sont rendus à l'évidence qu' « Ebola ne se combat pas que dans les structures de santé », qui devenaient tantôt quasi vides, tantôt subitement pleins de malades. Les localités « sorties d'Ebola » enregistraient de nouveaux cas. Les villes jusque-là exemptes du virus déclaraient leurs premiers cas.

Il convenait de trouver une issue aux réticences et de favoriser le soutien communautaire aux mesures et recommandations sanitaires.

L'automédication à travers le parcours de soin qui apparaissait aux yeux de l'organe national de riposte comme un risque majeur à l'antipode des mesures d'urgence sanitaires, devrait alors être mise en perspective, pour en comprendre les enjeux et les manifestations, afin de l'intégrer aux stratégies de lutte mises en place.

L'automédication dans la riposte Ebola

Ebola se manifeste également par les signes de maladies habituelles telles que le paludisme, la fièvre ou par d'autres symptômes (vomissements, saignement, toux, diaprées par exemple) qui ne sont pas extraordinaires à première vue et qui font l'objet de parcours ordinaire de soin. Consultation par le médecin du quartier dans ou en dehors d'un établissement de soin, et souvent à domicile du patient ou du médecin. Le recours à un guérisseur ou marabout de la localité ou des contrées lointaines, selon l'urgence apparente, les moyens disponibles ou la renommée du guérisseur.

Quelques fois on fait recourt au guérisseur et au marabout, sur recommandation du personnel médical, qui s'exprime à travers « une casquette », non pas de médecin ou d'infirmier, mais comme un citoyen à part entière de la communauté faisant lui-même recours aux croyances locales. Ne dit-on pas souvent que « *l'Afrique à ses valeurs* ».

Ces conseils qui peuvent paraitre étranges de la part d'un personnel médical, font souvent suite à une situation d'impasse, lorsque les diagnostiques en milieu hospitalier n'aboutissent à aucune détection ou explication en lien avec les plaintes du patient, qui continue de porter la douleur, c'est-à-dire lorsque : *« la médecine moderne n'a rien détecté, ce n'est pas une maladie de l'hôpital, et qu'il vaut mieux voir les guérisseurs et les marabouts » ?*

Cette habitude existante, persistante se poursuit en période d'Ebola, non pas comme un refus ou un rejet à priori catégorique des consignes officielles médicales de l'organe national de riposte, mais comme une pratique normale encrée dans les habitudes, et qui ne laisse aucune dérogation à Ebola qui fait des ravages.[4]

Le recours à l'automédication devient alors le premier réflexe[5]. Dès l'apparition des

séjour dans les centres de traitement, présentaient des signes d'autres maladies. De ce fait, il convenait non pas de les appeler guéris d'Ebola, mais survivant d'Ebola.

4 A ces éléments de compréhension de l'automédication s'ajoutent bien entendu les facteurs liés aux réticences énumérées plus haut.

5« En cas de maladie, les habitants ont recours à des pratiques domestiques (automédication à base de médicaments pharmaceutiques industriels achetés dans le marché informel du médicament6 ou automédication à base de plantes) ou à des spécialistes de la santé

signes suspects (forte température, diarrhée ou vomissement), le recours aux soins prend deux formes principales:

- sous forme médicamenteuse, en se procurant des médicaments auprès des pharmacies (sans ordonnance, ni conseil) ou des étalagistes sur les marchés. Cette pratique a été également observée chez le personnel soignant qui évitait de prime abord une admission dans les centres de traitement Ebola.

- par le recours aux plantes et racines ayant des vertus thérapeutiques, sur prescription des guérisseurs (marabouts et / ou féticheurs). Ceux-ci accueillent chez eux les patients, les « examinent », décrivent la maladie (causes, gravité, possibilité et mécanisme de traitement) puis procèdent aux soins.

Cette seconde option est la plus courante. Les malades peuvent être gardés sur place tout au long du traitement, ce qui permet en outre de minimiser les coûts induits (comme le transport) et de rassurer les malades et leurs proches par un environnement social attentif, avec une possibilité de procéder aux rites funéraires en cas de décès. Soit les malades retournent à leur domicile avec des prescriptions à suivre (les potions magiques, les talismans, les racines, les feuilles, les ossements, chairs ou peaux d'animaux, ou un mélange hétérogène dans les marmites). Ces remèdes devront être utilisés (bus, mangés, portés sur soi, utilisés en massage, enterrés, jetés à la mer ou en brousse, suspendus au seuil de la porte d'entrée de la maison…) suivant des consignes spécifiques, avec l'observation des totems et interdits. Les malades sont suivis à distance par la transmission au guérisseur des nouvelles de l'évolution du traitement et de leur état de santé. Ce lien est assuré par les proches chargés également de récupérer les doses et traitements additionnels auprès des guérisseurs.

Ces pratiques d'automédication, en articulation avec les croyances, ancrées et rassurantes au sein des communautés, constituent le premier ou l'ultime recours en cas de maladie. Leur efficacité est difficile à évaluer, de par leur nature informelle, notamment en période d'Ebola.

S'il est difficile de dénombrer les personnes guéries d'Ebola par les pratiques d'automédication, il ne fait cependant aucun doute que de nombreuses familles ont pu vivre la fin de vie et les funérailles des proches décédés en cette période d'épidémie, d'Ebola ou d'autres maladies. Et ceci fut possible par le choix du parcours de soin qui leur a permis d'échapper au système d'alerte et de surveillance, pour pratiquer et être en harmonie avec leur croyance et coutume.

La mobilisation des socio anthropologues a été déterminante pour « infiltrer » cet espace socioculturel, trouver des stratégies pour contrer les rumeurs, obtenir l'adhésion des tradi-praticiens et œuvrer à leur prise en compte dans la stratégie de riposte pour contribuer à la réduction considérable des réticences.

(guérisseurs ou infirmiers) ». « Par ailleurs, l'offre de soins traditionnels est importante ; on dénombre entre deux cents et trois cents guérisseurs en activité. Ils sont présents dans la plupart des hameaux où ils exercent des savoirs divers de sources religieuse ou traditionnelle, conférés par les ancêtres ou acquis au terme d'un apprentissage. Ils sont soit spécialistes de certaines pathologies, soit généralistes et prodiguent des soins variés (incantations, massages, libations). »Carine Baxerres, Jean-Yves Le Hesran, « Quelles ressources familiales financent la santé des enfants ? Les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais », Revue Tiers Monde 2010/2 (n° 202), p. 149-165.

L'intégration de l'automédication dans le dispositif de lutte contre Ebola

Dans un premier temps, l'automédication a été déconseillée et assimilée aux actes qui concourent au risque de propagation de maladie à potentiel épidémiologique et qui sont susceptible de sanction. Elle était perçue par l'organe de riposte comme un frein aux efforts de lutte contre l'épidémie. Par le fait que les personnes qui optaient pour ce parcours de soin échappaient quasiment au dispositif de surveillance et d'alerte.

Les médicaments pharmaceutiques usuels pris en dehors de tout protocole et isolés de l'approche globale et intégrée de la prise en charge, ne garantissaient pas, aux yeux de l'organe national de riposte, le traitement de la maladie.

Les guérisseurs, marabouts, et autres catégories apparentées n'étaient pas outillés pour le respect et l'observation des mesures de biosécurité. Leur domicile qui fait office de lieu d'accueil et de vie des patients, de la famille et du visionnage étaient perçus comme des endroits potentiels de contamination. Où il était difficile de veiller à ne pas se serrer les mains, ou se toucher, d'éviter d'utiliser les mêmes verres à boire, les mêmes assiettes pour le repas. Rappelons qu'habituellement l'on partage tous ces ustensiles et l'on mange à la main dans le même vase après avoir utilisé un premier vase commun rempli d'eau et destiné au lavage des mains. Ces éléments ainsi que l'accès facile au cadavre potentiellement à risques, justifient les craintes de l'organe national de riposte

Si ce positionnement paraissait audible, les mesures pour contenir ces pratiques devraient être revues pour substituer la tendance à la répression (descente policière, arrestation, menace de sanction pénale) qui avait des effets contreproductifs, à une approche d'intégration communautaire.

La répression ayant conduit au durcissement des réticences et à l' « innovation » de plusieurs formes d'échappatoires et de dissimulation contournant la vigilance du système de surveillance et d'alerte.

Il a fallu alors intégrer les tradi-praticiens à la stratégie de riposte à travers la prise en compte de la dimension socioculturelle de la maladie et de la mort, en s'appuyant sur les apports des socio-anthropologues.

Au départ de la riposte, les anthropologues faisaient partie de la stratégie, sans y être réellement visibles. Ils étaient timidement fait référence à leurs activités qui n'étaient pas proactives, mais répondaient d'abord, dans les faits, à un besoin de documentation et de compréhension ponctuelles de la situation pour un soutien éventuel aux actions de riposte en cours[6]-*Carine Baxerres et Emmanuelle Simon, « Regards croisés sur l'augmentation*

6Des années 1920 aux années 1970, qu'ils se soient ensuite développés sous la houlette de l'anthropologie médicale anglo-saxonne [Kleinman, 1980 ; Fabrega, 1977] ou de l'anthropologie de la maladie francophone [Augé, 1986 ; Sindzingre, 1983 ; Fainzang, 1986], les travaux anthropologiques portant sur les objets thérapeutiques étaient focalisés sur les remèdes et les préparations réalisées selon des prescriptions rituelles en lien avec la dimension surnaturelle de la maladie. Ils s'inscrivaient dans la lignée des travaux de l'anthropologie classique portant sur la sorcellerie, la divination, les rituels de possession et d'affliction [Rivers, 1924 ; Evans-Pritchard, 1972 ; Ackerknecht, 1946 ; Lévi-Strauss, 1958 ; Turner, 1972]. Que ces travaux aient été menés dans une perspective appliquée pour éclairer, par une connaissance des faits de culture, la pratique biomédicale ou selon une approche plus fondamentale, pour accéder à la connaissance des sociétés à laquellela maladie, porte d'entrée

et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », Autrepart 2012/4 (N° 63), p. 3-29.

Il n'y a pas eu de recherches formelles, les missions terrains au service de l'action étaient l'approche recommandée par l'organe de riposte qui était engagé dans une course contre la montre, exigée par le calendrier politique. On assistait à un écart entre le temps de la recherche (pour la compréhension du phénomène avant l'action) et celui des médicaux et intervenants humanitaires, au regard des enjeux et des attentes des politiques. Les tensions étaient observables lors des prises de paroles en réunion. Mais les socio-anthropologues ont fini par se faire entendre et réussir à faire émerger ou consolider la dimension communautaire au sein de la riposte contre l'épidémie. Ce qui a permis dans une sorte de jeu d'équilibrage l'obtention des contreparties de part et d'autres.

L'organe national de riposte a ainsi envisagé un regard partenarial vis-à-vis des guérisseurs et marabouts jouissant d'une notoriété populaire qui leur octroi de fait, leur rôle d'interface entre les communautés et les acteurs de la riposte. Ainsi, leur revendication a été entendue et prise en compte. L'exercice de leur « métier, activités » a été accompagné pour la prise en compte des préoccupations de l'urgence sanitaire. Ce qui a abouti à des séances de sensibilisation des guérisseurs, de mise à disposition des kits de lavage des mains, de l'utilisation des solutions chlorées ou l'eau savonneuse, la distribution et le port des équipement de protection et des gants pour la consultation des patients, la formation pour l'identification des premiers signes de la maladie, le référencement des cas suspects, les alertes et l'appui au suivi des cas contacts, la formation des imams à la manipulation et au traitement sécurisé des corps contaminés pour répondre aux attentes de respect des sépultures des populations. Organisation des missions conjointes de sensibilisation communautaire, invitation à des réunions de l'organe national de riposte, encouragement des groupements de guérisseurs à assurer la sensibilisation et l'adhésion d'autres guérisseurs.

Les guérisseurs ont contribué à diffuser les nouvelles approches de collaboration avec l'organe national de riposte, s'en est suivi une acceptation des messages de prévention et des recommandations officielles, leur observation, l'abandon des contre messages, la participation actives à la dissémination d'informations officielles, la levée progressive des réticences, l'accès plus sûr aux localités, l'acceptation et le soutien de l'essai vaccinal, la fréquentation des centres de prise en charge, le succès de la veille active communautaire et le cerclage des localités contaminées, le refus des religieux à prier sur les cadavres en l'absence de certificat médical attestant un décès communautaire ou institutionnel non lié à Ebola, l'appel aux services des agents en charge de la décontamination en cas de décès suspect.

---

privilégiée, permet d'accéder, ils se sont surtout attachés à décrire des systèmes médicaux qui diffèrent du système de santé biomédical.

Références

- Carine Baxerres, Jean-Yves Le Hesran, « Quelles ressources familiales financent la santé des enfants ? Les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais », Revue Tiers Monde 2010/2 (n° 202), p. 149-165.
- Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges / Alice Desclaux et Marc Egrot (dir.) Paris, L'Harmattan, 2015, 282 p.
- Guienne V., 2012, Nos choix de santé, Dilemmes et controverses, l'Atalante

Automédication et inquiétude sanitaire : quels enjeux pour la santé publique ?

Marie-Clémence Perez

Université de Strasbourg, Centre Européen Enseignement et de Recherche en Ethique, Laboratoire d'accueil : IRIST (EA 3424).

Introduction

L'automédication et ses controverses révèlent l'importance des mutations à l'œuvre dans le champ social et politique de la santé et offrent un lieu d'observation privilégié de cette évolution. Pour tenter de saisir, dans sa complexité et dans ses dynamiques, le rapport que les individus et les groupes sociaux entretiennent avec la santé à travers l'automédication, et les enjeux éthiques qui s'en dégagent pour le système de santé et les politiques publiques, nous proposons de mobiliser les outils conceptuels fournis par l'analyse sociologique, et notamment les interprétations qu'offrent les théories dites « de la modernité réflexive » ou de la modernité avancée. La comparaison et l'articulation de ces descriptions de l'automédication permet de mettre en avant certains aspects qui méritent l'attention de l'analyste.

Ces observations révèlent, premièrement, un phénomène d'expansion du champ de la santé, et de porosité des domaines du sanitaire, du moral et du politique. Au phénomène déjà repéré dans la littérature, de *médicalisation* [1] (de la santé et plus largement de l'espace social), s'adjoint une tendance à la *moralisation*[2] de la santé, créant une situation paradoxale dans laquelle l'individu, fortement incité à veiller activement sur sa santé, est renvoyé à la responsabilité de guider sa conduite et d'opérer, en la matière, des choix fortement empreints de réflexivité. Dans un « monde incertain »[3] où la « culture du risque »[4] déplace en permanence les frontières de l'utile et du nuisible, du sûr et du risqué, une véritable culture de l'inquiétude prend forme dans le champ des représentations et conduites en matière de santé.

Nous ne limiterons pas notre analyse à l'automédication prise en son sens le plus strict (prise d'un médicament non prescrit délivré en officine), préférant en élargir le spectre à l'ensemble des pratiques sociales qui relèvent de l'auto-soin, de l'autopromotion de la santé, et de l'hétérodoxie médicale et thérapeutique (y compris lorsqu'elle est proposée par

1 PINEL P., article « médicalisation », in. FASSIN D., HAURAY B., (dir.), *Santé publique, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, pp. 425-434 ; GORI R., DEL VOLGO M.-J., *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 2005.

2 MASSE R., *Anthropologie de la morale et de l'éthique,* Laval, Presses de l'Université de Laval, 2015, p.39

3 CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y., *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique,* Paris, Seuil, 2001

4 BECK U., *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, 2001, p.138-139 (traduction française de *Risikogesellschaft*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1986)

des praticiens de santé diplômés). Il s'agit pour nous d'envisager l'ensemble des pratiques sociales à travers lesquelles un sujet (malade ou bien portant) *prend l'initiative* d'adopter un comportement, de rechercher une information, ou de recourir à un produit, à une thérapeutique, *se situant hors du cadre délimité par la biomédecine institutionnelle*.

Dans cette acception, certaines pratiques d'automédication sortent du champ de notre réflexion, comme l'automédication encouragée et supervisée par le médecin traitant, l'éducation thérapeutique des malades chroniques, ou la délivrance de médicaments hors prescription en officine, sur les conseils du pharmacien, alors que d'autres y prennent place. Ce redécoupage permet de mieux prendre en compte les aspects significatifs du phénomène, en mettant à en avant des critères déterminants tels que l'évitement des professionnels « orthodoxes » et des institutions, et l'importance accordée par l'usager à une réponse personnalisée à ses besoins de santé, deux phénomènes relevant, d'après notre hypothèse, de la moralisation de la santé et de l'inquiétude sanitaire.

Notre définition inclut en effet : les thérapies dites « complémentaires » reconnues ou en voie de reconnaissance institutionnelle (homéopathie, phytothérapie, acupuncture, ostéopathie), mais également les théories ou pratiques qui, bien qu'hétérodoxes et non validées scientifiquement, ont été adoptées par des professionnels de santé institutionnels, par exemple l'haptonomie pratiquée par des sages-femmes, ou encore les médecins se spécialisant dans le diagnostic et traitements de pathologies dites émergentes (maladie de Lyme, intoxications aux métaux lourds, intolérance au gluten ou au lactose). Nous proposons d'inclure également dans le champ de notre réflexion les théories et thérapies pseudo-scientifiques (kinésiologie, tellurisme, magnétisme), les pratiques traditionnelles (barreurs de feu, magnétiseurs), ainsi que les discours et les pratiques « composites » de promotion de la santé véhiculés par les livres et les sites internet, associant diverses théories et préconisations, et fréquemment assorties de sollicitations commerciales (, ustensiles, appareils ou objets, compléments alimentaires ou stages de formation…)

Ces pratiques sont, d'après nos observations, également à mettre en relation avec les pratiques de santé adoptées par des personnes bien portantes mais insatisfaites de leur état de santé présent et/ou préoccupées par leur état de santé futur, et désireuses d'agir sur leur corps et leur environnement. Les choix en matière d'alimentation et de cadre de vie, notamment, sont de plus en plus souvent questionnés, parfois radicalement. L'attitude consistant à exclure de son régime un élément jugé nocif, dans le but de protéger et/ou d'améliorer sa santé (gluten, lactose, viande, additifs, pesticides…) est extrêmement répandue et relève à notre sens de la réflexivité négative en matière de santé. [5]

Dans la majorité des cas, ces représentations et ces pratiques hétérodoxes viennent compléter les traitements validés par la biomédecine, s'y ajouter, ou en compenser les effets, comme par exemple, dans le cas du recours à l'homéopathie, à la radiesthésie, et à la phytothérapie dans le but d'améliorer les chances de guérison au cours du traitement d'un cancer par chimiothérapie. Tantôt complémentaires, supplémentaires, alternatives, ou dissidentes, ces pratiques se situent (et situent leur pratiquant) diversement par rapport à la biomédecine, mais n'en constituent pas la négation et ne s'y substituent que rarement. Cette dernière apparaîtrait plutôt comme leur présupposé, leur condition de possibilité,

5 Selon un mot d'Anthony Giddens, « tous les habitants des pays développés (…) sont au régime » tant leurs choix alimentaires sont imprégnés de réflexivité. GIDDENS A. *La transformation de l'intimité,* Rodez, Le Rouergue, 2004, p.47

constituant l'environnement social et culturel dans lequel elles peuvent advenir. Elles dessinent ainsi un paysage un varié, complexe et mouvant, au gré des expériences, des recherches, des échanges, et de l'évolution de l'état de santé des personnes qui y ont recours. Comment interpréter le mouvement d'amplification et d'expansion de ces pratiques qui semble se confirmer depuis quelques années ?

La « reconfiguration de l'espace social de la santé »[6] depuis les années 80 : paradoxale autonomie.

Rappelons les traits marquants de l'évolution du champ social de la santé ces trente dernières années : le développement simultané de la biomédecine, des technologies médicales et des technologies de l'information, ont engendré une évolution rapide et profonde du système de santé, des pratiques, des représentations et des relations de soin. Parallèlement, l'essor de la bioéthique a placé la valeur d'autonomie au cœur des enjeux éthiques et politiques de la santé publique. Les notions de risque/sécurité, d'autonomie et de responsabilité occupent dorénavant une large place dans l'espace sociopolitique de la santé.

Cette période est également décrite comme le moment de « l'irruption » [7] de la personne malade et au-delà, de l'usager du système de santé : les associations de patients font désormais partie de l'espace social de la santé[8] et entendent peser sur les politiques publiques. Mais les revendications ayant trait à la santé (sa protection, sa promotion, la réparation d'un tort, l'exercice d'un droit) ne sont plus seulement le fait de personnes souffrant d'une pathologie spécifique (maladies rares, par exemple) ou de victimes (amiante, Mediator). D'une manière générale, la protection et la promotion de la santé, est devenue une forme de contestation politique et un vecteur de transformation sociale, également pour les bien-portants : la santé identifiée à une valeur sociale, morale et politique prend la forme d'une vulnérabilité que les pouvoirs publics ont le devoir de respecter et de protéger, en prenant en compte les attentes et les choix des individus en la matière.[9]

Il existe par ailleurs du côté des pouvoirs publics un large consensus pour reconnaître la nécessité « d'accompagner les patients dans leur souhait d'être acteurs de leur santé »[10]. Le CCNE décrit cette tendance à valoriser les choix autonomes comme un « choix de société »[11] qu'il faut prendre en compte. La loi dite « Kouchner »[12] et la notion de

6 FAINZANG, S. Sylvie, *L'automédication, ou les mirages de l'autonomie,* Paris, PUF, 2012

7 SAOUT C., « L'irruption » de la personne malade », in. HIRSCH E. (dir.), *Traité de bioéthique II*, Paris, Eres, 2010, pp.199-208.

8 AKRICH M., MEADEL C., RABEHARISOA V., *Se mobiliser pour la santé, des associations de patients témoignent,* Paris, Presses de l'Ecole des Mines, 2009.

9 La trajectoire de la revue *« l'impatient »* fondée en 1977, est à cet égard intéressante. Le titre, qui se définit comme « mensuel d'information et de défense des consommateurs de soins médicaux » est devenu *« alternative santé »* en 1997, et a été racheté en 2013 par le groupe de presse Santé Port-Royal)

10 COULOMB A., BAUMELOU A., *« Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs »,* Rapport établi à la demande du ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2007, 32 p.

11 CCNE, *Avis n°87 « refus de traitement et autonomie de la personne »*, 14 avril 2005.

12 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

démocratie sanitaire constituent la réponse institutionnelle et politique à ce mouvement de transformation sociale. Mais ses effets sur le champ social de la santé ne sont pas encore pleinement mesurés : la situation actuelle, évolutive et ambivalente, concerne aussi bien les usagers que les professionnels de santé. L'abandon d'un modèle paternaliste/scientiste est clairement affirmé mais les contours du nouveau modèle restent à élucider : la Haute Autorité de Santé relève par exemple en 2013 « l'absence de représentation précise du modèle de décision partagée » et des discordances entre patients et médecins concernant la perception du mode de prise de décision ».[13]

Ces évolutions dessinent pour l'automédication un contexte déstabilisation des cultures et identités professionnelles, de densification normative (judiciarisation) dans le champ de la santé, et du développement simultané du contrôle, et de l'individualisation des conduites. Dans ce contexte de recomposition des forces et de redistribution des rôles, les conflits de légitimité émergent entre usagers, professionnels, pouvoirs publics et l'industrie (sanitaire et agroalimentaire notamment). La compétence de l'usager/patient concernant sa santé est tantôt affirmée, tantôt exigée, tantôt mise en doute selon les acteurs et l'enjeu (conquérir ou conserver une légitimité).

> *« Au patient-consommateur s'est à la fois opposé et combiné l'usager-citoyen, affirmé dans son autonomie mais simultanément instrumentalisé dans les politiques publiques et les stratégies professionnelles mais surtout industrielles. »*[14]

Du point de vue des usagers du système de santé, on observe selon les circonstances et parfois de manière concomitante, une rupture de dépendance[15], encouragée par l'incitation des pouvoirs publics à la prise en charge de sa santé, mais également l'expression d'une méfiance à l'égard des institutions et/ou des professionnels de santé institutionnels[16] (stratégies d'évitement et de contournement de l'autorité médicale et sanitaire), et paradoxalement une multiplication des attentes vis-vis de la biomédecine (phénomène de médicalisation déjà évoqué) qui tend à renouveler les formes de dépendance. La critique vigoureuse des formes d'assujettissement sanitaire[17] coexiste avec la description d'un consumérisme et d'un opportunisme peu conforme à l'idée que l'on se fait d'une conduite autonome et responsable en matière de santé. Cette ambivalence ne manque pas d'être soulignée par les sociologues :

> *« Pierre angulaire d'un consensus apparent, l'autonomie prend figure de formule incantatoire (…) les assertions relatives à la « responsabilité » et à « l'autonomie » individuelle ont des conséquences paradoxales et mortifères : plaidant à la fois pour la promotion de ces valeurs, elles les vident peu à peu de leur contenu »* [18]

---

13 Haute Autorité de santé, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées as patients et impact de la « décision médicale partagée »,* Saint-Denis La Plaine, octobre 2013, p.21-22

14 POLILLO R., MALLET J.-O., « Face aux professions et au management, les patients dans la redistribution des pouvoirs : éléments de comparaison en France et en Italie », in VEDELAGO F. et BOUIX M. (éd.), « Systèmes de santé et discours profanes, *Sociologie santé*, 2, 26, 2007, pp.175-185

15 Favorisée notamment par un accès direct à certaines sources d'information via internet.

16 Voir par exemple la défiance à l'égard de la politique vaccinale, et les effets de l'épisode H1N1 sur les représentations des risques liés à la vaccination.

17 FOUCAULT M., *Sécurité, territoire, Population, cours au collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard, 2004. ; ILLICH I., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975 ; GORI R., DEL VOLGO M.-J., Op Cit.

18 FAINZANG S., Op. Cit. p.46

Dans le même temps, se dessine une sorte de déplacement (d'intériorisation) de la normativité corporelle et comportementale : la diffusion et l'expansion des préoccupations sanitaires à travers l'ensemble des discours, publics et privés (allégations santé/bien-être des marchés agro-alimentaire et inflation des sollicitations commerciales), s'accompagnant d'un phénomène de moralisation du rapport à la santé[19], et dessine une recomposition des champs normatifs : certaines valeurs (bioéthiques) semblent intériorisées et absolutisées, tandis que l'on observe l'affaiblissement de certains cadres normatifs structurants (la rationalité scientifique comme fondement de l'autorité médicale, et la rationalité elle-même comme valeur fondatrice, semblent refluer). Ces différents éléments constituent le terreau dans lequel une « culture de l'inquiétude sanitaire » peut prendre racine et prospérer.

Le développement d'une culture de l'inquiétude dans le champ de la santé.

Le terme d'inquiétude ne renvoie pas seulement à un sentiment subjectif ou à l'expérience individuelle, et peut se définir comme un mode de socialisation à part entière. Une analyse de la notion d'inquiétude a été proposée par Myriam Klinger dans l'ouvrage L'*inquiétude et le désarroi social.*[20] Espace intermédiaire entre la peur éprouvée face à un danger immédiat et/ou certain, et la quiétude indifférente ou oublieuse des risques, l'inquiétude,

> *« Plus diffuse, épouse une forme lâche de peur des peurs, une forme socialisée d'angoisse et d'émotions vives. (...) Ainsi stabilisé et motif d'échange, l'inquiétude en tant que sentiment devient plus aisément observable en particulier dans la manière dont chacun tente de s'arranger au jour le jour de ses peurs, dans un travail de positionnement sans relâche entre l'emprise de la peur et le quasi oubli.»*[21]

Si l'auteur s'appuie sur plusieurs études de terrain dans d'autres domaines que la santé, (les conflits, l'exclusion sociale et la précarité, ou encore la parentalité) l'analyse qu'elle développe s'avère particulièrement éclairante lorsqu'on l'applique aux représentations et aux conduites en matière de santé. Nous relevons ici deux aspects de cette analyse qui semblent particulièrement pertinents pour interpréter le phénomène de l'automédication. La première est l'incertitude face à un risque indéterminé et le sentiment d'être exposé à une menace aux contours imprécis,

> *« Cette sensibilité nouvelle à la finitude et à la responsabilité infléchit les significations attribuées au risque et active la réflexion sur l'anticipation, d'autant que de nouvelles menacent émergent, dont on ne connaît pas avec certitude les effets possibles. »*[22]

Les frontières du bénéfique/néfaste, sûr/risqué, certain/incertain se déplacent en permanence, et chaque acteur est renvoyé à la responsabilité individuelle de ses choix en

19 MASSE R, Op Cit. p. 39 : p.39 : « Les comportements à risque deviennent autant de « péchés séculiers » dans le cadre d'une santé publique vue comme nouvelle moralité prenant le relais de la religion comme stratégie séculière de gestion des déviations à la norme et de promotion de la vie bonne. »

20 KLINGER M., *L'Inquiétude et le désarroi social*, Paris, Berg International, 2011.

21 Ibidem, p.12

22 Ibidem, p.33

matière de santé, responsabilité d'autant plus écrasante que l'horizon d'attente s'étend à une vie entière, dont la durée s'est considérablement allongée, et que les menaces qui pèsent sur la santé, à la différence des risques industriels par exemple, sont souvent ressenties comme silencieuses, indolores, insidieuses.[23] Ulrich Beck, dans *La société du risque,* a déjà décrit le développement de l'inquiétude qui constitue à la fois une vulnérabilité, un mode d'existence, et une ressource, et qu'il considère comme propre aux sociétés modernes :

> *« Une importance cruciale est dévolue à l'aptitude à anticiper sur les dangers, à les supporter, à les gérer biographiquement et politiquement. […] Dans la société du risque, la gestion de la peur et de l'incertitude finit par constituer une qualification culturelle essentielle, tant dans le domaine biographique que dans celui de la politique. »*[24]

Le second aspect significatif de l'inquiétude concerne la centralité du couple confiance/défiance et l'oscillation permanente entre ces deux pôles. Anthony Giddens a mis en évidence, dans *Les conséquences de la modernité*[25], l'enjeu sociopolitique que représente le sentiment de confiance. S. Fainzang remarque par exemple que le recours à l'automédication s'inscrit souvent dans un contexte où l'individu s'efforce de contourner un professionnel de santé (notamment le médecin prescripteur), soit parce qu'il met en doute sa compétence ou sa connaissance du problème de santé qu'il pense rencontrer, soit parce qu'il se méfie du cadre institutionnel imposé à la relation de soin.[26]

Entre confiance et défiance, l'espace social de l'inquiétude sanitaire dessine un cadre dans lequel cette équivocité prend sens. Elle tient peut-être à l'organisation du système de soin, défini par Giddens comme un système expert. Le lien qui unit l'usager et le professionnel est en effet pluriel (au moins triple) : impersonnel (le professionnel est alors représentant du système expert), bureaucratique (rôle de contrôle administratif, via la prescription, des comportements de l'usager et de l'accès aux médicaments), et personnel (un lien de confiance, toujours renégociable, s'est établi avec ce « professionnel du contact »). Ainsi, selon Myriam Klinger,

> *« La confiance n'est plus donnée mais à travailler et à affiner au fur et à mesure des situations, dans un projet réflexif qui, dans sa dynamique, ne cesse de bouleverser les savoirs acquis et d'intégrer à l'expérience en devenir, les résultats de l'expérience acquise et en cours »*[27]

L'inquiétude sanitaire traduit alors le fait que l'usager du système de santé se trouve dans une situation où, selon Giddens, « sécurité ontologique et angoisse existentielle coexist[ent] de façon contradictoire. »[28] Ce qui rend en partie raison de sa promptitude à réexaminer ses conduites et ses comportements, et à réévaluer ses choix au gré des informations et des messages « inquiétants » qui l'atteignent.

Ces deux tendances placent le sujet dans une situation de « crise éthique »[29] qui se

23 Les exemples de telles représentations sont légion : aluminium dans les vaccins, gluten dans l'alimentation, ondes électromagnétiques : tous ont pour point commun de renvoyer à l'imaginaire d'un poison invisible et méconnu dont la dangerosité a été mal estimée ou dissimulée.

24 BECK, U., Op Cit, p.138-139.

25 GIDDENS, A., *Les consequences de la modernité,* Paris, l'Harmattan, 1994 (traduction française de *The consequences of modernity,* Cambridge, 1990*)*

26 FAINZANG S., Op Cit, p.80-89

27 KLINGER M., Op Cit p.30

28 Ibidem p.146

29 MASSE R., Op. Cit pp.181-199, sur la notion de spirale éthique et sur l'éthique comme espace de construction de la subjectivité morale. Selon Massé, la dynamique des normativités morales et éthiques dans les trajectoires morales individuelles et collectives suit un mouvement en spirale : un

prolonge indéfiniment. Cette crise se manifeste, entre autres, à travers une réflexivité négative et une attitude critique (un exemple bien connu est celui des controverses suscitées par la vaccination). Les pratiques d'automédication et d'auto-santé s'inscrivent probablement, pour partie, dans ce contexte. Il va de soi qu'il serait vain de chercher une cohérence, une efficience, et une rationalité immédiatement à l'œuvre dans ces conduites et représentations. Mais c'est peut-être cette incohérence même qui doit constituer, pour nous, un objet de réflexion. Elle est le reflet de l'équivocité intrinsèque de l'inquiétude sanitaire.

Le rapport que les groupes et les individus contemporains entretiennent avec la santé semble en effet largement empreint d'une forme de réflexivité négative. Elle se traduirait par la promptitude à remettre en question des représentations ayant trait à la santé : les normes fixant les signes corporels significatifs ou non, mais également les habitudes, les aliments, les produits, les environnements jugés favorables ou défavorables à la santé, sûrs ou risqués, à encourager ou à proscrire, sont toutes précaires et provisoires, objets d'une réactualisation permanente au gré des expériences vécues et des messages qui lui parviennent (sans distinction des sources, dont la plus ou moins grande fiabilité est également relative et constamment soumise à réexamen). Descartes, dans la seconde partie de sa morale par provision[30] nous invitait, en situation d'incertitude, à avancer avec constance dans la même direction, tel un promeneur égaré, jusqu'à la découverte d'un repère permettant de s'orienter. Le rapport contemporain à la santé semble diamétralement opposé : il nous invite à cultiver, comme une vertu, une aptitude à la désorientation permanente, paradoxalement destinée à nous exposer le moins possible aux risques qui se révèlent au fur et à mesure de l'avancée des connaissances.

Problème ou opportunité pour la santé publique ?

L'enjeu éthique soulevé par l'inquiétude sanitaire réside dans la possibilité, toujours ouverte, de son instrumentalisation. Myriam Klinger rappelle que :

> *« Le rapport à soi et au corps, le rapport aux plus vulnérables, [...], représentent des surfaces de projection sans bornes pour le sentiment d'inquiétude, tant sous sa forme d'interrogations illimitées que sous sa forme de sollicitudes vigilantes. »*[31]

Des « surfaces de projection sans bornes pour le sentiment d'inquiétude » signifient une *ressource illimitée* pour ceux qui seraient en mesure de l'utiliser, pour agir sur les comportements et régir les conduites, dans le but, sans doute louable, de promouvoir la santé, ou celui, moins avouable, de conquérir un marché. L'exploitation politique et économique de la peur et du rapport au risque, dans une dialectique craintes/protection[32], n'est certes pas spécifique de la modernité et est rien moins qu'inédite. Mais s'agissant de l'inquiétude *pour la santé,* elle revêt actuellement, du fait des différents facteurs que nous

temps de stabilité (normes morales acceptées) est suivi par un moment de réflexivité éthique dû à la mise en cause des normes établies (moment de crise éthique), débouchant sur un nouvel état d'équilibre normatif à travers la formation de nouvelles règles morales.

30 DESCARTES, R., *Discours de la méthode,* troisième partie, seconde maxime, p.594 de l'édition Alquié, Classiques Garnier, paris, Dunod, 1997

31 KLINGER, Op Cit. p.37

32 Sur l'ambivalence de cette dialectique et sa signification, voir VIRNO P., *Grammaire de la multitude, pour une analyse des formes de vie contemporaine*, Editions de l'éclat/conjonctures, Nîmes/Montréal, pour la traduction française, 2002, pp. 17-40.

avons évoqués, une importance considérable, pour notre vie sociale, économique, et politique.

La difficulté vient du fait que ce sont sans doute les mêmes aspects anthropologiques, liés à l'inquiétude, qui rendent efficaces, à moindre coût, les politiques de santé publique axées sur la prévention prescription de comportements individuels (Plan National Nutrition Santé, lutte contre le tabagisme, campagnes de dépistage) et qui exposent les pouvoirs publics aux problèmes de non observance (baisse de la couverture vaccinale) ou de futilité médicale et thérapeutique (régimes sans gluten, ou encore controverses sur le dépistage des lésions précancéreuses, révélant les intérêts en jeu pour le secteur agro-industriel et l'industrie pharmaceutique).

Si le rapport que chacun entretient avec sa propre santé et celle des autres tend à prendre la forme d'une « crise sans fin »[33], mettant constamment en doute l'idée même d'autorité politique et sanitaire[34] et déplaçant constamment les limites entre hétérodoxie et orthodoxie médicale, que serait une politique de santé publique appropriée, un système de santé adapté ?

En partant de l'hypothèse que les conditions socio-politiques et culturelles de la routine et de la confiance, à même de favoriser des conduites et des représentations apaisées en matière de santé, ne sont pas réunies à l'heure actuelle, (ce que traduit la notion d'inquiétude sanitaire) nous pouvons nous demander en quoi consistent ces conditions, et quelles politiques publiques permettraient de les réunir. Ce qui revient à s'efforcer de mettre au jour et d'identifier les déterminants sociaux de la réflexivité négative et de ses effets (l'inquiétude sanitaire et la désinstitutionalisation de la santé), et d'interroger la capacité et la légitimité des pouvoirs publics à influencer ce processus.

L'apport des théories de la modernité consiste précisément à nous inciter à dépasser la représentation selon laquelle confusion, dispersion, ambivalence, volatilité, constituent des états transitoires (de crise) et évoluent naturellement vers une nouvelle situation d'équilibre. Leur limite réside toutefois dans le fait que ces interprétations ne sont pas (du moins pour le moment) étayées ou documentée empiriquement par une observation de terrain, par exemple à travers une ethnographie de la santé au quotidien incluant naturellement l'automédication. Ce constat dessine des perspectives stimulantes et fécondes, à n'en pas douter, pour la théorie sociopolitique de la santé et l'éthique de la santé publique.

33 Selon le titre d'un ouvrage de Myriam Revaut d'Allonnes. REVAUT D'ALLONNES M., *La crise sans fin, essai sur l'expérience moderne du temps,* Paris, Seuil 2012

34 RICOEUR Paul, 1988, « La crise, un phénomène spécifiquement moderne ? », *Revue de théologie et de philosophie*, 120, pp.1-19.

Références

- AKRICH Madeleine, MEADEL Cécile, RABEHARISOA Vololona, 2009, *Se mobiliser pour la santé, des associations de patients témoignent*, Paris, Presses de l'Ecole des Mines.
- BECK Ulrich, 2001, *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier, (traduction française de *Risikogesellschaft*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1986).
- CALLON Michel, LASCOUMES Pierre, BARTHE Yannick, 2001, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique,* Paris, Seuil.
- CCNE, Avis n°87 « refus de traitement et autonomie de la personne », 14 avril 2005.
- COULOMB Alain, BAUMELOU Alain, 2007, « Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs », Rapport établi à la demande du ministère de la Santé et de la Protection sociale.
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT Michel, 2004, *Sécurité, territoire, Population, cours au collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil/Gallimard.
- GIDDENS Anthony, 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris, l'Harmattan, (traduction française de The consequences of modernity, Cambridge, 1990)
- GORI Roland, DEL VOLGO Marie-José, 2005, *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées as patients et impact de la « décision médicale partagée »*, Saint-Denis La Plaine, octobre 2013
- ILLICH Ivan, 1975, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.
- KLINGER Myriam, 2011, *L'Inquiétude et le désarroi social*, Paris, Berg International.
- MASSE Raymond, 2015, *Anthropologie de la morale et de l'éthique,* Laval, Presses de l'Université de Laval.
- PINEL Patrick, 2010, article « médicalisation », in. FASSIN D., HAURAY B., (dir.), *Santé publique, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte.
- POLILLO Roberto, MALLET Jean-Olivier, 2007, « Face aux professions et au management, les patients dans la redistribution des pouvoirs : éléments de comparaison en France et en Italie », in VEDELAGO F. et BOUIX M. (éd.), « Systèmes de santé et discours profanes, Sociologie santé, 2, 26, pp.175-185
- REVAUT D'ALLONNES Myriam, 2012, *La crise sans fin, essai sur l'expérience moderne du temps*, Paris, Seuil.
- RICOEUR Paul, 1988, « La crise, un phénomène spécifiquement moderne ? », *Revue de théologie et de philosophie*, 120, pp.1-19.
- SAOUT Christian, 2010, « L'irruption » de la personne malade », in. HIRSCH E. (dir.), *Traité de bioéthique II*, Paris, Eres.

- VIRNO Paolo, 2002, *Grammaire de la multitude, pour une analyse des formes de vie contemporaine,* Editions de l'éclat/conjonctures, Nîmes/Montréal, pour la traduction française.

Intervention sanitaire et promotion de la santé avec la population gitane espagnole : quelques conséquences sur les pratiques d'automédication des gitans en situation de vulnérabilité sociale

Ariadna Ayala Rubio

Université Paris-Est

Introduction

À partir d'un travail ethnographique de plus de deux ans dans différentes ONG qui organisent des activités socio-éducatives avec la population gitane espagnole bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion de la Région de Madrid (RMI) et d'entretiens semi directifs réalisés avec des professionnels sanitaires et des personnes d'ethnie gitane (39 interviews avec des personnes d'ethnie gitane et 32 avec des professionnels résidant dans la Région de Madrid) et plusieurs séances d'accompagnement au cabinet médical avec des femmes gitanes, cet article analyse les espaces éducatifs et les activités en matière de promotion de la santé conçues pour la population gitane en situation de vulnérabilité sociale de la Région de Madrid.

L'éducation pour la santé : un « extra » de formation avec la population gitane en situation de vulnérabilité sociale

Les activités éducatives qui sont implémentées avec la population gitane bénéficiaire du RMI à Madrid se concentrent sur deux thématiques principales : d'une part, l'alphabétisation, qui n'a pas varié depuis le début de l'intervention sociale avec le collectif gitan et, d'autre part, l'éducation pour la santé, dont les contenus rappellent les contenus classiques de la puériculture (Boltanski, 1969 ; Boltanski, 1975 ; Ariès, 1973 ; Bourdieu, 1966 ; Pérez Soler, 1979, 1979a ; De Montlibert, 1980 ; Alluè, 2000 : 65), comme c'est le cas, par exemple, de la prévention de maladies transmissibles, des méthodes d'allaitement, de l'hygiène du nouveau-né, de l'attention et des soins à porter aux enfants malades, etc. Il est habituel que des « ateliers » ou des « réunions informatives » périodiques sur les habitudes de vie à adopter pour éviter les maladies soient organisés dans les ONG ou dans les centres de santé de la Communauté de Madrid proches des ONG où se rendent les bénéficiaires du RMI[1]. En outre, il faut prendre en compte que cette dernière thématique, c'est-à-dire, l'éducation pour la santé, s'intègre régulièrement dans la dynamique générale des groupes d'alphabétisation, de manière qu'elle se présente comme un « extra » ou un

1 Ces réunions ont lieu une ou deux fois par semaine.

complément à la formation en littératie qui constitue leur noyau central.

Un contexte d'intervention conflictuel

Durant les premiers mois de travail de terrain, il était fréquent, entre les professionnels, d'affirmer que les gitans participent dans les différentes activités parce qu'ils reçoivent le RMI. De leur côté, les personnes gitanes interviewées argument participer aux actions éducatives et médicales parce que leurs travailleurs sociaux leur disent de le faire pour pouvoir continuer à « toucher » l'argent[2].

Cette politique sociale est analysée dans cet article en tant que « technologie politique » (Agudo, 2009 : 64), un outil permettant à l'administration publique d'établir un lien durable avec une population, le collectif gitan, qui serait autrement difficilement accessible en tant que public cible de l'action sociale de l'État. Il est, par conséquent, un mécanisme qui sert à créer un pont entre les différents acteurs sociaux du domaine de l'intervention sociale dans la ville de Madrid, où certains d'entre eux (en particulier les professionnels du domaine médico- social) cherchent à intervenir afin de promouvoir un changement de comportements dans cette collectivité, normalement définie à partir de variables ethniques et culturelles. Le « collectif gitan » est pris en compte dans cette recherche en tant que catégorie sociale créée par les dispositifs d'intervention sociale dédiés à la gestion de la pauvreté (Sassier, 2004: 102).

Les gitan.e.s, un public "captif"

Il convient de rappeler ici que, dans le cadre de la division du travail existant dans les familles gitanes à Madrid, les femmes se sont spécialisées dans l'établissement et le maintien des relations avec les Services sociaux, ce qui peut contribuer à redéfinir les rôles qui traditionnellement étaient assignés à certains hommes comme représentants de ces familles devant la société et les autorités *gadjia* (non gitans)[3].

En outre, les femmes gitanes sont les membres de la famille gitane auxquels le RMI a été en mesure de «capter», devenant ainsi l'un des publics privilégiés de l'intervention sociale en matière de prévention de l'exclusion sociale à Madrid. Les Services Sociaux, dans le cadre de l'application du RMI, formalisent la réception de l'allocation financière en signant un contrat d'intégration (« le programme d'insertion individuelle ») avec une personne par famille bénéficiaire. La personne ayant signée ce contrat est encouragée à « participer » aux activités prévues pour l'aider à s'insérer socialement et à recevoir un suivi de la part d'un travailleur social. Ce sont ces personnes qui sont amenées à participer dans les séances éducatives organisées par les ONGs, devenant ainsi le «public captif» (Sassier, 2004: 100) de cette politique sociale.

2 Il est fréquent d'entendre des phrases comme "si tu n'amènes pas tes enfants à l'école le travailleur sociale t'enlèvera la prestation économique" ou "mon travailleur sociale m'a dit que soit j'y vais à mon rendez-vous de suivi médical annuel soit elle me retire le RMI ".

3 La population gitane appelle "payos" aux personnes "non gitanes".

Les gitans, collectif problème de l'intervention sociale et sanitaire : des représentations dichotomiques dans les rapports professionnels

La représentation sociale que l'on trouve dans de nombreux rapports « techniques » provenant des professionnels du domaine médico-sociale travaillant à Madrid, est celle d'un collectif "en manque de" :

- formation,
- information,
- capacité pour faire des efforts,
- autonomie,
- sens de la responsabilité,
- compétences parentales appropriées pour prendre soin de leurs enfants, etc.

Ce groupe ethnique est également associé à :

- une mauvaise utilisation des ressources sanitaires (abus des services d'urgence des hôpitaux, manque de respect des horaires et modalités de fonctionnement de centres de santé de la région, etc.)
- un déficit de comportements préventifs ou d'habitudes saines de vie (tel qu'une alimentation équilibrée),
- l'incompréhension des rythmes et des procédures du système régional de santé,
- la surprotection des enfants, en lien avec un «manque de responsabilité» dans la prise en charge de leurs propres enfants (SaludMadrid, MadridSalud, Ville de Rivas Vaciamadrid et al., 2006).

En général, ces aspects sont imputés aux «facteurs culturels» ou assimilés à l'idiosyncrasie du collectif, en construisant de cette manière une représentation de la "culture gitane" en tant que déficit. Elle est ainsi présentée comme une camisole de force susceptible d'empêcher le changement d'attitudes et de comportements de la population en question.

En conclusion, le collectif gitan est décrit dans les rapports professionnels comme groupe « résistant au changement ».

Les femmes gitanes : terrain fertile pour l'intervention professionnelle

Contrairement, l'image qui se diffuse de la "femme gitane" dans les espaces publics associés à cette politique sociale est celle de sa réceptivité à ce même changement, de son souhait d'amélioration et de son ouverture d'esprit au travail avec les Services Sociaux et avec les professionnels des ONG et des centres de santé.

Cette vision de la gitane comme « référence du changement » ou comme « personne

moderne » est véhiculée lors de diverses journées de formation promues par les institutions publiques. Lors de ces journées, il est habituel de vanter publiquement les gitanes, en prenant les médiatrice sociales gitanes comme étendard du changement auquel le collectif est sujet.

Tout a lieu comme si l'intervention sociale exaltait la seule partie du collectif gitan à laquelle elle a accès, à travers des compliments sur le potentiel des femmes comme « ouvertes » et “leviers du changement”. Ceci se voit renforcé par l'établissement des femmes gitanes comme groupe prioritaire de l'intervention sociale depuis différentes politiques d'inclusion sociale. De plus, on peut soutenir l'hypothèse que l'image de la femme gitane comme « agent de changement » sert les institutions publiques et les ONG comme élément à partir duquel travailler avec les femmes « vis à vis de l'extérieur » (dans les évènements publics organisés par les associations gitanes et les administrations publiques) d'une part, et à partir duquel introduire une intense tâche de prise de conscience des l'inégalités sociales et sanitaires « en privé » (comme cela a lieu fréquemment lors des cours d'alphabétisation), qui s'oriente à transformer les relations des gitan.e.s avec les institutions et leurs professionnels.

En ce qui concerne l'image que les professionnels produisent sur eux-mêmes, ces derniers s’auto représentent toujours en s’associant à l’idée de rationalité scientifique (leurs connaissances scientifiques sont directement assumés et identifiés aux comportements "corrects" ou “bons pour la santé), en s’imposant une représentation comme groupe expert capacité pour «éduquer» les gitans. Conséquemment, ils s’autoproclament légitimes pour exiger un changement des pratiques et des modes de vie au collectif gitan. Ces autoreprésentations prennent pour acquis les «bonnes intentions» de l'intervention sociale. Ainsi, nous trouvons une tension inhérente à la construction, d'une part, du collectif en termes négatifs et de l'autre, des professionnels en termes positifs[4].

Les contenus des actions pédagogiques

Les activités éducatives qui sont implémentées avec la population gitane espagnole se concentrent sur deux thématiques principales : d'une part, l'alphabétisation, qui n'a pas varié depuis le début de l'intervention sociale avec le collectif gitan et, d'autre part, l'éducation pour la santé, dont les contenus rappellent les contenus classiques de la puériculture (Boltanski, 1969 ; Boltanski, 1975 ; Ariès, 1973 ; Bourdieu, 1966), comme c'est le cas, par exemple, de la prévention de maladies transmissibles, des méthodes d'allaitement, de l'hygiène du nouveau-né, de l'attention et des soins à porter aux enfants malades, etc. Il est habituel que des "ateliers" ou des "réunions informatives" périodiques sur la "prévention delà santé" soient organisés dans les ONG ou dans les centres de santé de la Région de Madrid pour les bénéficiaires gitans du RMI.

Dans ces espaces éducatifs, ce qui est demandé des femmes gitanes est d’adopter un certain rapport à la connaissance, c’est à dire, d’adhérer directement aux contenus

4 Gullestad (2007) a analysé la façon dont l'idéologie de la coopération au développement est liée à la perception des «bénéficiaires» de l'aide au développement en tant que personnes irrationnelles et sous-développées. Contrairement, l’intervention professionnelle est définie comme le moyen nécessaire pour “éduquer” ou “sauver” ces personnes. La capacité d'action / mobilisation qui est accordé aux personnes susceptibles d’être aidées est nulle.

présentés par les professionnels. Les séances sont généralement organisées selon un schéma éducatif traditionnel, dans lequel un ou plusieurs experts (enseignants) sélectionnent un thème à travailler avec les élèves (apprenants). L'intervention professionnelle est axée sur la transmission des contenus éducatifs qui apparaissent ordonnés par blocs thématiques. Normalement, ces thématiques ne répondent pas aux intérêts des femmes présentes.

Les professionnels choisissent une thématique par jour, en travaillant, par exemple, pendant 3 heures, les différences entre les aliments et l'importance de « bien manger » et, en commençant le cours suivant avec une autre thématique, par exemple, celle des « inconvénients de s'automédiquer ». Les cours peuvent commencer avec des phrases du type « comme vous le savez, une consommation excessive de viande et d'aliments frits et mauvaise pour la santé » ou « on peut avoir des réactions graves aux médicaments ».

La transmission éducative de contenus implique la production d'un discours universaliste, objectivé, qui simplifie les arguments scientifiques en les réduisant à contenus "aseptiques" éloignés des activités de la vie quotidienne des "apprenants".

Ces connaissances, transmises en tant que "vérités", sont pris par acquis, et sont présentés par les professionnels sans tenir compte du fait que ces connaissances ont pris des siècles pour être générées et contrastées. Par exemple, l'importance accordée à stériliser les biberons ou la notion de "limites" comme manière d'éduquer les enfants, font partie des pratiques de la classe moyenne européenne dont sa construction a commencé à la fin du XIX (Boltanski, 1969). Dans ces séances de formation, ces connaissances sont présentées en dehors de leur contexte socio-historique d'émergence.

Les gitans : une conception du corps et de la maladie à l'encontre du modèle préventif des professionnels

Dans l'étude réalisé pour l'Institut de Santé Publique de la Région de Madrid en 2008[5], la population gitane a été classifiée en trois classes sociales, à partir, entre autres, de leurs représentations et pratiques en matière de prévention de la santé, et de leur niveau d'utilisation des institutions publiques pour se former ou se soigner.

Les gitan.e.s des positions sociales inférieures (classes sociales basse et moyenne-basse) n'utilisent pas les institutions sanitaires que quand il y a des maladies très graves ou associées à beaucoup de douleur et de souffrance.

L'automédication est la solution pour pouvoir continuer avec les activités quotidiennes du groupe, et c'est l'expérience collective avec les différents médicaments qui est reconnue en tant que système local de diagnostique. L'automédication est de ce fait une stratégie collective, et les personnes interviewées expriment une sorte de fierté associée au fait de pouvoir se soigner eux-mêmes sans passer par l'institution sanitaire.

Si l'on leur demande « qu'est-ce que vous faîtes pour «prendre soin de vous même ? », les personnes interviewées répondent : « les gitans, on va pas au médecin, on

5 Cette étude peut être consulté en ligne dans l'adresse suivante : http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D59+ESTUDIO+POBLACION+GITANA+Y+SALUD.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220433152795&ssbinary=true

fait rien de mauvais, donc, il y a rien a faire ». Ou, « vous savez, les gitans, on fait pas d'attention aux choses, on est très paresseux[6] ». Mais âpres le travail de terrain, on s'est aperçu que les gitans de ces positions sociales essayaient en permanence de s'adapter aux comportements qui sont reconnus par le groupe. C'est ainsi qu'ils font attention, par exemple, à pas consommer des substances addictives et à pas perdre la virginité avant le mariage. En général, ces classes sociales prêtent une grande attention à se préparer correctement pour le mariage entre gitans.

Le sujet, en tant qu'individu rationnel qui planifie sont temps dans le long terme et qui agit pour avoir un projet individuel, soit de formation, soit de vie, n'apparaît pas dans les discours des personnes appartenant à la classe sociale basse ou moyenne-basse. L'individu suit ici les normes collectives gitanes, en accordant une grande importance aux expériences et expectatives de la famille et de l'entourage proche. Les institutions sont très peu utilisées et l'idée de prévention de la santé individuelle n'est pas reconnue par ces personnes.

Par contre, dans les gitan.e.s de la classe moyenne ont commencé à déléguer une partie de la gestion de la santé dans le système sanitaire. Les personnes interviewées ont un projet de formation et de mobilité sociale individuelle et l'idée de la promotion de la santé individuelle –hors gestion des maladies graves et douloureuses- apparaît couramment dans les discours de ces personnes. Les institutions sociales sont utilisées dans le quotidien et le sujet individuel, en tant qu'acteur rationnel, devient la norme dans les entretiens réalisés.

Conclusion

La sélection des thématiques transmises dans les espaces éducatifs décrits, l'immixtion dans la vie intime et quotidienne de ces femmes, ainsi que le langage de l'autodiscipline et de la retenue auquel on a recours pour prendre soin de soi-même, mettent en évidence la création d'un champ d'intervention professionnelle sujet à la discipline et à la moralisation de la population cible.

Ce qui est qualifié souvent de « manque de motivation au changement» aboutit à une culpabilisation de la population gitane, est légitime un cadre d'intervention sociale dans lequel l'autorité est détenue par le professionnel (dans son rôle de « conseiller») et la capacité de changement est placé du côté du « récepteur » de l'information. Face à l'attitude statique des gitanes qui participent à ces séances[7], les professionnels contre-attaquent en répétant à nouveau les mêmes ateliers et les mêmes contenus, en agissant comme si la population soufrait d'une sorte de surdité chronique.

Les femmes de position sociale inférieure, qui ne partagent pas les valeurs des

6 Ce processus d'auto inculpation et de circularité discursive et d'auto inculpation a été décrit par Goffman (1963) et Sayad (2004) en tant que mécanisme d'auto reproduction de l'exclusion sociale. Les gitans assument ainsi très facilement les qualificatifs qu'ils entendent en permanence prononcer aux professionnels pour parler de leurs comportements. De cette manière, la communication entre les uns et les autres se bloque en créant une sorte d'atmosphère où, en apparence, tous sont d'accord sur le manque de comportements préventifs de la part de la population.

7 Dans un autre article (Ayala et García, 2009), nous avons expliqué comment les gitan.e.s montrent, avec leurs corps, que les thématiques et le format pédagogique utilisé ne les intéressent pas.

professionnels, finissent par affirmer que leurs comportements sont erronés (« nous, les gitanes, nous ne savons pas », ou « on ne comprend rien »). Celles qui occupent des meilleures positions sociales, parlent dans ces termes d'autres femmes gitanes, en s'auto représentant comme des « gitanes modernes », au courant des connaissances transmises par les professionnels.

De cette manière, dans ce cadre de représentation des femmes gitanes, dans lequel elles sont considérées comme « celles qui ne comprennent pas » ou « qui ne savent pas » et dans lequel elles sont l'objet de jugements d'ordre moral sur ces comportements quotidiens, les femmes optent soit pour assumer le même discours que les professionnels, (s'auto-représentant comme des personnes ignorantes « qui ne savent rient » et qui ont besoin d'être accompagnées en permanence), soit pour s'auto définir en tant que citoyennes « normales », se positionnant comme des« gitanes modernes », exprimant qu'elles sont au courant de toutes ces informations et argumentant qu'elles sont fatiguées d'être soumises aux mêmes contenus à chaque cours ou séance de formation. Entre ces deux positions, il y a des gitanes que se résistent et qui luttent contre les catégories dichotomiques utilisées par les professionnels, en critiquant ouvertement les contenus des séances et/ou l'accent mis dans les différents études sur les déficits culturels du collectif. Elles ne sont pas le plus nombreuses, mais elles commencent à produire un discours alternatif sur l'action professionnelle et sur leur participation dans les différents espaces éducatifs associés à la gestion et application du RMI.

Références

- AGUDO, Alejandro, 2009, "Conocimiento, lenguaje, poder e intermediación. Perspectivas contemporáneas en la antropología de las políticas públicas". *Estudios Sociológicos*, vol.27, nº79, pp.63-110.
- AYALA RUBIO, Ariadna ; GARCIA GARCIA, Sergio, 200, « Gestión de cuerpos y actuación de resistencias en una política social. La aplicación de la Renta Mínima de Inserción de la Comunidad de Madrid", en *Revista de Antropología Experimental*, nº9, Texto 2, pp.17-36, Universidad de Jaén.
- ALLUÉ, Xavier, 2000, "¿De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales?", en J.M. Comelles y E. Perdiguero, *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp.55-71.
- ARIÈS, Philippe, 1973, *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, Madrid, Taurus.
- BOLTANSKI, Luc, 1969, *Puericultura y moral de clase*, Barcelona, Laia.
- BOLTANSKI, Luc, 1975, *Los usos sociales del cuerpo*, Buenos Aires, Periferia.
- BOURDIEU, Pierre, 1966, « Condition de classe et position de classe », Archives Européenes de Sociologie, nº 7, pp.201-229.
- DE MONTLIBERT, Christian. (1980), "L´éducation morales des familles. L'extension du métier de puériculture", Actes de la Recherche en Sciences Sociales,

n°32-33, pp.65-76.

- GOFFMAN, Erwin, 1963, Stigma. Notes on the management of spoiled identity, Englewood Cliffs, NJ.
- GULLESTAD, Marianne, 2007, *Picturing pity. Pitfalls and pleasures in cross-cultural communication. Image and word in a North Cameroon mission*. New York y Oxford, Berghahn Books.
- PÉREZ SOLER, Agustín, 1979, *Mitos en puericultura*, Medicina y Técnica, Barcelona.
- PÉREZ SOLER, Agustín, 1979a, *Mitos en medicina infantil (Mitología pediátrica)*. Médica y Técnica, Barcelona.
- SaludMadrid, IRIS, Ayuntamiento de Rivas Vaciamadrid, MadridSalud et al. (2006). *Situación de los asentamientos marginales del área sanitaria 1*. Documento mimeografiado.
- SASSIER, Monique, 2004, "La exclusión no existe, yo la encontré" en Karsz, S. (ed.), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*, Gedisa, Barcelona.
- SAYAD, Abdelmalek, 2004, *The Suffering of the Immigrant*, Polity Press, UK.

Subverting the Concept of Self Medication in Addiction Recovery

Peter Espenshade (1), Angelica Selinger (2)

1. Vermont Association for Mental Health and Addiction Recovery
2. PEAR-VT

Introduction

The self-medication hypothesis of addiction was formalized by EJ Khantzian in the early 1980's. In sum, it posits that substance abuse addiction is often the result of individuals discovering that the specific actions of certain drugs relieve or change a range of painful affect states. (Khantzian) Over the past three decades 'self-medication' has become a byword for the very precursor to substance addiction.

But what if self-medication can be a tool to treat substance abuse disorders? What if self-medication can be used by public health officials to reverse potentially fatal overdoses and lead more and more into long-term recovery from addictive disorders? What if self-medication practices can be seen as saving the lives of addicts as opposed to destroying them?

Through our research, we have found two related initiatives in American State of Vermont that show a highly promising approach to combating one of the worst substance abuse epidemics in the United States and its most devastating side-effects – opiate addiction and fatal opioid overdoses. Vermont has one of the smallest state populations, but had a very high per captia fatal opioid overdose rate: in 2013, at 15.1 per 100,000 people (Rudd et al, 2016). However, the two initiatives this state have developed promise to disrupt the institutional approaches to emergency medical treatment, medication prescription, and the prosecution of addicts seeking treatment.

The first is a pilot program that shows life-saving potential by allowing addicts, friends, and family to administer medication for overdoses, through free distribution of a family of medications including the previously controlled opioid antagonist naloxone hydrochloride. In the first year of this pilot program, 4,182 doses have been distributed in the community leading to naloxone being used in response to an overdose incident 401 times.

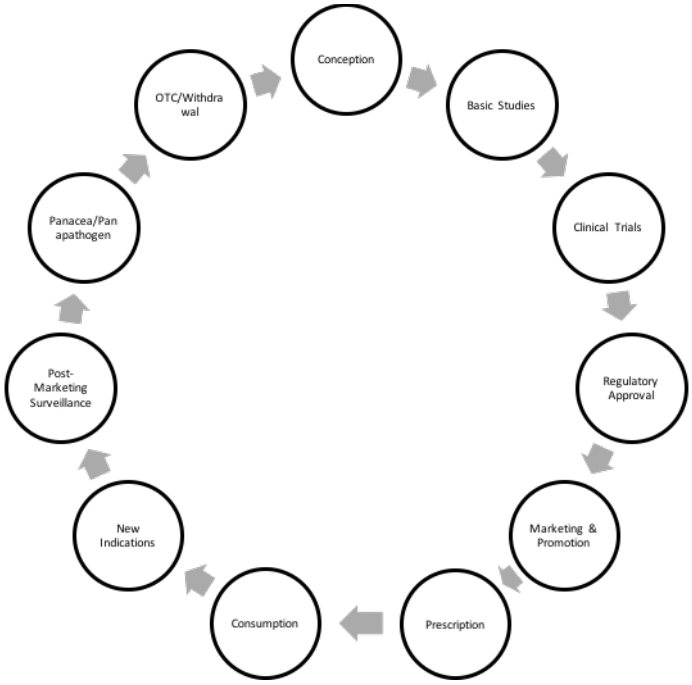
This study will show that this pilot program is demonstrably more effective when it is partnered with a second initiative: a "Good Samaritan" law under which offenders will not be arrested, prosecuted, or convicted for any drug-related offense if they call emergency services in the event of an overdose. Many lives might be saved by allowing communities to self-medicate, coupled with the removal of fear of prosecution.

Because this paper deals with two distinct meanings of "self medication", we shall use two separate terms for purposes of clarification:

- **addictive self-medication** shall be used as defined by Khantzian: individuals using or abusing psychotropic substances to relieve painful affect states.
- **automedication** shall be used as defined by the French Council of Physicians: the use, without a medical prescription, of medications by individuals for themselves or for their loved ones. With the understanding that this practice is capable of being "responsible" and "beneficial"

Disrupting the Traditional Life Cycles of Medications and Intoxicants

The self medication hypothesis of addiction, by definition, assumes a radical disruption of the recognized life-cycle of medications as established by Cohen, et al in *Medications as Social Phenomena*. Their work begins by illustrating the classical model in which various actors propel medication from conception, to approval, to marketing, to prescription, etc.



Life-cycle of medications as presented by Cohen, et al.

Their study shows how this classical view is shallow and can easily disordered through social factors. Their paper concludes with a call that by using a social constructivist approaches "such analyses might reach more profound understandings by situating their results within the broader social, cultural, economic, and technological transformations and contradictions at work" Our paper takes up this call and shows this is interesting when applied to opiate addiction. Though the classical model of a medication life-span is commonsensical and contains some flexibility, it cannot anticipate the

eccentric and disruptive life cycle of substances used in addictive self-medication.

A sample life-cycle of prescription opiates that are abused for addictive self-medication might be plotted thus :

Sample Constructivist Life-Cycle of a Self-Medication

This is just one plotting of the opioid medication lifecycle: there is no typical pattern. Countless other lifespans might be illustrated as all are socially constructed by the addict's, or presumptive addict's community.

Addictive self-medication further disrupts classical patterns by viewing the addict as more than a solitary actor. American corporate pharmacology focuses almost exclusively on the consumer as a discrete individual. Pharmaceutical marketing is centered on providing a solution to personal shortcomings: from sexual dysfunction to toenail fungus. The self is a self whose imperfections and dysfunctions can be cured. Pharmacology can only impact individuals. How could it be otherwise?

A wealth of public health and sociological research shows that it often is otherwise (Anderson et al, 2005). Medication may be better understood in a social context that leverages the strengths of that social context and is bordered by the limitations of that context. Significant work has been done over the past decade to show that medication is best approached as a social phenomenon (Cohen et al, 2001), and perhaps no form of medication more so than in addictive self-medication. The addict is not an solitary consumer in a chain of products where the addict is seen as both the prescriber and the patient in the traditional professional-patient dyad. Rather, the addicted self-medicator is socially embedded in a cultural demimonde. The role of peers, family, and culture as causes, perpetuating agents, and as agents of recovery has also been well documented (Galea et al, 2004).

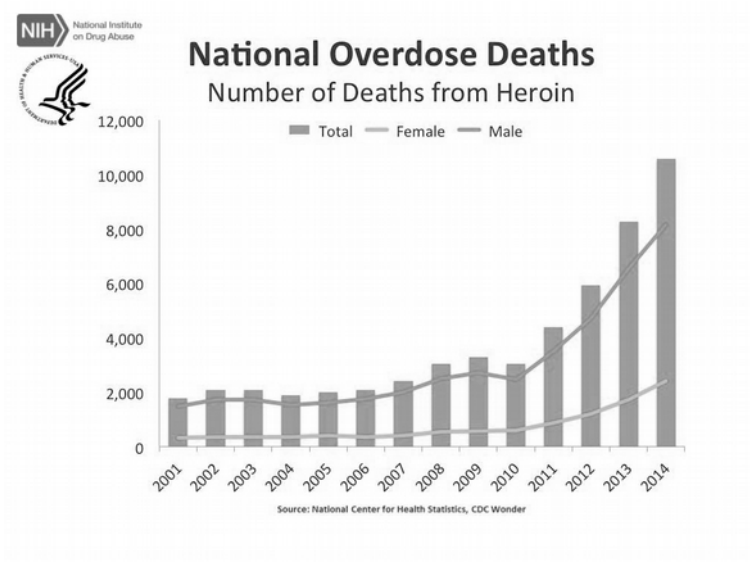
Importantly, much of Vermont's current opiate crisis grew not out of the illicit life cycle of the heroin using community—but out of the officially blessed formal medication distribution cycle. Studies in Vermont show that a large proportion of current heroin addicts started their opiate addiction through physician-prescribed opiates for pain management (Amsden, 2014). In the words of one our clients: "I got addicted to opiates after back surgery…then I started buying oxycontin on the street, but oxy cost $100 a pill. Heroin was only $10 a bag so I just switched to that." (Lowell)

Opiate Use in Vermont and the Related Overdose Epidemic

The iatrogenic effects of addictive substances are the obvious reasons why addictive self-medication should be categorized as distinct from potentially beneficial automedication. With addictive self-medication, the outcomes are often far worse for the individual, their family, and their community than were the original painful affect states that caused the addict to self-medicate in the first-place. The most extreme, and yet statistically quite common, consequence is overdose and death by overdose.

The term iatrogenic is rooted, roughly, in the concept of "physician caused". Understanding iatrogenesis[1] in these cases, when the physician is the patient and the patient is the physician, is complicated business. These complications are increased when, through physical addiction, the physician-patient can't stop taking the medication that is causing such harm. The tragedy of opioid addiction, per the addictive self-medication hypothesis, is that the outcomes of opiate use are so far worse than the original painful affect state.

The most dangerous health problem faced by people suffering from a substance use disorder is the risk of a fatal overdose. In 2014, there were 47,055 drug overdose deaths in the United States, of which 18,893 were by opioid analgesics and 10,574 were by heroin (Rudd et al, 2014). In the United States, deaths from opiate overdoses now outnumber deaths from car crashes (NIH, 2016)



Opioid overdose occurs when the level of opioids, or combination of opioids and other drugs, in the body render a person unresponsive to stimulation or cause their

1 We were tempted to create a new term for the self-iatrogenesis caused by addictive self-medication…to coin a new word namely to capture the Pauline concept of "The good that I would do, I do not. The evil which I would not do, I do." (Rom. 7:19). We chose not to because to do so would undermine the significant increases in understanding addiction as a brain disease and not as a failure of the will. (SAMHSA). Iatrogenesis, even in addictive self-medication, is an unwanted outcome of a healer trying to settle a medical condition. It is not the product of personal weakness.

breathing to become inadequate. Put simply, this happens because opioids fit into the same receptors in the brain that signal the body to breathe. Overdose occurs when too much of any opioid fits into too many receptors slowing then stopping the person's breathing. If someone cannot breathe or is not breathing enough, oxygen levels in the blood decrease and oxygen starvation will eventually stop vital organs like the heart, then the brain, and can lead to unconsciousness, coma, and possibly death (Harm Reduction Coalition, 2012).

Old School Approaches to Overdose Prevention

Public Health approaches to opiate overdose prevention in the United States have taken two tracks from the onset of the first "heroin crisis" in the early 1970's until today: reliance on emergency responders and education.

State sanctioned systems of healthcare and of medication are poorly suited to provide meaningful interventions to reverse opioid overdose. Though opiate abuse and addiction has expanded widely beyond small urban subcultures (Drug Abuse, 2016) heroin users still largely construct their own networks for distribution, purchase, support, and camaraderie. Further, as this culture is founded on illegal substances and illegal practices, members are loathe to engage with emergency medical responders for fear of incarceration and prosecution. Emergency responders are frequently not called even in cases of overdose by a family member or loved one if the caller has fear of complicity or participation in the illegal act of heroin possession (NPHL, 2015). In the state of Vermont alone, it used to be commonplace for users who have overdosed to be driven and left—anonymously—at the front doors of hospitals (VAMHAR).

As overdose deaths have grown in Vermont "overdose prevention education" has been added to emergency responder reversals in Vermont and other states. These state and federally funded education initiatives focus on educating opiate addicts on healthier practices for administration of heroin, without any significant measurable effect. One in the grips of addiction is largely immune from benefiting solely from education efforts, even those that might be lifesaving.[2] National studies show that opioid education does not reduce overdose deaths, as it is overdose reversals by naloxone, not hope for a reduction in overdoses in response to education, that saves lives (Freese, 2015). "Education alone, in the absence of naloxone distribution, may not be optimal for reducing opioid overdose mortality (Lott and Rhodes)."

Naloxone as Constructivist Automedication

One of the most important questions for public health initiatives focusing on opioid misuse is how to reverse overdoses deaths—outcomes that may have originated in

2 This challenge has been recognized since the earliest addiction writings in English. As Thomas De Quincey described his own addiction. "The opium-eater loses none of his moral sensibilities or aspirations. He wishes and longs as earnestly as ever to realize what he believes possible, and feels to be exacted by duty; but his intellectual apprehension of what is possible infinitely outruns his power, not of execution only, but even of power to attempt. He lies under the weight of incubus and nightmare; he lies in sight of all that he would fain perform: he curses the spells which chain him down from motion." (1822)

addictive self medication. The answer may be culturally based and propagated automedication. The traditional life-cycle of medication and that of most addiction treatment programs attempts to force addicts back into the socially and commercially ordained wheel of authorized prescribers and licensed clinicians. However, if addictive self-medicators have created their own culturally constructed system of drug distribution and community, why not leverage this social construction to reverse opiate overdoses? Some recent legal and public health initiatives in Vermont may show promise for governments, physicians, and even prescribers to embrace socially improvised models of automedication.

In this project, we have put together a number of resources showing the success and scientific support the naloxone distribution model has among both Vermont policy makers and professionals and national researchers, and have observed a powerful trend among the results, observations, and feedback they have received, one that consistently demonstrates the effectiveness and promise of automedication practices in the face of deficiencies in traditional hierarchical direct-service healthcare systems when it comes to managing negative outcomes from opioid overdoses. There is swiftly emerging recognition that overdose prevention and reversal may be best placed in the hands of the addict's community—not in the pharmaco-physician industrial complex. Prominent studies now discuss "lay overdose reversal" and major public health organizations now recognize the "community management" of opioid overdose prevention and reversal (Coffin & Sullivan, 2013). This may mark a shift.

The most effective overdose reversing mechanism is the drug naloxone hydrochloride, brand name Narcan. Naloxone is a "rescue drug" that has been approved by the FDA and can be administered by injection or via nasal spray. Naloxone reverses overdoses because it is an opioid antagonist, meaning it directly counteracts the life-threatening depression of the central nervous system and respiratory system caused by an overabundance of opioids on the brain's receptors. Naloxone has a stronger affinity to the opioid receptors than many opioids, so it knocks the opioids off the receptors for a short time. This allows a person to breathe again, reversing the overdose (Harm Reduction Coalition, 2012). Naloxone wears off in 30 to 90 minutes so multiple doses may be required to ensure that the overdose does not resurge before the victim's body has metabolized the opioid.

Naloxone is fast-acting, easy to administer by nasal spray, is not addictive, and has no adverse effects if accidentally administered to someone who has not taken opioids, making it a safe substance for automedication. It cannot be abused or destructively misused (Hawk et al, 2015). Its primary function is to stop an opioid overdose from resulting in death. For substance users, being alive to receive treatment is the first and most basic requirement for treating addiction, since dead people cannot be treated. By definition, a fatal overdose is a barrier to recovery. Naloxone, as an effective and nearly risk-free lifesaving drug, is a way around that barrier by keeping people alive and thereby keeping a window of possibility for treatment and recovery open for them. Naloxone is a model example of a drug that is successful in an automedication context – it fills a gap professional emergency medical treatment cannot fill by acting as a life-saver in a very time-sensitive medical emergency, needs minimal knowledge and training to use properly, and it has no dangerous or problematic effects even if it is used improperly.

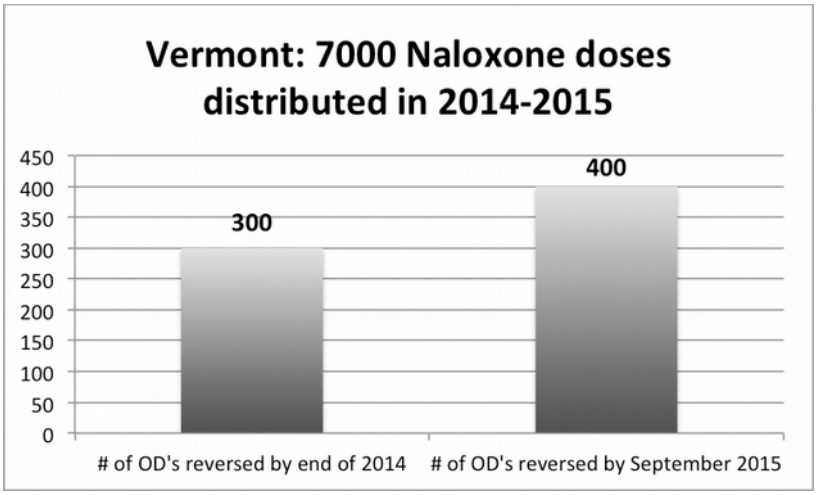
However, naloxone's public image and legal acceptability is complicated by its association with opioid overdose, and the association of opioid overdose with illegal activity such as buying, selling, and possessing heroin, which is a banned Schedule I substance, or prescription opioids that are obtained fraudulently or illicitly. Despite the harmlessness of the drug itself, the assumption is that someone who requires naloxone is someone who is probably participating in illegal drug-related activity.

Functionally, naloxone is most similar to an epi-pen, which people with severe allergies carry to provide an emergency dose of epinephrine to reverse a life-threatening allergic reaction. However, unlike epi-pens, naloxone carries the suggestion that providing opioid-addicted people with a safety net constitutes tacit acceptance or support of illegal behavior, as it implies that the prescriber knows the recipient is engaging in illegal behavior and expects the recipient to illegally obtain and use restricted substances in the future. There is also a belief that accepting the continuation of this illegal behavior and providing the addict with a way to avoid the worst consequences of their behavior will enable their substance abuse and make it more likely that they will continue to use illegal substances rather than seek treatment, and that the danger of dying from an overdose is a deterrent to drug use that will be weakened with the greater availability of the safety net of naloxone (Freese, 2015). These fears are contradicted by empirical evidence (Hawk et al, 2015) that shows that the danger of overdose is not an effective deterrent to opioid misuse and that naloxone availability does not encourage or increase opioid misuse, but serve to complicate the concept of self-medication and the relationship between healthcare providers and healthcare recipients.

Additionally, naloxone distribution is legally complicated by the fact that third-party prescriptions (which allow healthcare providers to prescribe naloxone to a person other than the person to whom it is expected be administered, usually the friends or family members of someone who is addicted to opiates) and standing orders (which allow providers to issue a blanket order authorizing an entire class of persons to distribute naloxone to individuals wishing to obtain naloxone) were prohibited until fairly recently, and laws required a doctor-patient relationship to be established prior to direct prescription. However, the effects of an opiate overdose usually make it impossible for the victim of an overdose to personally administer naloxone to himself or herself, and therefore third-party prescriptions and standing orders are essential for getting naloxone into the hands of laypeople such as friends or family or bystanders, the people who would be able to assist someone in the event of an overdose.

The Naloxone Pilot Program in Vermont, started in 2013, is a case of a major success story for the effectiveness of naloxone as automedication to prevent fatalities from opioid overdoses. In particular, the effectiveness of naloxone that is distributed freely to the public at large rather than kept only in the hands of doctors, police, and first responders. It allows third-party and standing prescriptions of naloxone, and sets up distribution sites at public health facilities around the state to provide naloxone free of charge to addicts and their friends and family, through a partnership between The Vermont Department of Health and several community-based organizations. Individuals can also get prevention and overdose response training designed and approved by the department at these distribution sites (ADAP, 2014).

In the two years since the program started, Vermont policy leaders, law-enforcement and addicts alike have heralded naloxone as a "miracle drug." Nearly 7,000 naloxone kits have been distributed through 10 treatment facilities, recovery centers and needle-exchange programs statewide, and recipients have reported using the drug more than 400 times to reverse overdoses as of September 2015. The total number is likely higher because not everyone checks back in after using it (Freese, 2015).



(The Vermont Association for Mental Health and Addiction Recovery)

In order for naloxone to save lives, emergency responders must be notified after administration of naloxone by the “lay” caregiver. Naloxone is designed to buy time in order to get the victim into the emergency room. Instructions for administration make it clear to all that emergency personnel must be called immediately after administration and this is widely understand in the heroin using community. Therefore, the success of the naloxone program relies on free distribution coupled with “good Samaritan laws”. Good Samaritan laws are a set of laws that protect laypeople from civil liability and criminal prosecution for administering naloxone to a person who has had an overdose, or for calling 911 in the event of an overdose. When a person has an overdose, it is likely that the closest bystander or friend is another drug user who may be engaged in illegal activity or be in possession of illegal substances or paraphernalia, and may therefore be afraid to get police or emergency personnel involved when an overdose occurs, although emergency care is important after an overdose even if naloxone is administered first. Therefore, it is important for lay people to have legal access to naloxone, in conjunction with Good Samaritan laws, so that people around an overdose victim can both have naloxone on hand in order to reverse the overdose immediately, and have the assurance that they will not be prosecuted for drug possession or other crimes if they call 911 for help afterwards.

By September 14, 2015, all but seven states (AZ, IA, KS, MO, MT, SD, WY) had passed legislation designed to improve layperson naloxone access. These states have made it easier for people who might be in a position to assist in an overdose to access the medication, encouraged those individuals to summon emergency responders, or both. In 2001, New Mexico became the first state to amend its laws to make it easier for medical professionals to prescribe and dispense naloxone, and for lay administrators to use it without fear of legal repercussions. As of September 14, 2015, forty other states and the

District of Columbia have made similar changes (42 total) (NPHL, 2015).

Compared to other states in the U.S., Vermont has one of the most open sets of naloxone laws in the country. It provides both criminal and civil protection for prescribers, dispensers, and laypeople, allows people to possess naloxone, and provides for 3rd party and standing prescriptions. The hope was that increased access and fewer barriers to naloxone possession would result in fewer deaths by opioid overdose. Between 2013 and 2014 the rate of opioid overdose deaths in Vermont dropped by 7.9%, from 15.1 to 13.9 opioid deaths per 100,000 people (Rudd et al, 2016).

The significance of naloxone as a form of automedication is strongest in terms of how it eschews traditional aspects of the relationship between healthcare providers and recipients dealing with issues of addiction and substance use and abuse. Firstly, naloxone has nothing directly to do with treatment of or recovery from opioid addiction, but is a drug meant solely to alleviate certain side-effects or symptoms (that is, overdoses and the risk of injury and death that comes with them) of the addiction. The negative outcomes naloxone programs are intended to counteract are not substance use or addiction, but overdoses of opioids. In effect, naloxone programs operate as if addiction and substance use is an accepted fact of life for the target population and overdose a likelihood, and while the justification of its value may lie in the argument that it is worthwhile to keep people alive long enough for them to go through treatment and recovery, its implementation is neutral towards the recipients' intent, or lack thereof, to stop using opioids, similar to how the installation of seatbelts in cars to prevent fatalities operate as if car crashes are a likelihood, while remaining neutral about whether the car owner drives recklessly or not.

This is the Harm Reduction approach, described by the Yale Journal of Biology and Medicine with regards to opioid addiction as "representing a fundamental shift from previous approaches that favored the criminalization of drug use. The philosophy of harm reduction has roots in the public health approach. It does not endorse drug use, but accepts drug use as a reality and focuses on reducing its harmful consequences, including death, HIV, hepatitis C, criminal activity, and incarceration (Hawk et al, 2015)." Naloxone programs are tailored to specifically reduce the most serious consequence, death, which is best prevented through self-medication, even if other, less life-threatening aspects of opioid use disorder are best treated and prevented through other means.

In recent years, the form naloxone has taken and the laws and distribution methods regarding it that have been adopted point to an assumption among the healthcare professionals who review, prescribe, and advocate for it that naloxone will be used by non-professionals and should be optimized for their use, like the FDA's approval of a nasal spray form of naloxone (rather than a needle injection):

> *Narcan [naloxone] nasal spray does not require assembly and delivers a consistent, measured dose when used as directed. This prescription product can be used on adults or children and is easily administered by anyone, even those without medical training. The drug is sprayed into one nostril while the patient is lying on his or her back, and can be repeated if necessary. However, it is important to note that it is not a substitute for immediate medical care, and the person administering Narcan nasal spray should seek further immediate medical attention on the patient's behalf… The FDA granted fast-track designation and priority review for Narcan nasal spray. Fast track is a process designed to facilitate development and expedite review of drugs intended to treat serious conditions and that demonstrate the potential to address an*

unmet medical need (FDA).[3]

The emphasis on features that do not require medical knowledge or training and can be used by anyone make indicates deliberate intention on the part of the FDA and healthcare professionals to make naloxone nasal spray an explicitly self-administered medication that can, but does not need, to be supplemented by more direct supervision and direction by healthcare providers.

Some Conclusions

Classic pharmaceutical cycles are embedded and continually deepened through the profit motive and the formal and self-perpetuating societies of clinicians and prescribers. Though this is an obvious and dominant paradigm, it could not be more poorly suited to help those living in an illicit demimonde—such as a community of heroin users. What can work, as the success of naloxone in Vermont seems to illustrate, is when medications are allowed to follow the organic paths and connections that are culturally constructed within a discrete community. By allowing naloxone to "live" within the constructed model of distribution, attainment, administration, etc…the medication can greatly broaden its reach and fulfill it's sole purpose: to reverse overdoses and save lives. It does so far more effectively than in the old model of administration by clinicians only. There are times when the socially constructed network is more powerful than the formal one. Naloxone seems to be one of those cases.

Medication abuse, addiction, law enforcement, and prosecution are areas which do not attract enough attention when we discuss the life-cycles of medications in the abstract. In the naloxone project in Vermont, it has been successful because it realized that the social constructs of the addict community contain an enormous fear of prosecution. An addict will not call emergency personnel if she/he is afraid of prosecution. Any further automedication initiatives within the addict community should carefully consider the role this fear plays in that culture.

One of the most important questions for public health initiatives focusing on opioid misuse is Naloxone's biggest departure from (or modification of) the self-medication model comes from the fact that naloxone is expected to rarely, if ever, be actually self-administered. Since an opioid overdose generally renders the victim unconscious or unresponsive, a lay administration will almost certainly be performed by someone other than the user. Thus, the sense of independence and responsibility for one's own medication that comes from the practice of self-medication is significantly modified. Rather, naloxone programs rely on the need for there to be a significant quantity of freely administrable naloxone in the hands of many people in the proximity of opioid users, many of whom are opioid users themselves. A naloxone kit obtained by a certain individual is unlikely to be used on that individual (unless he or she gives it to someone else), rather, it will more likely be used by that individual on a friend, family member, or other person, and this same individual, if he or she is an opioid user, will likely be revived, in the case of an overdose, by a friend or family member's naloxone kit. Therefore, the process of

3 U.S. Food and Drug Administration, 2015, "FDA moves quickly to approve easy-to-use nasal spray to treat opioid overdose" FDA.gov. Available at: http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/UCM473505

automedication, when it comes to naloxone, does not assume a single individual obtaining a dose of medication and this same individual later administering that same dose of medication to him- or herself. For the automedication of naloxone to be successful, multiple different people in a family, group, or community must be simultaneously participating in the naloxone program by understanding, obtaining, possessing, and administering it. While naloxone as a form of automedication does involve health professionals delegating to the patient some of his or her own health care, the "patient" in question that these professionals rely on to decrease fatality rates of opioid overdoses is unlikely to be a single individual, but rather an informal hypothetical group that the professionals count on to work in a symbiotic or collaborative way.

We are now looking at another initiative in Vermont in which "rogue" physicians are purposefully overprescribing suboxone (an opioid addiction treatment drug) with the hope that they will enter the social networks of the addict community and be distributed as that automedication community sees fit. There are undoubtedly many other opportunities for us to heal the opiate epidemic through greater use of the social constructs of the opiate user community.

References

- ADAP, 2014, Opioid Overdose Prevention Program FAQ, Vermont Department of Health.
- Amsden, David, April 3 2014, The New Face of Heroin, Rolling Stone.
- Anderson, M.R., Smith, L., & Sidel, V.W., 2005, What Is Social Medicine? Monthly Review, Vol. 56 Issue 8.
- Coffin, P.O. & Sullivan, S.D., 2013, Cost-Effectiveness of Distributing Naloxone to Heroin Users for Lay Overdose Reversal, Annals of Internal Medicine, Vol.158 Issue 1.
- Cohen, et al., 2001, Medications as social phenomena, Health, Vol. 5 Issue 4.
- De Quincey, Thomas, Confessions of an English Opium-Eater, 1822 version.
- Drug Abuse, "Heroin Use Increasing Across New Demographics, Study Finds." DrugAbuse.org. Accessed 25 April 2016.
- Fainzang Sylvie, 2012, L'automédication ou les mirages de l'autonomie, Paris, Presses
- Freese, Alissa, 2015, "The Highs and Lows of Overdose-Reversing Narcan," Seven Days.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D., 2004, The Social Epidemiology of Substance Use, Oxford Journals: Epidemiologic Review, Vol. 26 Issue 1.
- Harm Reduction Coalition, 2012. Guide To Developing and Managing Overdose Prevention and Take-Home Naloxone Projects, HarmReduction.org.
- Hawk, K. F., Vaca, F. E., & D'Onofrio, G., (2015). Reducing Fatal Opioid Overdose:

Prevention, Treatment and Harm Reduction Strategies, The Yale Journal of Biology and Medicine, Vol. 88 Issue 3.

- L.R., Personal Interview with VAMHAR, 2009.
- Lott and Rhodes, 2016, Opioid overdose and naloxone education in a substance use disorder treatment program, The American Journal on Addictions, 25
- The Network for Public Health Law, 2015, Legal Interventions to Reduce Overdose Mortality: Naloxone Access and Overdose Good Samaritan Laws, Networkforphl.org.
- Rowe, et al., 2015, Predictors of participant engagement and naloxone utilization in a community-based naloxone distribution program, Addiction
- Rudd, Rose A. et al, 2014 (updated 2016), Morbidity and Mortality Weekly Report: Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths, Centers for Disease Control and Prevention.
- Wheeler, 2015, Opioid overdose prevention programs providing naloxone to laypersons, CDC Morbitity and Mortality Report
- World Health Organization, 2014, Community management of opioid overdose. WHO
- U.S. Food and Drug Administration, 2015, “FDA moves quickly to approve easy-to-use nasal spray to treat opioid overdose,” FDA.gov.

Latent social functions of the health care institute: a case of pharmacies in Russia

Yulia Krasheninnikova (1).

1. Expert at the Laboratory for Local Administration, National Research University Higher School of Economics (HSE), Moscow, Russia; associate professor at the School of Management, HSE Campus in Perm.

Introduction

Closely connected with the problem of self-treatment, the role of pharmacies in health care systems has been seen in socio-medical studies primarily in the context of conventional medicine consumption. It could be positive, in terms of responsible self-medication with over-the-counter (OTC) drugs (Bradley, Blenkinsopp 1996; Hughes, McElnay, Fleming 2001). A pharmacy may be regarded even as potential provider of expanded health services for people who are generally underserved by traditional health providers such as self-injecting drug takers (Hammett et al. 2014). Or this role could be negative, in view of the dangers of self-medication with prescription drugs, especially antibiotics (e.g.: Ocan et al. 2015; Väänänen et al. 2006). Nevertheless, the dominant view on pharmacies in this context focuses on the selling of prescription or OTC medicines, and self-medication is understood as the dispensing or consumption of medicines without any written prescription or oral advise of a medical professional (e.g.: Nunes de Melo et al. 2006).

In this presentation I would like to consider the role of pharmaceutical retail organizations in self-treatment more widely, focusing on the variety of aspects and using a qualitative methodology. Qualitative approach seems to be helpful for understanding the variability and the complexity of consumers and pharmasists' motivation (Fainzang 2010; Hibbert, Bissell, Ward 2002). The paper aims to portray and to discuss the informal impact of drugstores on health in Russia today, taking into account their formal role in the health care system.

According to our suggestion, if the pharmacies are commercial organizations, they inevitably adapt their work to customers' demands. As a result, the tasks not designated by state health policy take a prominent place in their work. In the terminology of Robert Merton it could be called the latent (hidden) functions, i.e. unintentional and unconscious consequences of their activities (Merton 1957). Nevertheless, I would like to analyse that as the natural response to consumers' requests, and don't intend to unmask occupational (professional) deviations or criminal behavior (Thorner 1942; Quinney 1963).

The analysis of the Russian situation appears to be useful not only for understanding the local specifics but for clarifying the factors of self-medication in developing countries too. One explanation of self-medication in low- and middle income countries focuses on the

unaffordability of medical services due to their high costs and lack of medical insurance (Pagan et al. 2006). Self-treatment seems to increase in countries where there are significant cost barriers to access to formal health facilities or their quality declines (Standing, Bloom 2002). Pharmacies are described as a patients' first point of contact with the health care system (Miller, Goodman 2016). But Russia stands out from this range due to the specific historical background of its universal public health care and its mandatory health insurance today.

Methods and empirical materials

The empirical study was conducted in the Perm region of Russia in 2013. It was a part of the larger pilot project on the description of all informal providers of goods and services for self-treatment, supported by the Khamovniki Foundation for Social Research (*Krasheninnikova 2016*)[1]. In this fieldwork we compared the situation in towns and villages of various sizes: one million-plus city (Perm, a capital of region), three towns with a population of 50,000-70,000, three administrative centers of municipal districts (up to 10,000 people), four centers of rural settlements (up to 3,000 people), and five villages (up to 500 people).

In order to reveal latent social functions of pharmacies, we analysed the legislation and general statistics of pharmaceutical retail in Russia, conducted about 30 in-depth interviews with pharmacists (22 recorded items and 8 informal talks), and inspected about 50 pharmacies. We made observations of all the pharmacies in small settlements, all the ones on the main streets in medium towns, and several randomly chosen pharmacies in Perm. The interviews were focused on the conduct patterns of consumers. Thus, the respondents talked about their own behavior and inherent rules in their work from the perspective of their reaction to the clients' demands. Regardless of differences in the size of drugstores and type of settlements, the answers and narratives of pharmacists were rather similar. They differed mainly in quantitative estimations of the prevalent practices (e.g. frequency of buying prescription drugs without a prescription).

Finally, a monitoring of the clients' demands (further – the monitoring) was carried out on an experimental basis in one of the pharmacies in Perm[2], as a supplement to the qualitative research. The monitoring was held twice. The working employee recorded the inquiries and the purchases of each client during the shift (on Saturday – 92 persons, on Monday – 61 persons). He also noted briefly the demographic profile of the client and the history of his visits. The results of the monitoring were not quite expected and revealed interesting details that are not easily disclosed in the questioning and in-depth-interviewing of customers or pharmacists. For this reason, this method appears to be the most productive for the future study of pharmacies' role in health care in Russia.

1 I would like to thank all members of our research team who participated with me in the fieldwork: Zueva E., Makarova O., Maslennikov A., Okuneva M., Tsevileva M., Yagudina A., Subbotin D., Syuzev D., Oparin N., Shuraleva E., Shavrin A., Kolonuto A. Most of them worked or studied at HSE Campus in Perm.

2 The pharmacy has a twenty-four hour service. It is located on the first floor of an apartment block in a residential area, near the bus stop and the medical center. Many blue-collar workers with low income live in this urban district.

Background: peculiarities of the healthcare system and pharmaceutical retail in Russia

Russia inherited a Semashko model of health care with the principle of universal access to free medical services. This principle has been preserved until now in the form of mandatory health insurance, although in practice appropriate and well timed medical services are not always available for all of the people (Popovich et al. 2011). The more important fact for our research is that prescription medicines for outpatient treatment are paid for in full by the patient, except for certain social and patient groups. The absence of total medical reimbursement devalues the visit to the doctor in the case of minor illness.

Another important factor is that the principles of evidence-based medicine and quality assurance in healthcare are rarely used in medical practice despite their large public discussion (Geltzer 2009; Vlassov 2016). There is also a long-term trend in patients' behavior to use a variety of problematic OTC-medicines with unproven efficacy (e.g. immunomodulators against flu and the common cold) or with strong side effects. So, in the Russian pharmaceutical retail market OTC-drugs take near 70% of sales in real terms, and 50% in monetary terms (OTC drugs market in Russia: results 2014).

In the Soviet health system pharmacies were state property and managed centrally, so the state had control over patient's medication for the most part, while this approach resulted sometimes in a deficit of several drugs. As a result of the liberalization of pharmacy networks and the pharmaceutical sector, in the late 1990s the availability of drugs improved in general, however the affordability of prescribed drugs continued to be a problem for some patients groups (Perlman, Balabanova 2011). In post-soviet Russia the advertising of medicines has been also allowed, and nowadays it takes the significant share of the advertising market.

Today the pharmaceutical retail market in Russia is primarily private and marked by a high level of monopolization, often concealed. There are few drugs prepared in pharmacies. The selling of medicines is a licensed activity, and only pharmacies and some medical facilities in rural areas are authorized to distribute drugs to consumers, even non-prescription ones. This means that today in Russia the predominant pharmacy type is a shop, part of a retail network, not a small family business, and aims to make a profit first of all. Most pharmacies uses the same patterns in communications with a customer, and there are not significant differences between the ones in cities and villages.

The number of pharmacies is more than required to service the needs of the health system, although there are obvious disparities between the towns and small settlements in rural areas where pharmaceutical business is unprofitable. It is particularly noticeable in the Perm region, where the higher pharmaceutical school (Perm Pharmaceutical Academy) works. The pharmacy density exceeds here the standards proposed in 1997 by the Ministry of Health of the Russian Federation: e.g. of 20,000 people per pharmacy for million-plus city, 6,200 people per pharmacy for villages. In 2013 this rate was approximately 1,600 people per pharmacy in Perm, and 1,800 people per pharmacy in the one of surveyed villages, center of municipal district.

In sum, these circumstances may create conditions for a high level of self-medication and the proactive role of pharmacies in it. We may expect that in Perm, where pharmaceutical

retailing is well developed, these features will be manifested more clearly.

Findings: manifest and latent functions of pharmacies

We start with the legislation analysis. The basic *Federal Law No. 323 on the Fundamentals of Protection of the Health of Citizens in the Russian Federation* names pharmaceutical organizations among the structural elements of the state, municipal and private health care systems (p. 35 art. 29). According to *Federal Law No. 61 on the Circulation of Medicines* the main reason for the existence of pharmacies is to provide remedies which are prescribed by doctors. While the sales of other health products, i.e. food or dietary supplements, medical devices, cosmetics, hygienic products, are also accepted in pharmacies (p. 7 art. 55), they are not a part of the officially declared mission. It is directly written in the law that the retail sale of drugs means the sale of them in the quantities necessary for carrying out medical or medical assistant (feldsher) assignments (p.1 art. 55).

Thus, in the Russian legislation the raison d'être of pharmacies is determined by the prescriptions made by a medical professional. It also provides strict rules of state regulation and control over the activities of pharmacists. Advising customers is one of the duties of pharmacy employees, but their area of competence is limited and includes the information on drug action, rules of taking, doses and when it cannot be taken only.

This role, enshrined in law, seems to mirror the classical, paternalistic model of health care. In the world it is successfully challenged by the conception of responsible self-medication (Responsible Self-Medication 1998; The Role of the pharmacist in self-care and self-medication 1998). Although this conception is slowly gaining recognition from medical professionals given the high pressure of the pharmaceutical lobby, responsible self-medication is still not fixed in Russian healthcare regulations.

This legislative framework leads to the conservation of the hidden social functions of pharmacies, because deviations are widespread although illegal.

Replacing a doctor: diagnosis & prescription

The main feature mentioned by our interviewees was the customers' practice to go to the pharmacy for advice instead of visiting a physician, and not only in the case of minor illness. The clients used to ask the information that is beyond pharmacist's expertise: how to deal with symptoms of the disease, what medicine to choose, and what exactly their disease is. Because of this the pharmacy workers may be considered as informal health providers (Cross, MacGregor 2009 ; Sudhinaraset 2013) rather than healthcare professionals.

This seems to be a widespread practice. According to pharmacists' estimations, these clients amount between a quarter and a half of all visitors. Such assessments of the interviewees as 'always', 'every second', 'every fourth' appear to be their subjective perception of their own activity, so it is hardly reasonable to rely on them as a basis for quantitative calculations. However they may indicate an approximate scale of counselling practices in Russian pharmacies in general. The monitoring showed that such clients were

a quarter of the total number of visitors at weekend, and were less than 15 % on Monday. However, if we take into account only customers arriving at the pharmacy due to health problems, we see that the advice was requested by almost half (43 %) on Saturday and one third (32 %) of the visitors on Monday[3].

The pharmacists highlighted that they have very often to allocate medicines for consumers because people don't have time or possibility to go to the medical facilities ('because of the colossal problem of getting a doctor's appointment', 'well, very often [asked to propose drugs], now it is almost impossible to get a doctor', 'everyone is too lazy to go to a medical center'). Due to the queue or a deficit of medical specialists, patients have make efforts to get medical services in a state clinic. It is faster and easier to consult the pharmacies than to go to the doctor.

Another explanation concerns the low authority of medical professionals and the patients' discontent with the communication style and knowledge of doctors (e.g. 'people come to us, ask, and complain that physicians don't explain anything and communicate little'). According to the monitoring results, on Saturday about 30 % of the visitors who asked for advice had previously had a doctor's appointment. But they thought that this appointment had not helped them or had caused adverse effects. Instead of going to the doctor a second time, they consulted with the pharmacist who looked professional against the poorly proven physician.

Thus, most respondents focused on the fact that the behavior of consumers is caused by problems of the healthcare in Russia. Pharmacists are forced to adapt to customer needs, using their professional knowledge. When the same question was discussed in the interviews with doctors[4], the interviewees expressed the opposite position. Doctors emphasized not only the unprofessionalism, but also the vested interests of pharmacies advising this or that drug.

The pharmacists tend to be in an ambiguous situation. On the one hand, therapeutic recommendations are prohibited in pharmacies (and all our respondents understood this); on the other, they are subjected to pressure from customers and a profit motive. As a consequence pharmacists produce for themselves a formula of ethical compromise. It is informal, but generally accepted, according to our interviews and observations. The respondents said that they prefer to suggest OTC-medicines that cannot harm, and strongly recommend customers to visit a medical center nonetheless. Some interviewees noted that if a visitor asks to suggest a medicine, they offer dietary supplements, as this is the safest option. The same strategy was found in the monitoring in the pharmacy in Perm.

Obviously, that may be a direct way to an inappropriate treatment for the sick person. The socio-medical studies in other countries have revealed that few pharmacists usually gave appropriate advice to customers (e.g. : Tomson, Sterky 1986 ; Goel et al. 1996). In our situation it seems to be the result of the involuntary ethical compromise rather than a profit motive or the low level of professional knowledge.

3 Of the total number of clients have been deducted the buyers of alcohol tinctures, syringes and pipettes, which a pharmacist undoubtedly categorized as the people with addiction to psychoactive substances.

4 There were 46 in-depth interviews with medical professionals as a part of the empirical study mentioned above.

Providing the remedies for various self-treatment

The function of providing remedies for pharmacy customers has different aspects in the context of self-medication. After self-medication with OTC drugs, the practice of distributing prescription drugs without a prescription is noticeable in the routine work of Russian pharmacies[5]. In the monitoring approximately every tenth customer bought drugs in such a way. It appears similar to the situation in other developing countries in the past (Greenhalgh 1987; Price 1989; Haak 1998).

This practice refers not only to self-medication itself, but also to the inappropriate actions of physicians who often do not fill in a prescription form in accordance with all the rules. The respondents told us about such problems as the simple notes 'on a small piece of paper' instead of the special prescription forms from doctors, verbal recommendations, old prescriptions and the negative attitude of patients who do not know the rules of medicine sales and do not want to follow them. Pharmacists tend to take visitors at their word (especially regular customers), appreciate their position, and give in to their pressure.

Further, a pharmacy is an important source of tools and remedies for people who are keen on traditional (folk) or alternative medicine, according to our observations. Nowadays even in rural areas buying herbal preparations is taking the place of gathering and growing medical plants by yourself, while herbal medicine is rather popular in Russia as national tradition (Stryamets et al. 2015). For adepts of different health schools the pharmacies provide the ingredients for making treatment based on alternative ideas. These people do not need the pharmacist's guidelines, moreover, they are immune to his professional instruction. The main information source for them is mass media, especially cheap journals with health advice from readers themselves. In the interviews the respondents mentioned people following the methods of healing only by medicinal herbs, iodine, hydrogen peroxide, etc. For instance:

They read in that journal that peroxide is useful to drink. [...] I explain that it is dangerous for health. But do you think they listen to me? (woman 30-40 years old, an pharmacy employee, the small town)

The practice of taking dietary supplements and vitamins instead of medications was mentioned above. Pharmacies work as the main legal distribution channel of them in Russia, and they seem to be one of the main products on pharmacy shelves. But actually they make up only 10-20% of the total stock (according to our respondents' estimates), and not many customers adhere to alternative treatment with supplements. During the monitoring in Perm only a few people came in especially for the supplements in two days. Nevertheless, some pharmacists and physicians demonstrated in interviews that they did not see much difference between drugs and dietary supplements. They shared the idea that medicines and dietary supplements are the same, but the second have not passed the state registration yet.

5 It should be noticed that in Russia dangerous drugs (e.g. psychotropic or toxic) subject to special storage conditions and accounting, and their prescription must be in form of the strict reporting. Pharmacists usually avoid to give its without a prescription because of the menace of criminal punishment. But other prescription drugs (e.g. antibiotics) have more liberal sale conditions.

Keeping drugs and alcohol addictions

Of all latent functions of pharmacies this is the most problematic. On the one hand, its implementation is legal in most cases, i.e. within the legislation framework. On the other, this practice is the most controversial from the view of morality.

We do not mean the purchases of single-use syringes that are positive for preventing infections among drug users. The research confirmed the fact that pharmacies in Russia supply the handy tools for the home manufacture and use of drugs. Pharmacists called its 'a set for drug-users' (may contains syringes, pipettes, cotton wool, tincture of iodine, naphazoline and prescription medicines containing codeine). Another usual practice revealed in our study was buying alcohol-based tinctures and the antiseptics with surrogate alcohol (all OTC-medicines) as a substitute for usual alcoholic beverages. The main problem is that these liquids taken in big doses may lead to serious problems in physical and mental health, but they are very cheap and sold without limitations (Gil et al. 2009), while food shops are prohibited from selling alcohol at night.

These features are more markedly manifested in urban areas. In countryside the proportion of drug addicts lower than in cities, and drinkers prefer homemade alcohol. In urban areas addicted people became pharmacies' regular customers. Pharmacists guess their demands even without any dialogue with them, just at a glance. There is a common practice to keep antiseptics and alcohol-based tinctures under the counter so they are always at hand.

According to the monitoring conducted in Perm, 42 % of visitors on Saturday and 33 % on Monday were people which pharmacists classified as the persons affected by addiction to psychoactive substances. The dominant majority of these buyers were regular customers of the pharmacy and primarily men. These clients often come in the evening and at night, and on Friday and Saturday, so they seem to make revenue for 24-hour pharmacies.

These findings correspond to the general statistics of pharmaceutical retailing in Russia. For instance, 2009-2011 were marked by the sharp increase in sales of OTC-medicines containing codeine. That popularity was associated with the development of home production of the drug desomorphine or Krokodil, an super-cheap heroin substitute. In 2012 these medicines became under prescription, and their sales fell visibly. We may assume that at least a quarter of all their sales went to the desomorphine production. In the first half of 2000s the very cheap alcoholic tincture of hawthorn was one of the trade names included in the top ten of the best-selling OTC-medicines in Russia (by sale volume in monetary terms). The first place at this rating in Perm the alcoholic tincture of bell pepper took in 2007-2008, and pregabalin (used by drug takers) – in 2013 in Chelyabinsk.

In our opinion, this picture reflects in exaggerated form the nationwide situation in which the service of alcoholics and drug addicts to maintain their addictions became a noticeable role of pharmacies. In sociological perspective it looks like the case of 'de-pharmaceuticalization' in which medical products lost their original purpose. More important is that it may influence on the other social functions of pharmacies. The knowledge about this problem and its scale is important for avoiding the wrong interpretation of self-medication practices based on general statistics and polls results.

Conclusion

Pharmaceutical organizations are featured among the first in answer to the question of who people contact in case of health problems, bypassing medical facilities. However, their role is not limited only to supply of OTC-medicines. The empirical research in the Perm region of Russia demonstrates three main latent functions of pharmacies: to take on the duty of physician, to provide remedies for self-medication (whether conventional OTC and prescription drugs or food supplements, or alternative medicine), to serve addicted people and to help them in maintaining a destructive dependence. Each of them reveals in the various aspects of communications and implicit behavior rules in a pharmacy. All of them work against formal healthcare.

This activity can hardly be explained within the framework of the main concepts on the development of pharmaceutical practice, such as the expansion of borders of pharmacists' expertise (Weiss, Sutton 2009), the growth of professional autonomy from doctors' authority (Edmunds, Calnan 2011), or the integration of pharmacies into primary care (Mossialos at al. 2015; Hassell, Rogers, Noyce 2000).

It could be argued that this situation is different from the picture which is presented in the Russian legislation, based on the traditional, paternalistic vision of medicine. It is also different from the ideal picture of responsible self-medication which is popular among pharmacists, public health officials and social scientists in the world.

Références

- APTECHNYJ RYNOK OTS ROSSII: ITOGI 2014 G. [OTC DRUGS MARKET IN RUSSIA: RESULTS 2014], 2015, *REMEDIUM.RU*. URL: HTTP://WWW.REMEDIUM.RU/ANALYTICS/DETAIL.PHP?ID=66034.
- BRADLEY C., BLENKINSOPP A., 1996, Over the counter drugs. The future for self medication. *BMJ : British Medical Journal*312(7034), pp. 835-837.
- CROSS J., MACGREGOR H., 2009, *Who Are 'Informal Health Providers' and What Do They Do? Perspectives from Medical Anthropology*. IDS Working Paper 334. Institute of Development Studies.
- EDMUNDS J., CALNAN M.W., 2011, The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practioners in the United Kingdom, *Social Science & Medicine*, vol. 53, issue 7, pp. 943-955.
- FAINZANG S., 2010, L'automédication: une pratique qui peut en cacher une autre, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, no. 1, pp. 115-133.
- GELTZER A., 2009, When the standards aren't standard: Evidence-based medicine in the Russian context. *Social Science & Medicine*. vol. 68, pp. 526–532.
- GIL A., POLIKINA O., KOROLEVA N. et al., 2009, Availability and Characteristics of

Nonbeverage Alcohols Sold in 17 Russian Cities in 2007. *Alcoholism - Clinical and Experimental Research*, vol. 33 (1), pp. 79-85.

- GOEL P., ROSS-DEGNAN D., BERMAN P., SOUMERAI S., 1996, Retail pharmacies in developing countries: A behavior and intervention framework, *Social Science & Medicine*, vol. 42, issue 8, pp. 1155–1161.
- GREENHALGH T. 1987, Drug prescription and self-medication in India: An exploratory survey. *Social Science & Medicine*, vol. 25, no. 3, pp. 307-318.
- HAAK H., 1988, Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions. *Social Science & Medicine*, vol.27, no. 12, pp. 1415-1427.
- HAMMETT ET AL. 2014, Pharmacies as providers of expanded health services for people who inject drugs: a review of laws, policies, and barriers in six countries. *BMC Health Services Research*, pp. 14:261.
- HASSELL K., ROGERS A., NOYCE P., 2000, Community pharmacy as a primary health and self-care resource : a framework for understanding pharmacy utilization, *Health & social care in the community*, vol. 8, no. 1, pp. 40-49.
- HIBBERT D., BISSELL P., WARD P.R., 2002, Consumerism and professional work in the community pharmacy, *Sociology of Health & Illness, vol.* 24, no. 1., pp. 46-65.
- HUGHES C.M., MCELNAY J.C., FLEMING G.F., 2001, Benefits and risks of self-medication. *Drug Saf* , 24(14), pp. 1027–1037
- KRASHENINNIKOVA Yu. *Neformal'noe zdravookhranenie. Sotsiograficheskie ocherki* [Informal Healthcare. Sociographic Essays], Moscow: Strana Oz, 2016, 456 p.
- MERTON R. K. *Social Theory and Social Structure*. Glencoe, IL: Free Press. 1957.
- MILLER R., GOODMAN C., 2016, Performance of retail pharmacies in low- and middle-income Asian settings: a systematic review. *Health Policy Plan.*, doi:10.1093/heapol/czw007.
- MOSSIALOS E., COURTIN E., NACI H., BENRIMOJ S., BOUVY M., FARRIS K., NOYCE P., SKETRIS I., 2015, From “retailers” to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management, *Health Policy*, vol. 119, Issue 5, pp. 628-639, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.007.
- NUNES DE MELO M, MADUREIRA B, NUNES FERREIRA AP, MENDES Z, MIRANDA ADA C, MARTINS AP. 2006, Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharm World Sci.,* 28(1), pp. 19-25.
- OCAN M, OBUKU EA, BWANGA F, AKENA D, RICHARD S, OGWAL-OKENG J, OBUA C., 2015, Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health*, 15:742. doi: 10.1186/s12889-015-2109-3.
- PAGAN J.A., ROSS S, YAU J et al., 2006, Self-medication and health insurance coverage in Mexico. *Health Policy*, vol.75 (2), pp.170-177.
- PERLMAN F., BALABANOVA D., 2011, Prescription for change: accessing medication in transitional Russia. *Health Policy & Planning*, 26(6), pp.453–463, http://doi.org/10.1093/heapol/czq082
- POPOVICH L., POTAPCHIK E., SHISHKIN S., RICHARDSON E., VACROUX A., MATHIVET B.,

2011, *Russian Federation: Health system review. Health Systems in Transition*, European Observatory on Healthcare Systems.

- PRICE L. J., 1989, In the shadow of biomedicine: self medication in two Ecuadorian pharmacies. *Social Science & Medicine*, 28(9), pp. 905-915.
- QUINNEY E. R., 1963, Occupational structure and criminal behavior: prescription violation by retail pharmacists, *Social Problems*, vol. 11, no. 2, pp. 179-185.
- *Responsible Self-Medication. Joint Statement by The International Pharmaceutical Federation and The World Self-Medication Industry*. Approved by FIP Council in The Hague in September 1998. URL: http://www.fip.org/uploads/database_file.php?id=241&table_id=.
- STANDING H., BLOOM G., 2002, *Beyond public and private? Unorganised markets in health care delivery*. Institute of Development Studies, University of Sussex.
- STRYAMETS N., ELBAKIDZE M., CEUTERICK M., ANGELSTAM P., AXELSSON R., 2015, From economic survival to recreation: contemporary uses of wild food and medicine in rural Sweden, Ukraine and NW Russia. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 11:53, doi: 10.1186/s13002-015-0036-0.
- SUDHINARASET M., INGRAM M., LOFTHOUSE H.K., MONTAGU D., 2013, What Is the Role of Informal Healthcare Providers in Developing Countries? A Systematic Review, *PloS one*, vol. 8, no. 2, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054978.
- *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998. URL: http://www.who.int/iris/handle/10665/65860.
- THORNER I., 1942, Pharmacy: the functional significance of an institutional pattern, *Social Forces*, vol. 20, no. 3, pp. 321-328.
- TOMSON G., STERKY G., 1986, Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian developing countries, *The Lancet*, vol. 328, issue 8507, pp. 620-622
- VÄÄNÄNEN M.H., PIETILÄ K., AIRAKSINEN M., 2006, Self-medication with antibiotics — Does it really happen in Europe? *Health Policy*, vol. 77, issue 2, pp. 166-171.
- VLASSOV V., 2016, Russian experience and perspectives of quality assurance in healthcare through standards of care. *Health Policy and Technology*, doi:10.1016/j.hlpt.2016.03.008
- WEISS M.C., SUTTON J., 2009, The changing nature of prescribing: pharmacists as prescribers and challenges to medical dominance, *Sociology of Health & Illness*, vol. 31, issue 3, pp. 406–421.

Étude IPADAM : comment accompagner le patient dans sa démarche d'automédication et sécuriser la dispensation à l'officine ?

Brigitte Vennat (1), Olivier Catala (2), Céline Prunet-Spano (2), Chantal Savanovitch (1), Sabrina Bedhomme (1)

1. UFR Pharmacie Clermont-Ferrand (Université d'Auvergne)
2. UFR Pharmacie Lyon (Université Claude Bernard Lyon 1)

Introduction

Plusieurs éléments de contexte posent la question de l'optimisation de la sécurisation de la dispensation des médicaments à prescription médicale facultative (PMF) et de l'accompagnement du patient dans sa démarche d'automédication. Près de deux français sur trois jugent « normal » et même « citoyen » de se soigner eux-mêmes pour des pathologies qu'ils estiment bénignes, le plus souvent en prenant conseil auprès du pharmacien d'officine (1). Un certain nombre de médicaments dits « de médication officinale » peuvent de plus être directement accessibles au public dans les officines françaises depuis le 1er juillet 2008 (2). Or, l'essor de l'automédication n'est pas sans danger (3), car les connaissances de la population dans ce domaine sont parcellaires (4). Ainsi, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, comme l'ibuprofène, sont fréquemment utilisés malgré la présence de contre-indications (5-6), entraînant notamment un risque ulcérogène et hémorragique digestif (7-8). Autres molécules d'automédication, les vasoconstricteurs décongestionnants des voies nasales, comme la pseudoéphédrine *per os,* ont fait l'objet de notifications d'effets indésirables cardiovasculaires ou neuropsychiques (9).

Le Code de la Santé Publique (CSP) précise que « le pharmacien a un devoir particulier de conseil, lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas de consultation médicale » (10). Il est ainsi amené à réaliser des interventions pharmaceutiques (IP), en cas de détection d'un mésusage du médicament à PMF, demandé spontanément par le patient. L'IP est définie comme « toute proposition de modification de la thérapeutique médicamenteuse, initiée par le pharmacien ou toute activité initiée par le pharmacien qui bénéficie au patient » (11). Afin de sécuriser l'acte de dispensation, les officinaux disposent depuis 2008 d'un outil, le dossier pharmaceutique (DP), qui recense, pour chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés les quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou proposés par le dispensateur. Le DP est accessible aux seuls pharmaciens, en présence de patients identifiés par leur carte Sesam Vitale, *via* des liens sécurisés.

L'étude IPADAM (Interventions Pharmaceutiques A propos du Dossier pharmaceutique et

de l'AutoMédication) a comporté un volet quantitatif « IPADAM quanti » et un volet qualitatif «IPADAM quali ». Le volet quantitatif visait à évaluer l'impact des IP, à propos de deux molécules dispensées sans ordonnance, l'ibuprofène et la pseudoéphédrine *per os*. Cet impact était d'autant plus intéressant à analyser qu'il était proposé au patient d'inscrire cette dispensation sur son DP. Le volet qualitatif, positionné en aval d' « IPADAM quanti » a permis d'analyser le ressenti des dispensateurs de l'équipe officinale (pharmaciens, préparateurs et étudiants en pharmacie) et des patients ayant participé à l'étude quantitative.

Matériel et Méthodes

IPADAM quanti

La collecte des données relatives au DP et aux IP concernant les deux molécules cibles s'est déroulée sur deux semaines (du 10 au 15 février et du 7 au 12 avril 2014). Ce volet a été porté par 8 facultés de Pharmacie françaises (Amiens, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Limoges, Lyon, Montpellier, Rennes et Strasbourg) et a concerné 482 officines métropolitaines la première semaine d'étude et 485 la deuxième. Ainsi, 2728 dispensateurs, pharmaciens titulaires maîtres de stage, pharmaciens adjoints, préparateurs et stagiaires ont participé à l'étude.

Durant chaque semaine, chaque dispensateur a notifié :

(i) l'attitude des patients suite à la proposition d'inclure la dispensation sur leur DP. Cinq situations se sont présentées :

- « carte vitale absente » : le patient n'avait pas sa carte vitale sur lui, ou n'avait pas le temps d'attendre ou ne souhaitait pas la présenter, puisque le médicament demandé n'était pas remboursé.

- « création de DP » : à l'occasion de cette dispensation, le patient a accepté d'ouvrir un DP.

- « refus de création de DP » : malgré les explications fournies par le dispensateur, le patient a refusé la création de son DP.

- « DP ouvert » : le patient avait déjà un DP ouvert, même s'il ne s'en souvenait pas forcément. Il a accepté l'inscription de la dispensation sur son DP.

- « refus d'inscription au DP » : le patient a refusé l'inscription du médicament sur son DP déjà ouvert.

(ii) les IP réalisées sur les médicaments concernés :

- Nom et dosage de la spécialité.

- Problème à l'origine de l'IP : allergie, contre-indication avec l'état physiopathologique du patient ou précaution d'emploi, non indication, interaction médicamenteuse, redondance, sous dosage, surdosage ou risque de surdosage.

- Moyens ayant permis de détecter l'IP : DP et/ou historique médicamenteux et/ou dialogue avec le patient.

- Suite de l'IP : adaptation posologique ou alternative thérapeutique ou consultation

médicale pour une situation nécessitant un avis.

- Résultat de l'IP : proposition acceptée ou refusée par le patient.

L'ensemble des données ont été saisies par les dispensateurs sur la plateforme Spiral connect de l'université Claude Bernard (Lyon 1).

Une procédure de validation a été appliquée à chaque IP collectée.

Analyse statistique

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5% avec le logiciel Stata (version 13, StataCorp, College Station US).

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par des moyennes pour les variables quantitatives.

La normalité a été vérifiée par le test de Shapiro-Wilk.

IPADAM quali

La recherche qualitative se focalise sur les individus ou sur de petits groupes, car elle a pour objectif d'expliquer le sens des phénomènes mesurés par la recherche quantitative.

« IPADAM quali » visait à mettre en évidence des stratégies individuelles dans leur complexité ; elle s'est appuyée sur « IPADAM quanti », pour préciser s'il s'agissait de comportements généraux ou marginaux.

Ce volet a été porté par les facultés de Pharmacie de Clermont-Ferrand et de Lyon.

Les focus groups

Pour recueillir le ressenti des dispensateurs, des focus groups ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré, dans la continuité d'« IPADAM quanti ». Ces focus groups ont suscité des discussions ouvertes, modérées par un animateur en présence d'un observateur, pour obtenir des informations sur un nombre limité de questions, préalablement définies dans le guide d'entretien.

Deux focus groups ont été organisés en Auvergne, l'un pour les pharmaciens titulaires et l'autre pour les pharmaciens adjoints/préparateurs/stagiaires, afin que tous puissent s'exprimer librement sans souci de hiérarchie. La même méthodologie a été utilisée pour organiser deux focus groups à Lyon.

5 heures d'enregistrement et 40 heures de retranscription des verbatim ont été nécessaires en vue de l'analyse.

Les entretiens téléphoniques

Pour recueillir le ressenti des patients, des entretiens téléphoniques semi-structurés ont été effectués, à l'aide d'une grille d'entretien, jusqu'à saturation des données, soit 51 entretiens.

La grille d'entretien devait répondre à un double enjeu : présenter rapidement l'étude à chaque patient en valorisant l'importance des témoignages personnels et décliner ensuite, avec la plus grande fluidité et la plus grande souplesse possibles, une trame de questions ouvertes, cohérentes, simples et neutres.

Résultats et discussion

IPADAM quanti

Les dispensations des deux molécules cibles

Pendant les deux semaines d'étude, 25359 dispensations des deux molécules cibles ont été réalisées dans les officines participant à l'étude. Elles ont concerné aussi bien des dispensations sur prescription médicale des conditionnements non listés des molécules cibles, que des dispensations sur conseil pharmaceutique et des dispensations sur demande spontanée des patients (objet de l'étude IPADAM).

Sur les 25359 dispensations, 16810 (66,3 %) ont concerné des spécialités à base d'ibuprofène, 5939 (23,4 %) des spécialités à base de pseudoéphédrine et 2610 (10,3%) des spécialités à base de l'association ibuprofène/pseudoéphédrine.

12160 dispensations (48%) répondaient à une demande spontanée des deux molécules cibles et ont fait l'objet d'une proposition d'inscription au DP.

Caractéristiques des notifications DP

Dans près de la moitié des cas (48,6%), les patients n'avaient pas leur carte vitale sur eux. Il a donc été impossible de savoir s'ils avaient déjà un DP ouvert, et/ou s'ils étaient favorables ou pas à l'inscription de la dispensation au DP.

En ce qui concerne les 6249 patients disposant de leur carte vitale, 2050 propositions de création de DP ont été acceptées et ont permis l'inscription au DP de la dispensation ; 874 créations ont été refusées, malgré les explications du dispensateur concernant son utilité. 2195 patients ont accepté l'inscription de la dispensation sur leur DP déjà ouvert alors que 1130 l'ont refusé.

Caractéristiques des notifications IP

Motif de l'IP

1135 IP ont été répertoriées au cours des deux semaines d'étude ; 815 (71,8%) ont été retenues, après application de la procédure de validation des saisies.

Les patients ayant bénéficié d'une IP étaient pour 54,1% (441) des femmes et pour 45,9% (374) des hommes et ¾ des IP ont concerné des patients âgés de 15 à 64 ans.

320 IP ont concerné l'ibuprofène (39,3%), 354 la pseudoéphédrine (43,4%) et 141 l'association ibuprofène-pseudoéphédrine (17,3%).

Les IP pouvaient faire suite à un dialogue avec le patient et/ou à la consultation de son DP et/ou à la consultation de son historique médicamenteux.

Près de ¾ des IP sont issues du seul dialogue avec le patient. 10,1% des IP ont fait intervenir le DP seul ou associé à l'historique médicamenteux et/ou au dialogue avec le patient.

Près de la moitié des IP ont concerné des contre-indications (46,9%). Parmi elles, ont été identifiées 47,4% (181) de contre-indications strictes et 52,6% (201) de précautions d'emploi. Les quatre principales causes de contre-indication sont, par ordre décroissant, les troubles cardiovasculaires (47,6%), les troubles gastro-intestinaux (13,9%), la grossesse (11%) et l'âge (7,9%).

27,4% des IP ont été générées par une non-indication ; dans 3 cas sur 5, il s'agissait d'une demande de pseudoéphédrine pour un « nez qui coule ».

8,7% des IP correspondaient à un surdosage : il s'agissait d'un surdosage avéré pour plus d'1/4 des IP et d'un risque de surdosage pour les autres. Dans plus de la moitié des cas, le surdosage était lié à l'utilisation de spécialités différentes contenant la même molécule. Dans plus de 8 cas sur 10, cette molécule était l'ibuprofène.

7,2% (59) des IP ont été générées par une interaction médicamenteuse : 45 (76 %) étaient liées à l'ibuprofène, 4 (7 %) à la pseudoéphédrine et 10 (17 %) à l'association des deux molécules cibles. Trois familles de médicaments sont à l'origine de près des ¾ des interactions ayant généré une IP : les antivitamines K (AVK), les corticoïdes et les salicylés.

7,2 % des IP ont concerné une redondance de traitement, principalement ibuprofène/kétoprofène et pseudoéphédrine/naphazoline.

Proposition faite par le dispensateur

Près de 88% des IP ont donné lieu à une proposition d'alternative thérapeutique par le dispensateur. Dans 7% des cas, une adaptation posologique a été proposée et dans 5% des cas, une consultation médicale.

Niveau d'acceptation par le patient

Les propositions des dispensateurs ont été acceptées par les patients dans plus de 9 cas sur 10. Les IP les mieux acceptées ont concerné la pédiatrie.

IPADAM quali

Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Le DP et les dispensateurs

Selon les dispensateurs, le DP a un intérêt majeur dans le suivi des patients atteints de maladie chronique, permettant notamment de détecter une contre-indication ou d'éventuelles interactions médicamenteuses. Ce sont d'ailleurs ces patients qui sont séduits par le DP, qui les sécurise.

Le dialogue avec le patient et la consultation du DP sont considérés par les dispensateurs comme deux éléments indissociables pour assurer une dispensation de médicaments à PMF, dans des conditions de sécurité optimale.

Le DP et les patients

D'après les dispensateurs, les patients méconnaissent le DP. De plus, les réticences d'un certain nombre de patients s'appuient sur des objections variables qui sont le reflet de la méconnaissance de l'outil. Ainsi, il existe une grande confusion entre Dossier Pharmaceutique, Dossier Médical Patient et carte vitale ; la carte vitale est associée à la notion de remboursement et les patients sont persuadés que leur historique médicamenteux y est inscrit. Dans le cas d'une demande spontanée de médicament à PMF, le patient se rend souvent à l'officine sans sa carte vitale, rendant impossible la consultation du DP.

De l'avis des patients, ils avouent méconnaître le DP. Certains n'en voient pas l'utilité, c'est le cas des patients sans traitement régulier, alors que d'autres ont été séduits par son intérêt pour leur santé, notamment ceux qui ont bénéficié d'une IP.

Les interventions Pharmaceutiques (IP)

Les IP et les dispensateurs

Selon les dispensateurs, les IP sont au cœur du métier de pharmacien d'officine, elles font partie intégrante de l'acte de dispensation. Pour les prescriptions médicales, leur notification, qui sécurise l'acte, est tracée ; elle passe par une liste des appels téléphoniques au médecin et par l'inscription du résultat de l'IP sur l'ordonnance.

Pour les médicaments à PMF, la notification des IP, lors d'une demande spontanée, n'est pas systématique ; or, elle devrait être tracée, comme pour les médicaments sur prescription.

Les IP et les patients

Selon les dispensateurs, les patients ne sont pas toujours réceptifs aux IP, mais une IP bien comprise rend le patient acteur de sa santé et renforce la confiance envers le pharmacien d'officine. Les clients habituels d'une officine sont souvent des patients réceptifs aux IP.

De l'avis des patients qui ont bénéficié d'une IP, ils ne sont pas toujours attentifs au questionnement du pharmacien, ni toujours satisfaits, ni toujours convaincus…

En effet, lors d'une demande spontanée de médicament, le patient « sait ce qu'il veut » et n'attend pas *a priori* de conseil ou de questionnement de la part du pharmacien. Il est donc surpris lorsque le pharmacien lui propose une alternative thérapeutique.

Le questionnement et l'IP ont donc un rôle éducatif : le pharmacien communique au patient son analyse de la demande initiale et l'informe des risques encourus. Le patient découvre, comprend et apprend. La démarche du pharmacien est bénéfique puisqu'elle accroît l'implication et l'autonomie du patient.

A posteriori, c'est cette démarche qui est attendue par le patient, car elle confirme le professionnalisme et le rôle d'éducateur du pharmacien d'officine, en qui ils ont confiance.

Conclusion

Les résultats de l'étude IPADAM posent donc la problématique de l'accompagnement

du patient dans sa démarche d'automédication, afin de promouvoir le bon usage des médicaments à PMF et de prévenir les risques iatrogènes.

Ces résultats sont d'autant plus importants à prendre en compte que l'utilisation des deux molécules cibles est actuellement banalisée.

Pour tout médicament à PMF, la notification des IP doit être tracée et l'utilisation du DP, outil de sécurisation de la dispensation indissociable du dialogue, doit être systématisée.

Références

- (1) Enquête CSA/CECOP. Les Français et l'automédication. Mutualité Française. Février 2007. Disponible sur : http://www.mutualite.fr/presse/Les-Francais-et-l-automedication-une-enquete-exclusive-realisee-pour-la-Mutualite-Francaise-a-l-occasion-du-colloque-L-automedication-recul-ou-progres/ (consulté le 29.02.2016)
- (2) Agence nationale de sécurité des médicaments. Annexe 1 : Liste par spécialité des médicaments de médication officinale (05/02/2016). Disponible sur : http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-en-acces-direct/Medicaments-en-acces-direct/%28offset%29/0 (consulté le 29.02.2016)
- (3) Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, Roulet L, Kierzek G, Armand-Perroux A, Potel G, Schmidt J, Carpentier F, Queneau P. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: a cross-sectional multicentre survey in emergency departments. Drug Saf. 2013; 36: 1159-68
- (4) Grézy-Chabardès C, Fournier JP, Dupouy J, Poutrain JC, Oustric S. Patients' Knowledge about analgesic-antipyretic medications purchased in community pharmacies: a descriptive study. J Pain Palliat Care Pharmacother 2015; 29: 334-40
- (5) Samuelsen PJ, Slørdal L, Mathisen UD and Eggen AE. Analgesic use in a Norwegian general population: change over time and high-risk use - The Tromsø Study. BMC Pharmacol Toxicol 2015; 16:16
- (6) Duong M, Salvo F, Pariente A, Abouelfath A, Lassalle R, Droz C, Blin P, Moore N. Usage patterns of "over the counter" versus prescription-strength non-steroidal anti-inflammatory drugs in France. Br J Clin Pharmacol. 2014; 77(5): 887-95
- (7) Michels SL, Collins J, Reynolds MW, Abramsky S, Paredes-Diaz A, McCarberg B . Over-the-counter ibuprofen and risk of gastrointestinal bleeding complications: a systematic literature review. Curr Med Res Opin 2012; 28: 89-99
- (8) Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet 2013; 382: 769–79
- (9) Bondon-Guitton E and Montastruc JL. Cardiovascular and neurological adverse drug reactions with oral or nasal decongestants in France. 34èmes journées de

pharmacovigilance 2013, Angers. Fundamental Clin. Pharmacol. 2013; 27 (suppl 1): 38

- (10) Code de la Sante Publique. Art. L.5015-1
- (11) Bright JM, Tenni PC. The clinical services documentation (CSD) system for documenting clinical pharmacists' services. Aust J Hosp Pharm 2000; 30: 10-5

Focus sur les patientèles des étiopathes. Distribution sociale et motifs des recours

Adrien Cadéron

Doctorant au Centre Nantais de Sociologie (CENS)

Pour une analyse à la loupe des médecines non-conventionnelles

Alors que les ostéopathes et les chiropracteurs bénéficient d'une reconnaissance légale de leur titre depuis 2002 ; alors que l'OMS publiait en 2005 des directives pour la formation de base des chiropraticiens ; alors qu'en Janvier 2015, le registre des ostéopathes de France recensait quelques 22 000 ostéopathes, dont plus de 13 000 « exclusifs » ; et alors que l'ostéopathie et la chiropraxie figurent parmi « les médecines « parallèles » les plus pratiquées et les plus consommées en Occident » (Schmitz, 2006, p. 6), aucune étude en sciences sociales à notre connaissance ne porte spécifiquement sur leurs recours. Au départ, bon nombre de travaux ont traité des usages des médecines « non-conventionnelles », « naturelles » ou « parallèles » sans chercher à interroger de façon systématique le lien entre les modalités de ces recours et les caractéristiques des (nombreuses) thérapeutiques (Bouchayer, 1986 ; Elzière, 1986 ; Quéniart, 1990 ; Cathébras 1996). Par la suite, on s'est beaucoup intéressé - et on continue de le faire - à ces usages chez les populations atteintes de pathologies graves (Cathébras, 1991 ; Vernazza-Licht, 1996 ; Bégot, 2010 ; Joël & Rubio, 2015), sans doute en partie pour répondre à une demande sociale[1]. Pour intéressant qu'il soit, un tel tropisme ne peut cependant rendre pleinement compte de l'hétérogénéité qui caractérise ces médecines - que ce soit au niveau des savoirs, des procédés, des prétentions thérapeutiques ou des sollicitations du patient - et, partant, de leur plus ou moins grand succès. S'il convient d'éviter l'écueil du substantialisme, il n'en reste pas moins que la forme concrète des thérapeutiques, au-delà de leur caractère « naturel » ou « non-conventionnel », doit déterminer pour partie le recrutement des patients. Il apparaît donc nécessaire de resserrer la focale pour « établir les propriétés socialement pertinentes qui font [qu'une médecine ou un type de médecine est] en affinité avec les intérêts, les goûts, les préférences d'une classe sociale déterminée » (Bourdieu, 1987). Notre hypothèse est que malgré des tendances générales - comme la surreprésentation des femmes dans les recours aux soins non-conventionnels -, les distributions sociales des patientèles peuvent varier considérablement selon les médecines considérées. On souhaiterait montrer ici la capacité des étiopathes à se constituer des patientèles extrêmement composites.

À partir de 1114 questionnaires recueillis dans 15 cabinets du grand ouest, le présent

1 À titre d'exemple, l'étude d'Anne-Cécile Bégot sur les recours aux médecines parallèles chez les cancéreux a été financée par l'Institut National du Cancer.

article ébauche le portrait des patientèles d'une médecine manuelle non reconnue : l'étiopathie (voir encadré 1)[2]. À travers une quarantaine de questions, on interrogeait notamment la structure de la consommation de soins (étiopathique, médicale, autres soins non-conventionnels et automédication « naturelle »), le mode de prise de connaissance de l'étiopathie, ainsi que les variables sociologiques « classiques » (sexe, âge, métier, niveau de diplôme, situation familiale, métiers des parents etc.). Les questionnaires étaient disposés dans les salles d'attente à côté de crayons, de supports pour écrire et d'une affichette expliquant le but de l'enquête, et les patients était libres de les compléter ou non. Certains praticiens ont parfois attiré leur attention sur les questionnaires afin d'accroître le taux de participation.

Au départ, une liste de diffusion de l'organisme représentant la profession des étiopathes - l'Institut Français d'Étiopathie (IFE) - a permis de contacter par mail l'ensemble des praticiens du grand ouest. L'obtention d'un nombre suffisant de questionnaires pouvant réclamer du temps, la stratégie fut de limiter le démarchage afin de travailler avant tout avec des personnes disposées à s'engager sur le long terme. Au final se sont manifestés cinq étiopathes exerçant dans une aire urbaine de plus de 100 000 habitants, quatre dans des villes ou aires urbaines comprenant entre 12 000 et 28 000 habitants, et six dans des villes de moins de 8000 habitants[3]. De par la variation des rythmes de récolte, leurs patientèles sont inégalement représentées : un cabinet fournit par exemple une quarantaine de questionnaires en six mois, deux autres en fournirent environ 90 en autant de temps, et un autre en expédia plus de 260 en seulement 3 mois[4].

Encadré 1 : Des rebouteux en blouse blanche

L'étiopathie a émergé en France et en Suisse au cours des années 1960, en dehors des frontières de l'espace médical. Tout comme les pionniers de l'ostéopathie française (Bailly, 2005), bon nombre des premiers étiopathes semblent avoir été des kinésithérapeutes. Plusieurs praticiens ont pu être poursuivis et condamnés pour exercice illégal de la médecine. Malgré cela, les effectifs ont continué de croître : en 1986, le premier registre national des étiopathes (RNE) répertoriait 77 praticiens ; aujourd'hui, cette médecine est représentée par quelques 500 praticiens formés en six années au sein de l'une des quatre facultés libres d'étiopathie. En participant à des salons d'étudiants et en se rendant visibles sur des sites tels que Studyrama, ces établissements recrutent à présent davantage d'étudiants post-bac.

Les étiopathes se présentent volontiers comme les héritiers de l'art ancestral des rebouteux, dont ils auraient cuirassé les connaissances empiriques d'une armature scientifique. Si sur le plan des techniques de manipulation l'étiopathie présente de nombreuses similitudes avec l'ostéopathie et la chiropraxie, les praticiens revendiquent la spécificité de leur diagnostic qui permettrait de reconstituer dans son intégralité la chaîne causale aboutissant à l'état pathologique présenté par le patient. Ils travaillent actuellement à l'évaluation de leurs pratiques afin d'obtenir la reconnaissance légale de leur titre.

2 Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une thèse de doctorat démarrée en Septembre 2014.

3 Sont représentés les départements de l'Ille-et-Vilaine, du Maine-et-Loire, de la Loire-Atlantique, de la Vendée, du Morbihan, du Finistère, de la Manche et du Calvados.

4 Dans ce dernier, le praticien attirait régulièrement l'attention des patients sur la présence de questionnaires. Du reste, l'attractivité des cabinets était très inégale : tandis que le praticien précédent, installé depuis onze ans, pouvait recevoir près de 150 patients hebdomadaires, une praticienne installée depuis quatre ans déclarait en accueillir environ 45.

Des patientèles composites

	Nb	% cit.
Agriculteurs exploitants	27	2,4%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	35	3,1%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	102	9,2%
Professions intermédiaires	245	22,0%
Employés	273	24,5%
Ouvriers	135	12,1%
Retraités	95	8,5%
Autres personnes sans activité professionnelle	60	5,4%
PCS indéterminée	91	8,2%
Non réponses (NR)	51	4,6%
Total	1114	100,0%

Tableau 1 : Professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) des répondants

Si l'absence de données sur les patientèles réelles rend pour l'instant impossible le calcul des taux de pénétration selon les PCS[5], le tableau 1 tend à montrer que les étiopathes parviennent à capter des patients tant dans les milieux favorisés que dans ceux qui le sont moins. Une part importante des répondants présente des origines sociales modestes : 18,0% sont enfants d'agriculteurs, 20,1% d'ouvriers, et 11,8% d'ouvriers ou d'artisans[6] ; moins de 9% sont enfants de cadres (12,1% des réponses sont inexploitables, NR = 9,1%). Bien que les femmes soient surreprésentées parmi les répondants (70%), les proportions des patientèles réelles semblent plus équilibrées : sur une période d'un mois, une étiopathe déclara avoir reçu 67 % de femmes, et une autre 61 %. Un praticien nous donna également accès à un fichier comprenant la totalité de ses patients, soit environ 3000 personnes : celui-ci contenait 51% de femmes, 47% d'hommes, et 2% de prénoms mixtes[7]. Du reste, si les moins de 29 ans ne constituent que 14,3% des répondants, les tranches d'âge supérieures - par tranche de 10 ans jusqu'aux 60 ans et plus - sont représentées dans des proportions équivalentes.

Les inégalités de recrutement semblent également limitées parmi ceux qui ont déjà consulté un ostéopathe ou un chiropracteur. En effet, les femmes ne sont que 6% de plus à déclarer avoir vu au moins l'un de ces praticiens. Par ailleurs, si les cadres arrivent en tête avec 83,3% de réponses positives, employés, professions intermédiaires et ouvriers présentent des taux de réponses très proches (respectivement 73,7%, 72,5% et 70,4%).

5 L'accès à ces données devrait être possible prochainement via un accès aux dossiers des patients. On pourra alors objectiver la sélection opérée par le mode de passation des questionnaires selon le sexe, la PCS et l'âge.

6 Le questionnaire interrogeant seulement « le métier du père », cette catégorie regroupe des métiers dont la PCS varie selon le statut (indépendant ou salarié). La majorité sont des maçons, des menuisiers et des électriciens.

7 Il est probable que le sexe du praticien impacte le recrutement des patients. François-Xavier Schweyer notait que les patientèles des médecins de sexe féminin comportent 59% de femmes, contre 54% chez les médecins de sexe masculin. Voir SCHWEYER François-Xavier, « Activités et pratiques des médecins généralistes », *in* BLOY Géraldine & SCHWEYER François-Xavier, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Paris, Éd. École des Hautes Études en Santé Publique, Col. Métiers santé social, 2010, p. 58.

Arrivent ensuite les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (65,7%), les retraités (61,1%), et les agriculteurs exploitants (59,3%).

Par comparaison, les distributions sociales selon le sexe et la PCS paraissent plus prononcées si l'on considère les 39,9% des répondants qui déclarent avoir consulté un ou plusieurs praticiens non-conventionnels autres qu'ostéopathes ou chiropracteurs[8]. Ici la prédominance des femmes est de 12,5%. Cependant - et cela rejoint notre hypothèse sur la structure variable des patientèles selon les thérapeutiques - cette inégalité varie considérablement selon le type de praticien : si les hommes sont très peu à consulter des homéopathes (1 homme pour 16 femmes) et des sophrologues (5 hommes pour 64 femmes), ils sont davantage représentés parmi les patients des acupuncteurs (19,6%), et encore davantage parmi les patients des rebouteux (29,5%). Du reste, si les effectifs demeurent trop faibles pour vérifier la distribution sociale en termes de PCS selon les praticiens, ce sont surtout les membres des professions intermédiaires et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui déclarent avoir déjà eu recours à ces praticiens « autres » (respectivement 48,7% et 48,0%, contre 38,7% d'employés et 28,9% d'ouvriers). En outre, la disposition à recourir à ces thérapeutes semble davantage héritée, ceux concernés étant 12,8% de plus à déclarer qu'un praticien non-conventionnel a « pris une place importante » dans le recours aux soins de leurs parents, alors qu'ils ne sont que 3% de plus chez ceux qui ont consulté un ostéopathe ou un chiropracteur. Enfin, le taux de recours à l'automédication naturelle ou à l'homéopathie diffère selon les praticiens consultés : s'il est relativement élevé chez ceux qui déclarent avoir déjà consulté un praticien « autre », il décroît chez ceux qui déclarent seulement avoir consulté un ostéopathe ou un chiropracteur, et diminue encore chez ceux qui n'ont consulté ni l'un ni l'autre. Ainsi, selon le type de soin qu'ils proposent, les praticiens non-conventionnels paraissent plus ou moins à même de capter des patientèles aux cultures somatiques variées (Boltanski, 1971). Celles des étiopathes semblent pour leur part extrêmement composites (voir encadré 2).

Encadré 2 : De l'agriculteur au cadre supérieur

Pour Didier, agriculteur producteur de lait de 45 ans, le recours aux soins est guidé avant tout par un « goût de la nécessité » (Bourdieu 1979). La consultation de l'étiopathe - essentiellement pour des douleurs dorsales -, tout comme celle du médecin, est motivée par la possibilité d'éviter l'arrêt de travail.

« J'ai passé des radios [pour mon dos], et on m'a dit "mais vous n'avez rien monsieur". Alors que je ne tenais pas quoi... J'ai dit "c'est bon", j'ai même pas insisté, ma femme est venue me chercher le lendemain soir. J'ai lui ai dit "tu me prends rendez-vous chez [l'étiopathe], dès que je sors je vais là-bas". Pis ben... Impeccable ! [...] Les trois quarts du temps pour les problèmes de dos moi je n'y vais pas chez le médecin. [...] La profession en agriculture, quand tu vas chez le médecin t'y vas pas parce que t'as le nez qui coule, et quand on va chez l'étiopathe c'est pas pour le petit doigt qui coince... [...] On va chez le médecin parce qu'il faut absolument l'anti-inflammatoire, parce que [l'étiopathe] pourrait même pas me toucher quoi. Mais au bout de trois jours d'anti-inflammatoires, on va le voir et on est déplié, et on va au boulot quoi. C'est pas 15 jours ou 3 semaines... On peut pas se permettre de prendre [seulement] des médicaments. »

8 Parmi ces praticiens figurent d'abord des acupuncteurs (44,7%), puis des rebouteux (21,3%), des sophrologues (15,5%), des naturopathes (14,6%), des magnétiseurs (11,2%), des homéopathes (3,8%) et des iridologues (3,5%). Pour la commodité, on appellera ces praticiens des praticiens « autres ».

Didier déclare consulter l'étiopathe « trois ou quatre fois par an ». Au final, ce praticien prend une place considérable dans l'ensemble de ses recours.

En revanche, chez Maria, une organisatrice d'événements de 53 ans, le bien-être et la détente rythment la vie quotidienne. La possibilité de ne pas souffrir constitue un motif suffisant pour des recours divers, médicaux ou non, « naturels » ou non.

« Je ne suis pas 100% bio, 100% naturel, c'est-à-dire que si y a des solutions qui évitent la douleur heu… Pourquoi pas ? S'il existe des procédés pour ne pas souffrir, je les prends ! »

Dans sa jeunesse, Maria avait commencé par consulter un ostéopathe suite à un accident de voiture qui lui valut des séquelles à la jambe et au dos. Soulagée en « deux ou trois séances », elle continuera à y faire appel par la suite, « trois ou quatre fois pour des problèmes de genou par exemple ». Bien des années plus tard, elle se met à consulter un étiopathe, moins par conviction que parce que son mari travaille avec l'épouse du praticien (Maria ne faisant pas de différence entre étiopathie et ostéopathie).

« C'est toujours un peu pour le dos, un peu pour le cou, parce que je travaille beaucoup sur ordinateur, c'est les maladies du bureau quoi. Je trouve une réponse parfaite avec l'étiopathie. Je fais une révision et ça repart ! ».

Elle déclare trois consultations au cours des cinq dernières années. Parallèlement, si la compétence médicale s'est vue remise en cause, c'est uniquement pour des troubles spécifiques :

« J'estime que sur les réponses liées au dos et tout ça, [la médecine officielle] m'a donné des réponses absolument insatisfaisantes, du style "ah ben vous avez mal au dos, les lombaires vous avez deux disques pincés, va falloir attendre que ça calcifie et dans quatre ou cinq ans vous n'aurez plus mal". Donc ça c'est une réponse dont on peut moyennement se satisfaire. Alors que mon médecin traitant me donne satisfaction sur d'autres terrains, un petit peu de fièvre, les trucs classiques… »

Une médecine des affections communes… aux succès peu communs ?

Sur l'ensemble des répondants, le nombre moyen de séances chez l'étiopathe au cours des 12 derniers mois s'élève à 2,9 séances. Ce sont les ouvriers et les membres des professions intermédiaires qui présentent la consommation d'étiopathie la plus élevée, avec 3,2 consultations au cours des 12 derniers mois (médiane = 3). Arrivent ensuite les agriculteurs avec une moyenne de 3,1 consultations (médiane = 2,5), puis les cadres et les employés avec une moyenne de 2,6 (médiane = 2), et enfin les artisans, commerçants et chefs d'entreprises avec une moyenne de 2,3 (médiane = 2). Si les femmes déclarent 0,75 consultation de plus chez le médecin au cours des 12 derniers mois, la consommation d'étiopathie varie peu selon le sexe. De même l'âge impacte peu le nombre de consultations, si ce n'est que la moyenne des moins de 29 ans est légèrement inférieure. 39,4% des répondants sont bénéficiaires d'une mutuelle remboursant une ou plusieurs séances d'étiopathie[9]. Toutefois, l'absence de mutuelle ne constitue nullement un frein à la consultation, ceux qui n'en disposent pas déclarant même davantage de séances que ceux qui en bénéficient (3,0 séances en moyenne au cours des 12 derniers mois contre 2,7, la médiane étant de 3 contre 2).

Parallèlement, le nombre moyen de consultations chez le médecin - spécialiste compris - est de 3,7 consultations. On remarque alors deux éléments : d'une part, la

9 La plupart des praticiens qui ont disposé des questionnaires dans leur salle d'attente facturent la séance 40€.

consommation des répondants en actes médicaux semble inférieure à la moyenne française. En effet, sur la période couvrant 2005 à 2012, l'OCDE recense des moyennes comprises entre 6,7 et 7 consultations médicales annuelles (tous établissements) *per capita*, ainsi qu'une moyenne de 6,4 consultations en 2013. D'autre part, la consommation d'actes étiopathiques n'augmente pas avec le nombre de consultations chez le médecin. 50,4% des répondants déclarent d'ailleurs ne jamais consulter le médecin avant d'aller chez l'étiopathe, et 28,2% déclarent le consulter « rarement » au préalable. S'il en est ainsi, c'est probablement parce que l'étiopathe tend à se substituer au médecin pour le traitement d'affections relativement communes. 63,4% des répondants déclarent consulter pour une douleur au niveau du dos, 49,5% pour un autre trouble articulaire, 12,7% pour un trouble digestif, et 16% pour des troubles « autres » , parmi lesquels des migraines, des sinusites chroniques, des vertiges, des troubles du sommeil, des acouphènes, des énurésies, des troubles ORL, des infections urinaires ou encore des troubles de la fertilité. On note enfin 2,3% de motifs « féminins » : ceux-ci sont liés essentiellement à la ménopause, aux menstruations, ou à la grossesse.

Au-delà des appropriations différentes dont ces soins font l'objet, le premier élément marquant de l'enquête reste la capacité des étiopathes à obtenir parfois en un nombre limité de séances des résultats que les médecins n'ont pu obtenir malgré les recours aux médicaments, aux examens et/ou au spécialiste. Il est révélateur qu'en interrogeant les enquêtés sur les avantages de l'étiopathie par rapport à la médecine classique, certains aient souligné son caractère « économique », pour la sécurité sociale et parfois même pour le patient. À ce titre, l'étude des recours à cette médecine peut difficilement faire l'économie d'un bilan de l'offre de soins proposée par le système de soins officiel et, si elles sont disponibles, de quelques données épidémiologiques. Si l'on considère le principal motif de consultation, le « mal de dos », un sondage réalisé en 2000 indique que 27 % des hommes et 36 % des femmes en sont régulièrement atteint (Thebault, 2000). Aujourd'hui, la rachialgie serait même la deuxième cause de consultation chez le généraliste (INPES, 2004), et représenterait 7 % des arrêts de travail (Nicot & Nicot, 2006). Or face à ce type de symptomatologie, le corps médical demeure relativement démuni : « La lombalgie commune, dite aiguë, est une entité non pathologique qui accède au rang de maladie à partir d'un certain seuil temporel (plus de trois mois de douleurs et/ou de gêne) et au regard des invalidités personnelles et professionnelles qu'elle génère. La lombalgie est aussi un problème professionnel pour les médecins généralistes en raison d'une nosographie non stabilisée, d'un substrat anatomique équivoque et des dimensions sociales constitutives du mal au dos » (Desfontaines, 2012). Les parcours thérapeutiques des patients ne peuvent dès lors qu'inviter à une analyse des rapports entre les professions médicale et étiopathique, ainsi qu'à une nouvelle socio-histoire des connaissances en médecine.

Références

- BAILLY Évelyne, 2005, *Les ostéopathes face à la contrainte institutionnelle. Genèse d'une professionnalisation,* Thèse soutenue à l'université de Nantes.
- BÉGOT Anne-Cécile, 2010, *Médecines parallèles et cancer. Une étude sociologique*, Paris, L'Harmattan.

- BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26e année, n° 1, pp. 205-233.
- BOUCHAYER Françoise, 1986, « Les usagers des médecines alternatives. Itinéraire thérapeutiques, culturels, existentiels », *Revue Française des Affaires Sociales 40* (hors série), pp. 105-116.
- BOURDIEU Pierre, 1979, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit.
- BOURDIEU Pierre, 1987, « Programme pour une sociologie du sport », *Choses dites*, Paris, Éditions de Minuit, pp. 203-216.
- CATHÉBRAS Pascal, 1991, Les traitements « parallèles » du cancer. Quelques aspects psychologiques et anthropologiques, *Revue du Praticien-Médecine Générale* 5, pp. 663-666.
- CATHÉBRAS Pascal, 1996, « Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital : banalisation et pragmatisme », *in* BENOIST Jean (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.
- DESFONTAINES Hélène, 2012, « Corps malade, corps souffrant. La réception des plaintes lombalgiques en médecine générale », *Sciences sociales et santé,* Vol. 30, n°3, pp. 5-23.
- ELZIÈRE Pierre, 1986, « Les médecines dites naturelles », *Sciences sociales et santé,* Vol. 4, n°2, pp. 39-74.
- INPES, 2004, *Mal de dos : un nouvel outil destiné aux généralistes*, http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/05/dp050127.pdf
- JOËL Myriam & RUBIO Vincent, 2015, « Pratiques non conventionnelles et articulation des soins en cancérologie. Le rôle actif des patients », *Sciences sociales et santé*, Volume 33, n°4, pp. 73 – 97.
- NICOT Agnès & NICOT Philippe, 2006, « Lombalgie chronique et arrêt de travail. Regards croisés patients/médecins », *Médecine*, 2, 4, pp. 180-192.
- QUÉNIART Anne, 1990, « Le sens du recours aux médecines alternatives », *Santé, Culture, Health*, 7, pp. 41-70.
- SCHMITZ Olivier, 2006, *Les médecines en parallèles. Multiplicité des recours au soin en Occident,* Paris, Karthala.
- SCHWEYER François-Xavier, 2010, « Activités et pratiques des médecins généralistes », in BLOY Géraldine & SCHWEYER François-Xavier, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Paris, Éditions HESP.
- THEBAULT C, 2000, « Le mal de dos est bien le mal du siècle », Sondage CSA/SPQR – *Le Parisien*, 24/05.
- VERNAZZA-LICHT Nicole, 1996, « Face au SIDA, les recours parallèles… », *in* BENOIST Jean (dir.), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Characterizing the pharmaceutical nexus of self-medication with antibiotics in Guatemala

Brooke Ramay(1), Luis Méndez(2), Alejandro Cerón(3)

1. Universidad del Valle de Guatemala, Department of Pharmaceutical Chemistry, Center for Health Studies, Centre for Study of Equity and Governance in Health Systems, Guatemala.
2. Centre for Study of Equity and Governance in Health Systems, Guatemala.
3. University of Denver, Department of Anthropology, Universidad del Valle de Guatemala, Department of Anthropology and Sociology, Centre for the Study of Equity and Governance in Health Systems, Guatemala.

Introduction

Self-medication poses several public health-threats to those who choose to take medicine without a physician's diagnosis. Some major issues associated with self-medication include incorrect use which can lead to adverse effects and unnecessary emergency room visits. These risks are counterbalanced by the possibility that an individual will self-cure quickly. However, self-medication, specifically with antibiotics, has the additional problem that infectious disease may be prolonged and local and global antibiotic resistance can increase. Although not quantified at a global level, the context in which self-medication with antibiotics occurs has been described in many countries, especially where antibiotics are sold without a prescription. The social-determinants of self-medication with antibiotics such as people's motivations and/or need to self-medicate, the social and political rules permitting it, and the economic consequences and benefits have not previously been described in Guatemala, thus our interest in pursuing this topic.

The "pharmaceutical nexus" involves the social, political, economical and ethical dimensions of providing, obtaining, and using medications (1). When we consider the pharmaceutical nexus, we analyze and describe the varying levels of health-need and how various actors attempt to meet those health needs. Heath care providers, patients, and the pharmaceutical industry all affect health service outcomes and are described based on the nexus model. It also allows us to analyze how society both facilitates and frowns upon self-medication with antibiotics. It is within this construct we explore the practice of self-medication with antibiotics and those who facilitate, and regulate the practice in Guatemala.

Guatemala's health care system is structured through a public and a private sector. The public sector includes the Ministry of Health (MOH) and the Guatemalan Social Security Institute (IGSS). The MOH is a tax-funded network of hospitals and clinics that does not charge any fees for services but that is often under-supplied. The IGSS is an employer-based insurance system that covers 15% of the economically active population. The private

sector includes a wide network of non-governmental organizations, private hospitals and clinics, and a growing number of pre-paid or insurance based networks that work similarly to the Health Management Organizations (HMO) from the United States of America. Private and public health insurance are still uncommon, and more than 50% of the country's health expenditure comes from out-of-pocket expenses. Because the system is fragmented and disarticulated, people navigate between the public and private sectors as they see fit, but the close to 50% of population living in poverty rely more on the MOH and private non-for-profit facilities, but it is in this group where the highest proportions of out-of-pocket expenses have been documented. People with higher purchasing power are the ones with more access to private services and private health insurance. Patients schedule appointments to see physicians and the quality of the care may be comparable to most developed countries. Patients can also call their doctors for phone-call consults, and obtain medications at private pharmacies with or without a physical prescription, but is often based on advice given over the phone by the doctor.

Public health care provided by the MOH, and alternatively, health care through IGSS are often used only if needed and if there is no accessibility or availability to private alternatives. The public health care system is available free of cost to the entire population of Guatemala, and this is the health care service that the majority of the population seeks, leading to a high demand for service by patients with low-purchasing power.

Patients travel long distances (from rural to urban locations and within urban cities) and wait several hours to be seen by physicians or nurses. Hospitals and pharmacies pertaining to the MOH, often experience shortages in medical supplies and medications. Problems in the supply of medications are often publicized in local newspapers and media, and are attributed to problems in the governments' budget, corruption and poor health-systems management.

The Guatemalan Social Security Health System (IGSS) is a service paid for by the employers of contracted employees. In the social security health care sector, physician visits and medications are free of cost. Nevertheless seeking service at these institutions consumes a significant amount of time. The social security hospital has a continual supply of medications because employers consistently pay into the system. The result is a surplus in medication supply, which leads to, in some cases, patients selling their medications on the street. (Medications sold on the street range from anti-hypertensives to anti-diabetics and antibiotics.) While in the MOH there is a shortage of medications and many patients in need, there is a surplus of medication in the IGSS accompanied with a high street-value for selling medications.

Regardless of the differences in cost of health care, and access to health care services, disparities are made uniform through the direct purchase of medications in private pharmacies in Guatemala. The private pharmacy represents an environment where everyone plays by the same rules in accessing medications and perceived access to health care—so long as one has money to purchase medications, they may obtain remedies to treat their illness in pharmacies—. Practicing self-medication with antibiotics in pharmacies overcomes barriers in access to health care, from facilitating treatment recommended by private-physicians over the phone to providing alternative sources of medications during periods of MOH shortfalls in care. Private pharmacies are found

abundantly in Guatemala and have created a niche for over-the-counter sales of antibiotics. The urban population as a whole has access to pharmacies in which there are no concrete rules facilitating or prohibiting purchase of medications.

Limitations to accessing health services and medications motivate many Guatemalan citizens to consider alternatives for obtaining health care. Self-medication has been demonstrated a viable alternative for treating disease in cases where there are limitations in health services. In exploring issues in access to medications in the MOH, and antibiotic self-medication in private pharmacies, we seek to describe the pharmaceutical nexus surrounding the practice of self-medication with antibiotics in Guatemala.

Summary of methods

Between 2013-2015 we carried out seven studies involving self-medication with antibiotics. Table 1 summarizes the studies goals, methods and findings. Upon analysis and reflection of these seven studies, the authors looked for the main lessons learned from them, which led to the identification of three main themes, which we present in this paper. First, we have found that there is a high demand for antibiotics that is shaped by benign perceptions of effects and accessibility to health care.

This demand is homogeneous among those belonging to different socioeconomic status groups. Second, we have documented a permissive attitude towards the over-the-counter availability of antibiotics from convenience stores, pharmacies and health care providers facilitated by a lack of effective regulation of prescription and dispensation. Finally, the lack of availability of antibiotics in public health facilities together with increased availability of antibiotics in private pharmacies and convenience stores is facilitated by the interweaved relationship between the pharmaceutical industry, the legislature, regulatory agencies and public health care providers. The effects of supply and demand factors, although important, are highly influenced by political, legal and administrative processes shaping the pharmaceutical nexus for SMA in Guatemala.

High demand of antibiotics

The results of self-medication with antibiotic studies indicate that first, there is a high, homogeneous demand for antibiotics across all pharmacies included in these studies and second, the majority of respondents consciously avoid doctors' visits when self-medicating. This is a characteristic previously described in Latin American patients[1], and in Guatemalan studies, where the notion of "entitlement" to a cure when faced with limited resources leads to unguided decisions regarding treatment options. Self-medication with antibiotics is one mechanism people use to proactively treat self-diagnosed symptoms.

1 Meredith Gartin, Alexandra A. Brewis, and Norah Anita Schwartz, "Nonprescription Antibiotic Therapy:," Medical Anthropology Quarterly 24, no. 1 (March 2010): 85–107, doi:10.1111/j.1548-1387.2010.01086.x; Elaine L. Larson et al., "Factors Which Influence Latino Community Members to Self-Prescribe Antibiotics," Nursing Research 55, no. 2 (April 2006): 94–102; Nancy Vuckovic, "Fast Relief: Buying Time with Medications," Medical Anthropology Quarterly 13, no. 1 (March 1999): 51–68, doi:10.1525/maq.1999.13.1.51; Brooke M Ramay, Paola Lambour, and Alejandro Cerón, "Comparing Antibiotic Self-Medication in Two Socio-Economic Groups in Guatemala City: A Descriptive Cross-Sectional Study," BMC Pharmacology and Toxicology 16, no. 1 (December 2015), doi:10.1186/s40360-015-0011-3.

Fever, cough, cold, and diarrhea have all been reported as symptoms provoking self-medication with antibiotics in Guatemala. The act of self-medicating with antibiotics ultimately results in a perceived cure, positively reinforcing the practice, and creating a cycle of self-diagnosis followed by self-medication that becomes culturally acceptable.

Self-medication leading to over use and abuse of antibiotics is common in resource-limited, underdeveloped countries. People living in poverty are more likely to take partial doses of antibiotics, to take unregulated medications from informal drug outlets, and to choose self-medication even though their condition justifies medical examination[2]. These characteristics all contribute to over-use of antibiotics, promoting antimicrobial resistance.

Distance to medication distribution centers is a major challenge for many rural communities. Traveling to clinics implies missed days of work often having to walk long distances to encounter informal transportation. One way that patients with CL in rural areas of Guatemala overcome barriers to access is through sharing medication between family members. In one study regarding the Knowledge, Attitude and Practice of patients in rural, Leishmaniasis-endemic areas of Guatemala, patients from the High Lands of Las Verapaces of Guatemala reported obtaining medication for Cutaneous Leishmaniasis (CL) and sharing it with family members or storing it for future use, in order to avoid travel back and forth to the MOH clinic. Additionally, in a family where three people were diagnosed with CL, the father (alone) left the home to obtain medication from the MOH, bringing his portion of the medication back to the household to share with the others. Sharing medication for CL is against MOH rules and results in partial doses for those who have CL, but from the patient perspective, this is the best and most feasible option for curing the entire family. Choosing which family members receive medication within a household has been described in other under developed countries[3] and is a moral decision patients face in situations of poor access to health care and medications.

Our self-medication studies took place in densely populated urban areas where community pharmacies are found within every couple of blocks of one another. Whereas in rural areas, distance to clinics and health facilities presents a barrier, in urban areas access to treatment access is facilitated by the high abundance of pharmacies. Particularly in patients who can afford purchasing antibiotics.

When we asked private-university students why they self-medicated with antibiotics, they reported believing they have the proper knowledge regarding antibiotic use and are capable of treating themselves with antibiotics without seeking a diagnosis from the physician. In one US-Mexico study, respondents believed it was their right to use antibiotics regardless if they had a prescription from the physician or not[4]. The belief in the right-to treatment combined with the belief that one knows how to treat themselves creates an environment where self-medication is acceptable and eventually becomes a comfortable option. But the risk associated with antibiotic use goes beyond patient

2 Michael L. Bennish and Wasif Ali Khan, "What the Future Holds for Resistance in Developing Countries," in *Antimicrobial Resistance in Developing Countries*, ed. Aníbal de J. Sosa et al. (New York, NY: Springer New York, 2010), 37–57, http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-89370-9_4.

3 Adriana Petryna, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds., *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices* (Durham: Duke University Press, 2006).

4 Gartin, Brewis, and Schwartz, "Nonprescription Antibiotic Therapy."

perceived efficacy.

In order to preserve antibiotic potency, antibiotics must be selected based on microbiological evidence of a bacterial infection. The term "use it and loose it" has been coined to describe over-use of antibiotics and loss of subsequent effect[5]. But a diagnosis based on a biological sample is not always feasible for doctors in Guatemala given poor infrastructure, basic supplies for lab analysis are not readily available. Doctors in Guatemala often work without basic supplies and diagnostic tools and write prescriptions based on anecdotal evidence, without a bacterial diagnosis.

All over the world, doctors write prescriptions to please patients[6], and treat them without proper time to make an informed diagnosis. If patients have a right to treatment, but doctors do not have experience using proper diagnostic tools, it is understandable that patients bypass the physician visit altogether, self-diagnosing and self-treating for infectious-like symptoms. This perceived right to therapy, that is timely and affordable, combined with a tendency toward self-describing symptomatology, drive self-medication with antibiotics.

In Guatemala the practice of self-medication with antibiotics is further promoted by the sense of an improvement in health after self-medicating with antibiotics.

In Guatemalan private-University students, just over half of the population perceived an improvement in their health after self-medicating with antibiotics whereas the minority reported having to visit the doctor as a result of self-medication. The same is true, but in a greater proportion in pharmacies where people arrive to self-medicate with antibiotics: more people felt better. Self-medication satisfies a perceived right to therapy and improves the perceived health of those who practice it in Guatemala. It seems difficult then, to make an argument against its practice if self-medication remedies both the patient health issues and social issues in access to health service.

Nevertheless, global consequences of self-medication with antibiotics are alarming in terms of current antibiotic resistance. In 2010, community isolates of Staph. aureus in Guatemala were found to have a 52.2% resistance to methicillin (MRSA)[7]. Self-medication with antibiotics is just one of the many abuses leading to antibiotic resistance worldwide. Poor regulation of antibiotic use in animals and humans combined with the industries' push for marketing medications all lead to overuse and eventual resistance[8]. But the universal risk of antibiotic resistance is unknown by most people, and consequently overlooked when compared to the personal benefit of self-medication with antibiotics.

---

5 Stephan Harbarth and Matthew H. Samore, "Antimicrobial Resistance Determinants and Future Control," *Emerging Infectious Diseases* 11, no. 6 (June 2005): 794–801, doi:10.3201/eid1106.050167.

6 Larson et al., "Factors Which Influence Latino Community Members to Self-Prescribe Antibiotics."

7 World Health Organization, "Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance" (Geneva, Switzerland: World Health Press, April 2014), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1.

8 Petryna, Lakoff, and Kleinman, *Global Pharmaceuticals*; Jens Seeberg, "Connecting Pills and People:: An Ethnography of the Pharmaceutical Nexus in Odisha, India," *Medical Anthropology Quarterly* 26, no. 2 (June 2012): 182–200, doi:10.1111/j.1548-1387.2012.01200.x.

Widespread Availability

Self-medication with antibiotics is driven by additional factors related to the local supply and regulation of antibiotics in Guatemala. The over-the-counter status of antibiotics in Guatemala is sustained by several factors. First, only controlled substances require a prescription for purchase in Guatemala and second, regulating authorities/gatekeepers (or pharmacists) are present in pharmacies only once a month and their job is to audit prescriptions ensuring that the number of prescriptions retained aligns with the number of controlled substances dispensed. This regulation does not exist for antibiotics, and as a consequence, antibiotics are loosely dispensed in the pharmacy by technicians and clerks. The natural result of fewer regulations is an increase in antibiotic sales; pharmacy owners make more money. Pharmacy profit is compounded with the socio-health perception that antibiotics cure disease.

In one study in Portugal, pharmacists agreed that dispensing antibiotics without a prescription was harmful, contributing to antimicrobial resistance, but pharmacist-respondents were always willing to dispense antibiotics without a prescription in order satisfy customer needs (10). This is also mirrored in patient attitudes. Latin-American patients were shown to be less satisfied with doctors visits if an antibiotic was not prescribed (2). Consumer demand for an antibiotic as a remedy is reciprocated by physicians who are aware of the satisfaction prescribing antibiotics brings to their patients — “Doctors concurred that if they did not do it (write a prescription) there was a risk that the patient would go to a less qualified practitioner to obtain the desired combination of drugs that would ensure quick symptomatic relief (9).” A permissive attitude surrounding antibiotic use is ubiquitous among patients, pharmacists and physicians in Guatemala where patients use old prescriptions, left over medications and call physicians to seek guidance when self-medicating with antibiotics.

The socio-economic status of patients has been shown to affect the resources people use when choosing an antibiotic used for self-medication in Guatemala. We found a high number of patients pertaining to an upper socio-economic class access their physician by calling them by phone, obtaining instructions to self-medicate with antibiotics. The patient population in the lower-socioeconomic class however, reported using old-prescriptions as a guide for medications when self-medicating. In both cases, patients medicated with antibiotics in the absence of a physical exam. Self-medication in absence of diagnosis is common in most parts of the world where physicians often prescribe antibiotics, even when antibiotic use is not necessary. This is especially true if the patient has self-diagnosed symptoms before arriving to the clinic (2). Self-medication with antibiotics is not so far removed from visiting a physician and receiving antibiotics if physicians write prescriptions without investigating and determining the infectious etiology. In countries like Guatemala, undetermined etiology is compounded by lack of regulations in places where antibiotics are dispensed. Antibiotic dispensing is permitted in pharmacies, corner stores and supermarkets; wherever antibiotics are freely available in Guatemala. The permissive authority of physicians combined with lack of regulations in the pharmacy facilitates the cultural practice of self-medication with antibiotics.

With growing frequency, patients ask doctors for specific medications based on ads they see on T.V., or on the Internet. This is not the case in Guatemala, where the majority of

pharmacy respondents did not report using the Internet or T.V. as a source when choosing antibiotics to use in self-medication. In Guatemala, the pharmaceutical industry is not allowed to use T.V. commercials to market medications and this is one of the only examples of a rigorous pharmaceutical industry regulation. Pharmaceutical representatives in Guatemala rely greatly on the direct interaction with pharmacies and physicians to market medications. Pharmacies are offered kickbacks if specific medications are sold, often indicated by special stickers on medications boxes. The final decision to purchase a medication however, happens in the transaction between pharmacy clerk and patient. Nevertheless, patients who call physicians expressing a preference for a specific medication, or patients who arrive to pharmacies to purchase specific antibiotics lead to direct profits for pharmacies and associated industries (9).

Systemic incentives

The final decision to self-medicate with antibiotics is a lifestyle decision made by the patient. Though greatly influenced by the pharmacy technician or physician, using antibiotics is ultimately the personal decision of the patient. For some, "lifestyle is fostered pharmaceutically, while benign neglect is the order of the day for others[9]". Those who are self-medicating with antibiotics in Guatemala perceive antibiotics as leading to curing. This practice is facilitated by soft regulations in pharmacies and permissive attitudes from physicians, and is based on personal decisions. Relationships between the pharmaceutical industry, the legislature, regulatory agencies and public health care providers all influence the patient when deciding to self-medicate with antibiotics.

The complexity in the medication supply chain in public health facilities (MOH) involves local legislature, regulatory agencies and health care providers. The actors, the rules of the game and their roles in decision making vary from country to country, and oftentimes, vary within the same country. In Guatemala, the government subsidizes the cost of medication provided by the MOH. Contracts between the pharmaceutical industry and the MOH are secured at a lower cost. Organizational and logistical factors that come into play when providing patients with medications in Guatemala are a common theme in our interviews with key informants in the MOH.

"The pharmaceutical companies need to know how much raw material they need have on hand. If I ask order medication every two to three months, they are going to have to buy it little by little so they won't be able to have a sufficient supply to provide to the MOH. But when the MOH orders for the whole year, they can prepare with a certain amount of raw material and produce the correct amount of medication. This is the way we can guarantee an annual supply, but annual ordering isn't carried out in all areas...if I ask for the whole year maybe they won't be able to give some thousand bottles but they will give me at least half or a fourth. And in the following months they will be able to give us the rest of the supplies. ...There are many problems because in some cases the population goes asking for supply and it is given to them but they don't give it out, they just store it in their homes. Others come asking for supply and they sell it. And they go very often to the services."

First, the logistics of ordering medications in the MOH requires the health post to be

9 Petryna, Lakoff, and Kleinman, *Global Pharmaceuticals*.

capable of predicting the yearly medication demand. Prediction of demand depends on the capacity of personnel, and experience of personnel in the ministry of health (MOH), as well as variables attributed to changes in public health needs. Variations in these components ultimately lead to frequent stock-outs at MOH health posts. The supply chain cycle results in the teeter-totter effect of scarcity and surplus of medication. Drastic changes in medication supply are mirrored in the behavior of patients, who seek medication to store at home for the next illness, or selling them on the street when there are shortages. Public health authorities provide patients with medications when they are not necessarily needed, facilitating patients' perceived need to collect and save them.

This was reinforced in another interview with an informant who commented:

Uspantan Quiche, a key informant, which led me to Cholá, Baxil (DAS)—He comments about a lot of self-medication and the incorrect use of drugs. –Laughing says that people have more medicines than primary health care facilities. Also, comments that people is having self-medication and constantly came for medicines they wanted but not advisory way.

In addition to storing medications at home, patients are self-medicating although it is not clear if the practice initiated because of stock-outs at the MOH level, because patients feel they have the knowledge needed to self-medicate, or because of other reasons. Nevertheless, demand for medications in rural areas has increased. Patients reported to be seeking more medications from the MOH and the number of private pharmacies in rural communities has increased.

Other KI - Nahuala, 8am- Friday. Things are going a little bit complicated by lack of budget for health workers and medicines demanded by population. Personnel at High Level Center of Health Care Facilities (DAS) have been watching another phenomenon, the self-medication. People are constantly asking for drugs they wanted. For example (he says); there is no antibiotics on primary health care facilities because they are not doing the note for "undelivered to people". It means when the warehouseman does not delivers the drugs, he should write the annotation on sheet registers for not to change his order medications. If he does not write it in the correct place his real medicines demand fall down it. "Undelivered to people" is important for projections....there is no antibiotics.

The term "values gap" has been used to describe the balance between access to available medication in the MOH and purchasing medication out-of-pocket. There is a division between those who can afford to pay for medications and those who cannot. Those who cannot must subsequently rely on some other form of medication distribution[10], including self-medication. Patients in Guatemala have the option to visit the MOH to seek care and medication, but when there is no medication they are driven to find new ways to treat themselves.

The phenomenon of the values gap has been described in some countries in Africa. In one study, out-of-pocket expenditure on medications was significantly associated with antibiotic resistance in low and middle income countries[11]. When the population had a

10 Ibid.

11 Joseph R Fitchett, "Antibiotics, Copayments, and Antimicrobial Resistance: Investment Matters," *The Lancet Infectious Diseases*, July 2015, doi:10.1016/S1473-3099(15)00057-2.

copayment for medications in the public sector, authors quantified an increase in purchase in the private sector. As the percentile of people having a copayment for a doctor's visit or medication went up, so did antibiotic resistance[12]. Copayment for a service is thought to defer patients from seeing the doctor, only when it is necessary because a certain cost is involved. With an increase in the proportion of the population having a copayment, antimicrobial resistance also went up from 17.76% to 36.27%. "Data suggest cost-sharing of antimicrobials in the public sector might drive demand to the private sector in which supply-side incentives to overprescribe are probably heightened and quality assurance less standardized"—a benefit to local pharmacies whose interest lies in increased sales versus professional obligations to facilitate curing patients' disease. This balance between "privatizing interests and professional obligations in pharmaceutical science[13]" stands out in Guatemala where informal antibiotic use is fueled by unstable demands for medications from the pharmaceutical industry and purchasing mechanisms.

Conclusions

Our findings highlight the importance of the social dynamics that surround SMA at the micro-social and meso-social levels. Our findings do not explicitly point to macro-social dynamics, although they likely play a role as well. At the micro-social level, the subjectivity of patients, clients and users in relation to their time and economic needs when faced with symptoms of acute sickness is met by a health system that is not easy to access (functionally, financially or geographically) and cultural ideas that emphasize the positive effects of antibiotics while ignoring the negative consequences of their abuse. Also at the micro-social level, health care providers, especially physicians and pharmacists, seem to facilitate and perhaps promote the use of antibiotics as they treat their individual clients. However, micro-social dynamics occur in institutional contexts located at the meso-social level, where permissivity, incentives, and lack of regulation facilitate the abuse of antibiotics and complicates their rational use. The situation at the institutional level is the product of the interlocking interests of political, economic, administrative, and governmental actors who, although not necessarily interested in promoting SMA, nevertheless end up facilitating it. It is in these interactions of actors at distinct societal levels that we see the pharmaceutical nexus playing a role in promoting SMA in Guatemala. Efforts at impacting current SMA tendencies need to acknowledge and address the pharmaceutical nexus if they aim at promoting positive change.

References

- Bennish, Michael L., and Wasif Ali Khan. "What the Future Holds for Resistance in Developing Countries." In Antimicrobial Resistance in Developing Countries, edited by Aníbal de J. Sosa, Denis K. Byarugaba, Carlos F. Amábile-Cuevas, Po-Ren Hsueh, Samuel Kariuki, and Iruka N. Okeke, 37–57. New York, NY: Springer New York, 2010. http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-89370-9_4.

12 Ibid.

13 Petryna, Lakoff, and Kleinman, *Global Pharmaceuticals*.

- Fitchett, Joseph R. “Antibiotics, Copayments, and Antimicrobial Resistance: Investment Matters.” *The Lancet Infectious Diseases*, July 2015. doi:10.1016/S1473-3099(15)00057-2.

- Gartin, Meredith, Alexandra A. Brewis, and Norah Anita Schwartz. “Nonprescription Antibiotic Therapy:” *Medical Anthropology Quarterly* 24, no. 1 (March 2010): 85–107. doi:10.1111/j.1548-1387.2010.01086.x.

- Harbarth, Stephan, and Matthew H. Samore. “Antimicrobial Resistance Determinants and Future Control.” *Emerging Infectious Diseases* 11, no. 6 (June 2005): 794–801. doi:10.3201/eid1106.050167.

- Larson, Elaine L., Joann Dilone, Magaly Garcia, and Janice Smolowitz. “Factors Which Influence Latino Community Members to Self-Prescribe Antibiotics.” *Nursing Research* 55, no. 2 (April 2006): 94–102.

- Petryna, Adriana, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds. *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press, 2006.

- Ramay, Brooke M, Paola Lambour, and Alejandro Cerón. “Comparing Antibiotic Self-Medication in Two Socio-Economic Groups in Guatemala City: A Descriptive Cross-Sectional Study.” *BMC Pharmacology and Toxicology* 16, no. 1 (December 2015). doi:10.1186/s40360-015-0011-3.

- Seeberg, Jens. “Connecting Pills and People:: An Ethnography of the Pharmaceutical Nexus in Odisha, India.” *Medical Anthropology Quarterly* 26, no. 2 (June 2012): 182–200. doi:10.1111/j.1548-1387.2012.01200.x.

- Vuckovic, Nancy. “Fast Relief: Buying Time with Medications.” *Medical Anthropology Quarterly* 13, no. 1 (March 1999): 51–68. doi:10.1525/maq.1999.13.1.51.

- World Health Organization. “Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance.” Geneva, Switzerland: World Health Press, April 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1.

Short Title	Study Design/year carried out	Inclusion criteria	Results (some of them)
SMA in two Guatemala City pharmacies	Descriptive Cross sectional survey/2013	People arriving to pharmacies to self-medicate with antibiotics	Of 418 respondents, the proportion of self-medication was 79% in the Suburban pharmacy and 77% in City Center pharmacy. In both settings, amoxicillin was reported as the antibiotic most commonly used.
SMA in four Guatemala City pharmacies	Descriptive Cross sectional survey/2014	People arriving to pharmacies to self-medicate with antibiotics	230 respondents; Two pharmacies represented Low Socio-Economic Setting Pharmacies (LSEP) and two represented High Socio-Economic Setting Pharmacies (HSEP). 44% of LSEP and 27% of HSEP respondents used old-prescriptions as a source of information when practicing SMA ($p<0.05$); Motives for self-medicating with antibiotics included saving time and money on visiting a physician.
SMA in two Cobán pharmacies	Descriptive Cross sectional survey/2014	People arriving to pharmacies to self-medicate with antibiotics	In both pharmacies, the participants reported self-medication practices they are doing every year (24% and 28%). 218 respondents.
SMA among first year university students	Cross sectional survey/2015	Students enrolled in first-year math courses	224 respondents; 75% of prevalence for self-medication, there are patients who can afford purchasing antibiotics. When we asked private-university students why they self-medicated with antibiotics, they reported believing they have the proper knowledge regarding antibiotic use and are capable of treating themselves with antibiotics without seeking a diagnosis from the physician.
Evaluation of medications' supply chain in public health system	Case study/2013 to 2015	57 MOH workers, 13 stakeholders, review of primary documents	70 key informants; -Shortages in MOH medication supply common and the result of issues in medication supply logistics, administration and budget, Patient seek and store medication at home, Increase in self-medication, Increase in private pharmacies within communities
Challenges in the control of Leishmaniasis	Household KAP survey/2015	Heads of household a variety of public health workers.	371 households. Study participants reported attending the national health services (23.3%) or using a natural product (17.8%) to treat previous cases of CL. 46% of respondents said they did nothing to treat the disease. According to respondents, treatment provided by the NMH (meglumine antimoniate) would be facilitated if health services were closer to their community (63.6%) or if they, or someone else could inject CL treatment (24.8%).
Challenges in the control of Leishmaniasis	Rapid Asssessment for mapping financial flows in the MOH medication supply for leishmaniasis/2015	Personnel employed by the MOH with a current, active role in the supply chain of meglumine antimoniate	15 Key informants; In terms of the medication supply management, the MoH provides and stocks a sufficient amount of meglumine antimoniate in health centers, but distribution to patients, dosing and route of administration is inconsistent. There is no drugs distribution in Primary health care facilities level. Are delivered far away from patients.

Table 1. Summary of the seven studies that support the synthesis presented in this paper

Table 2. Synthesis of results by study as they relate to each of the three themes presented in this paper

Study	High demand of antibiotics	Widespread Availability	Systemic incentives
SMA in two Guatemala City pharmacies	Frequency of self-medication differed between pharmacies. Suburban pharmacy participants reported self-medicating once a month (35%) or once a year (30%). In contrast City Center pharmacy respondents reported self-medicating once a week (33%) or once a year (34%).	In the Suburban pharmacy, respondents sought advice from pharmacy technicians (38%), followed by family (36%) and friends (23%). In contrast, City Center respondents spoke with family members (65%) or friends (30%) while only 4% went to pharmacy employees for advice.	Participants were asked to rate, on a scale of 1-10, the effect self-medication could have on one's health (1 being a negative effect and 10 being a positive effect). The majority of respondents, 63% responded marking 6 and above, perceiving little or no negative effect in self-medication
SMA in four Guatemala City pharmacies	LSEP respondents reported self-medicating less than two times per year (87%), and two times per year or more (13%). In HSEP reported self-medicating less than twice a year (96%), and two times per year or more (4%).	45% of LSEP and 28% of HSEP respondents used old-prescriptions as a source of information when choosing self-medicating antibiotics ($p<0.05$) whereas	28% of HSEP respondents received recommendations over the phone from physicians when choosing self-medicating antibiotics
SMA in two Cobán pharmacies	Both pharmacies reported that participants with self-medication every year (24% and 28% respectively and 24% did not.	Geographically available with over-the counter drugs.	Pharmacy worker use to be the advisor when patients asked. 48% and 32% the last 22% consulted to a member family.
SMA among first year university students	75% prevalence for self-medication.	Patients who can afford purchasing antibiotics.	Reported believing they have the proper knowledge regarding antibiotic use and are capable of treating themselves with antibiotics
Evaluation of medications' supply chain in public health system	No antibiotics available in Public Health Care facilities that push people to private pharmacies for treatments.		Lack of drugs in Public Health Care facilities and over-the-counter in Private pharmacies.
Challenges in the control of Leishmaniasis	Study participants reported attending the national health services (23.3%) or using a natural product (17.8%) to treat previous cases of CL. 45% nothing to treat the disease.	When asked about which option they would choose to treat a future CL infection, most indicated that they would seek treatment from NMH personnel (54.4%), or would do nothing (33.7%).	Treatment provided by the NMH would be facilitated if health services were closer to their community (63.6%) or if they, or someone else could inject CL treatment (24.8%).
Challenges in the control of Leishmaniasis			We found long distances to get their treatments. Drugs undelivered in Primary health care facilities level.

"No Approved Therapeutic Claims": The Emerging Industry of Health Supplements andNew Practices of Self Medication in the Philippines

Marilou U. De Vera, Philip Michael I. Paje

Who needs doctors nowadays? This thought dawned on my colleague and myself when we were gathering data for this research. As a medical practitioner in the Philippines who has more than twenty years of experience and training here and abroad, I have been intrigued by the tensions, the negotiations, and/or the interplay of traditional healthcare and modern medicine. These traditional methods are still prevalent and at times used side by side with Western medicine. These methods also complicate and compound the practices of treating oneself especially in terms of serious and critical forms of illnesses. To illustrate the tensions that I grapple with as a medical practitioner, I present some examples that involve my patients and self-medication. There are times that I would give my patients prescription for antibiotics but they seldom complete the entire course. These patients often stop treatment whenever they start feeling good about themselves already. Later they would come back once re-infection sets in and would demand a new course of stronger antibiotics.

Self-Medication (Philippines)

Another typical example for women patients in their reproductive age concerns Urinary Tract Infection (UTI). I would prescribe a branded product of Ciprofloxacin which is a relatively expensive drug but since a local celebrity endorses the bio-equivalent generic drug which costs less, then my prescription changes abruptly without me knowing it despite the fact that its written on my prescription pad with my signature and license number on it. The celebrity endorser even encourages people to demand the generic counterpart of my prescriptions. Later, these same patients would recount how they found this and that generic drug to be cheaper and just as effective. Worse, these patients try alternative treatments such as cranberry juice for the more affluent patients and coconut juice for the less affluent which costs around fifty cents. When these women suffer the bout of a more resistant bacterial strain, they consult the signs and symptoms on google that leave them more puzzled and more frustrated. They then return to me demanding for explanations what went wrong?

As an obstetrician, I also encounter tensions among the following actors in the traditional childbirth practices: the traditional birth healer, the massage therapists, the midwives, and worse the faith healers. Following a delivery of a newly born infant, I would make several prescriptions such as multivitamins to regain one's strength, iron to

regain blood loss, and methylergometrine maleate to aid the uterus to contract. Some of my patients however also consult these other actors who simply set aside my prescriptions, prescribe their own, and negate whatever medically sound explanation there is about bleeding and postpartum care which includes personal hygiene. Yes, these healers forbid these mothers to take a bath for fear that they may incur imbalance in the cold and warm energies in the body. Instead, these healers' traditional postpartum care would usually involve pelvic massage which unfortunately can cause postpartum bleeding. The blame now goes back to the doctor. Did I suture the wrong muscle or the wrong plane of tissue? Is there an infection that causes the breakdown of stitches? I then examine the patient again and review the postpartum medications given. This is when these tensions, the negotiations, and interplay of science, folklore, and the ever reliable Mr. Google explode right in front of me.

As a sonologist, I encounter another ballgame in terms of treating myoma uterine or fibroids. The gray zone is when the myoma grows as big as six centimeters. Of course, the scientifically proven treatment is surgery. But surgery costs more which drive my patients to seek the lesser expensive options which include the herbalist and his concoctions purported to shrink the mass; the spiritual healer who takes out the myoma with a bloodless incision and hopes for miraculous interventions; and the herbal supplements in various forms which are sold in drugstores, pharmacies, supermarkets, and the neighborhood stores.

Self-medication is indeed a taken-for-granted area of research in medical anthropology in the Philippines. There is a limited number of studies encountered by the researchers that discuss the issues of self-medication among Filipinos. Anita Hardon's co-authored books provided related literature for this study. The book "How to Investigate the Use of Medicine by Consumers" by Hardon, Hodgkin and Fresle published by World Health Organization and the University of Amsterdam (2004) showed self-medication with prescription drugs as one of the patterns that constitute as inappropriate use of medicines. Hardon and van der Geest (1991) situated the practice of self-medication in the sad state of Third World economy involving inferior medical services, rampant illegal sale of medicines by profiteering healthcare professions, the high cost of treatment vis-à-vis the meager budget of patients and the common tendency of the people to treat ailments symptomatically.

This modest research attempts to complement these previous works and hopes to situate and update its content by focusing on the emerging and profitable industry of health supplements. The US FDA defines dietary supplement as a product intended for ingestion that contains a "dietary ingredient" intended to add further nutritional value to (supplement) the diet. This emerging lucrative industry compounds the unnecessary use of ordinary products taken as medicines. These food and health supplements can range from exotic fruit juices, alkaline or ionized water, whitening products, synthetic dietary fibers, slimming teas and pills that are often sold in pharmacies or traded through multilevel networking companies or private dealerships off and online. Philippine laws order manufacturers to issue clear warnings like "No Approved Therapeutic Claims ". But since these products are displayed prominently in places that sell or even dispense medicines like drugstores and are marketed with testimonials from healthcare professionals themselves, there exist a popular yet misguided impression to the public that these

products are just as therapeutic as the usual prescribed medications. Moreover, the emergence of this new industry creates a wedge between patients and medical practitioners who inadvertently become the last resort for disease prevention. Medical doctors train long years to hone their skills to adequately diagnose and give precise treatment for pathologic diseases. Without stringent state policies on product classification and testing, the proliferation of these health supplements taken as medicines further complicates an already complex health industry in which the financial as well as the social cost of well-being can become a make or break scenario to someone's income and can even obfuscate the subject – positions of medical practitioners as the primary frontline in the art and science of healing.

This qualitative study presents an initial outlook based on a survey of a limited sample of ten individuals. The researchers used the referral method which yielded ten respondents who have been using at least two health supplements for at least a year. These respondents also answered the same set of questions below.

1. What health supplements have you been using? What made you use these products? Please cite specific products and/or brands that you are using.

2. Are you using several supplements? How did you get to know these products?

3. How long have you been using these products?

4. Have you used these products in any other way outside of its original indications?

5. Have you informed your immediate family members or your friends about these other ways that you have used these products?

6. Have you consulted any medical practitioners prior to using these products?

7. Where do you usually procure/purchase these products? In what quantities do you purchase these things?

8. Do you prefer taking these supplements over regular medicines? Please explain your answer.

9. Have you got any knowledge of its side effects? Have you personally met people who suffered these side effects?

10. How do you feel now ever since taking these supplements?

What the researchers found totally change their earlier assumptions which they hope could be a basis for a more definitive and extensive research on self-medication with health supplements. These supplements are indeed widespread and popularly used from what these things are made of to how they are marketed and sold. Oftentimes, the respondents use not one but several of these products for various reasons and justifications. These respondents have means to acquire these products which imply that it is not poverty that drive these people to choose these supplements over regular medicines as what can be culled from the following responses:

"I have been using probiotic, kelp lecithin b6 apple cider vinegar; antioxidant and minerals; Coenzyme Q10; EFA (essential fatty acid); alkaline ionized water. It was recommended by friends for weight loss management and immune support."- RG

"I take mega antioxidants and chelated minerals, Glucosamine Hydrochloride plus complex, fish oil and natural melatonin I was diagnosed with Psoriasis way back 1996 which eventually developed into Psoriatic Arthritis last 2009"- PR

"I take malunggay (Moringga), turmeric, mangosteen which is produced by my friend, no brand. I take maca root powder and spirulina. I also take evening primerose coming from the

US. I also take lagundi (chaste tree) capsules whenever I have cough and colds and phlegm. I prefer to go the natural way – food, healing, wellness that's why I switch to taking these two years ago."- LU

The existence of a new form of self-medication can be gleaned from RG and PR's responses. The two literatures cited by this study singled out drugs that have curative properties used by people to self-medicate. In this current case, health supplements are being used as substitute to boost the immune system, to manage weight loss, and to treat Psoriasis. Moreover, another respondent appears to have an expert knowledge on what the supplements are made of and what these products are specifically used for.

"I use garlic for heart & circulation, Ginger for my throat and stomach, malunggay for my anemia. I use Gugo (Gogo) shampoo for my hair, Corn Juice (for kidney pains) and Boiled Guava Leaf (kidney pains & wound cleansing)"- GG

"I am sensitive to medications. I've experienced how drinking analgesics and medications have made me feel kidney pains. So I resort to ginger balms for muscle pains." - GG

Interestingly, one might wonder how these respondents have learned about these products in the first place. How they got the idea or information to use such products becomes more intriguing as two respondents put it:

"Since the brand guaranteed that all products are 100% natural, I did not consult any doctors or medical practitioners prior to using said products"- PR

"I used it because my husband recommended it to me…I did not consult doctors because I am assured that the brand is 100% natural and manufactured in pharmaceutical standards"- CM

"It was my aunt and friend who told me about it… I was told by my friend that it might be good for my dysmenorrheal but then my aunt told me that it's also good for the skin as I have psoriasis. Apparently, her boss in the US takes it for her psoriasis… I don't consult my doctors about these natural supplements as I know that they are safe."- LU

The foregoing responses also magnify the seemingly secondary role that medical practitioners play and the popularity of these health supplements based on testimonial evidence. These supplements are effective because a close friend or family member that these people know have tried using them and that they are still alive to share their good experiences about the products. With regard to doctors, they become the last choice (or not even among the choices) in promoting well-being. The third response from LU even suggests that the aunt, the friend, and LU make three living testimonies which affirm that these supplements are indeed safe to use. But how are these products dispensed and distributed? How do these respondents so easily acquire such supplements?

"I purchase this brand online because we have access and discount as a member and distributor"- PR

"I get in bulk from my aunt and sister or from a distributor whenever I run out of stock which is rare. The turmeric, mangosteen, malunggay, I also get in bulk from my friend because I also give it to others to try. The Maca root and spirulina, I get it from the malls."- LU

"Melatonin and Coenzyme Q10 from a distributor. Garlic capsules from the drugstore. corn hairs, guava leaves and malunggay - from [market] vendors or backyard"- .GE

These responses illustrate the power of product branding and the Internet. Since these supplements are regulated as products with "no approved therapeutic effects", they can be sold, distributed, and even dispensed anywhere on and off the counter, on and

offline even with without prescriptions from medical practitioners. The networking set-up also markets the products extensively since there are incentives/perks on the part of the distributor/retailer if he or she could reach a quota and its corresponding reward. Hence, retailers tap even the social media to sell these products. Similarly, information on these products are relayed through referral. Moreover, these distributors directly sell the products and yet indirectly prescribe these supplements just as how medical practitioners would do it sans prescription pads.

> *"I informed my family, even recommend and supplied these products to them. My kids are taking this brand, multivitamins for kids"- CM*
>
> *"Any new product that I try especially the natural ones, I will always tell my family and friends"-LU*
>
> *"I teach my students in a nursing course about Coenzyme Q10 for heart health and some tried it." - GE*

Medical treatment for specific pathology like psoriasis would entail giving steroidal creams and lotions. Anemia in the Philippines would be primarily nutritional in nature therefore adequate treatment would be iron supplements. Dysmenorrhea could be secondary to an underlying like endometriosis which can be treated by surgery if it is more than six centimeters or medically ablated by hormones. Nutritional supplements with no therapeutic claims are never included in a medical prescription. The primary reason why these supplements are labeled "No Approved Therapeutic Claim" is because the Philippine Bureau of Food and Drugs has not adequately tested these products for medicinal properties or values.

To conclude this essay, I would like to go back to my initial question: Who needs doctors nowadays? I am lost in the world of translation. I thought when I started this research, I would find that self-medication is a big witticism, only to realize later that the joke was on me. As one great author of ultrasound in Obstetrics and Gynecology Professor Phillipe Jeanty said "the doctors' duty is to perform a service not to judge the patients no matter how different they may be from you or your opinions ". Yes, I agree with the last phrase but I would say that my duty is not just to perform a service to my patients. My role is to understand how people have changed their concepts of well-being through the help of media, high profile personality endorsers, monetary driven pyramid scheme of health products, all leaning to practical solutions crossing over the poverty line. My duty is to understand the various aspects of holistic well-being my patient needs. My duty is to listen to patients why they go on with the various forms of self-medication, self-reliance and self-empowerment imposed through various forms of self-made treatments and influences the world has inflicted on people. It is my duty to create balance to people' s lives through constant learning and innovations. It is my duty to catch up with all aspects of healing and not just confine myself on what medical books and high profile medical doctors have taught me all these years. All these duties I have long neglected due to the scientific knowledge that medicine has imposed on me to learn hook, line, and sinker. In my pursuit of higher learning in this fast paced world I neglected the one thing very important to my patients and that is a "listening ear". The phrase "Woe to all your symptoms and crazy ideas " is the usual thing that a typical overworked doctor would say whenever he goes to his rounds, dismissing all the little things a patient says even to the point of bluntly

arguing- “Oh well, It is time for you now to take your pharmacologic drugs as dictated by the world of medical atlas so you will be discharged from the hospital“. Medical doctors have long forgotten that the medical atlas is us, speaking to our patients day-in and day-out and learning from them every moment of each day, taking every challenge of pathologic diseases that we encounter each day. These perspectives cannot be changed all in a moment but we can at least change one’s own habits from time to time. After all is said and done, I learned through this research undertaking that the only thing I need to do to my patient is to sit down and ask “Is there anything else I can do for you? “.

References

- Hardon, A., Hodgekin, C., and Fresle, Daphne (2004). *How to Investigate the Use of Medicines by Consumers*. n.p: World Health Organization and University of Amsterdam. Retrieved April 25, 2016 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68840/1/WHO_EDM_PAR_2004.2.pdf
- Hardon, A., and van der Geest, S., (1990). Self-Medication in Developing Countries. Journal of Social and Administrative Pharmacy Vol. 7, No. 4. Retrieved April 25, 2016 from http://www.sjaakvandergeest.socsci.uva.nl/pdf/medicines/selfmedicationx.pdf
- Hardon, A., and van der Geest, S., (1987). *Hazards of Self-Medication*. World Health Forum Vol. 8. Retrieved April 25, 2016 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/51727/1/WHF_1987_8%284%29_p469-471.pdf
- “Dietary Supplement” definition Retrieved April 25, 2016 from http://www.fda.gov/AboutFDA/Transparency/Basics/ucm195635.htm

S'automédiquer sous chimiothérapie ?

Sylvie Morel (1), Maud Jourdain (2)

1. Docteure en sociologie CENS FRE 3706, Ingénieure de recherche CNRS projet SIRCADE.
2. Médecin généraliste, doctorante en sociologie, DCS UMR 6297, Maître de conférence associée DMG Faculté de médecine Nantes.

L'automédication est généralement considérée dans le sens d'une pratique « profane » visant à soigner des maux « bénins », qui ne requièrent pas l'expertise des professionnels médicaux. Un rapide panorama des études sur l'automédication montre qu'elle reste en revanche peu étudiée dans le cadre de pathologies avérées qui engagent le pronostic fonctionnel ou vital dont le cancer fait office de paradigme[1]. Dans ce contexte du cancer, la pratique de l'automédication garde, contrairement à d'autres maladies[2], une dimension de l'ordre du tabou[3]. Pour autant, l'émergence de la cancérologie nouvellement dotée de perspectives thérapeutiques a aussi fait « naître » l'homo-médicus, individu doté de compétences d'autodiagnostic incité à devenir « acteur » de la grande entreprise d'éradication collective du cancer[4]. Mais après le diagnostic, le soin éminemment spécialisé, technique et vital revient avant tout aux professionnels de la cancérologie. Dans ce contexte de la pathologie cancéreuse, le champ de « l'auto-soin » reste ainsi largement occulté. Et pourtant, à l'occasion d'une recherche sociologique sur les effets « *secondaires*[5] » des chimiothérapies anti-cancéreuses[6], une enquête de terrain menée à partir d'observations de consultations en oncologie, d'entretiens auprès de patients[7] et de données issues de la pratique de médecin généraliste, a permis de repérer l'importance des pratiques d'automédication dans la « trajectoire[8] » de la maladie cancéreuse de certains malades[9]. L'analyse des entretiens menée dans une perspective compréhensive et interactionniste a permis de saisir le sens et les enjeux de ce travail d'automédication. Ce sont les premiers résultats de cette analyse relative au vécu et aux pratiques d'automédication du point de vue des malades que nous soumettons dans cet article. Nous employons ici à dessein le terme de malade et non de patient car il s'agit de pratiques menées à l'initiative de celui-ci en dehors de toute prescription de la part des soignants du cancer. On parlera de patient uniquement quand on se référa au sujet dans la relation à

1 (Cohen P., Rossi I., 2011).
2 Dans le cadre de la fybromyalgie par exemple, l'automédication est une pratique reconnue et encouragée.
3 (Akrich M., Meadel C., 2002).
4 (Pinel P.,1992).
5 (Fainzang S., 2012).
6 Voir encadré 1.
7 Les entretiens semi-directifs (de 1h à 3h) réalisés au domicile des malades. Ils ont été complétés par des entretiens de suivi téléphoniques d'une durée variant de 15 minutes à 45 minutes.
8 (Ménoret M., 1999).
9 Ils ont été recrutés de façon exhaustive par nos soins dans la salle d'attente de l'hôpital de jour d'un centre hospitalier pour les uns et, d'un service hospitalier d'oncologie pour les autres.

l'institution et aux soignants[10]. Par ailleurs, la définition de l'automédication mobilisée dans cet article repose sur une démarche inductive : elle est construite à partir du point de vue et du sens que les malades elles-mêmes (et non les institutions) confèrent à leurs pratiques. Dans ce sens, les pratiques telles que la lecture d'un ouvrage, une activité sportive peuvent relever ici de l'automédication dans la mesure où, pour le malade, la finalité de cette pratique est thérapeutique, c'est-à-dire réalisée dans une perspective du soin de soi, de restauration ou de préservation de sa santé. Aussi, la définition de l'automédication telle que nous la proposons dans ce contexte recouvre *l'ensemble des pratiques à visée thérapeutique non prescrites par les soignants du cancer*. En ce sens, le terme d'« auto-soins » au sein de laquelle l'auto-médication ne serait qu'une modalité serait plus approprié pour qualifier ces pratiques. Toutefois par souci de commodité de lecture, nous utiliserons ici le terme d'automédication en tant qu'équivalent de cette notion d'auto-soins.

Les enquêtées sont toutes des femmes âgées entre 55 ans et 75 ans. Elles sont toutes atteintes d'un cancer sans perspective de guérison, avec métastases (pancréas, poumon (2), ovaires et sein). Leurs conditions socio-économiques sont variées, mais notre échantillon comprend des patientes ouvrières ou employées souvent sous représentées dans les études qualitatives réalisées dans de grands centres de lutte contre le cancer[11]. L'analyse des entretiens révèle que l'intensité des pratiques d'automédication varient allant du non recours (Anne-Marguerite, Jacqueline) à des recours multiples (Lise, Yvonne, Anne-Rose), couvrant un éventail très large de modalités d'automédication (ostéopathie, homéopathie, magnétiseur, guérisseur, méditation, reiki, etc.). Quels sont les déterminants de ces pratiques d'automédication et de leur intensité? Et quelles sont les logiques sociales qui les sous-tendent ? Telles sont les deux questions auxquelles cet article tente d'apporter quelques réponses.

1. Les déterminants des pratiques d'automédication des malades

1.1 Des types de recours différents selon les profils des patients

Le niveau socio-économique ouvre plus ou moins l'éventail des possibles pour le recours à l'auto-soins : formuler son choix de recours et le réaliser. Aussi, avec le niveau-socio économique, c'est la *capabilité* [12] qui croît plus que le « résultat » ou en termes de recours. Nous illustrons ce premier point à travers l'exemple de Lise tout d'abord, qui parmi nos enquêtées est à la fois la plus investie dans les pratiques d'automédication et celle qui dispose du capital socio-économique le plus important de notre échantillon (enseignante retraitée, mari enseignant et responsable politique local). Comparée aux autres malades de notre échantillon, elle dispose d'un réseau social (amical, familial, professionnel) fourni qu'elle mobilise dans le cadre de ce recours à l'auto-soin (cousine ostéopathe qui a travaillé avec des oncologues, amie infirmière, amie d'amie). Ses

10 (Fainzang S., 2012)
11 On pense ici à l'étude CORSAC : (Combessie P, Coindard G, Véga A et *al*, 2010)
12 (SEN A., 2010).

« compétences médicales[13] » lui confèrent la capacité d'être active lors des consultations, de discuter les traitements et de refuser parfois certains médicaments. Enfin, sa capacité à exprimer ses affects corporels et psychiques est marquée par la tenue d'un cahier consignant chronologiquement et en détails ces évènements et chacun des recours.

A l'inverse de Lise, les « compétences médicales » des autres patientes appartenant à la catégorie des ouvriers et employés sont limitées. Le langage utilisé pour faire le récit de leur maladie révèle qu'elles ont une faible connaissance du monde de la santé. Elles suivent les prescriptions sans poser de questions et le décalage culturel existant entre elles et le médecin engendre parfois des malentendus. Leurs sources de savoirs se résument bien souvent au voisinage et aux échanges avec d'autres malades en salle d'attente ou encore, à la lecture du journal régional. Cependant, le suivi des patients révèle que l'impact du profil socio-économique du patient sur les pratiques d'automédication est certes déterminant mais il est loin d'être suffisant pour rendre compte de la variété des pratiques d'automédication. Il peut être en effet compensé partiellement par l'accumulation de savoir expérientiel.

1.2. Des investissements différenciés dans ce travail selon le moment de la maladie

Les pratiques d'automédication de Lise se sont renforcées au fur et à mesure des cures de chimiothérapie et de son savoir expérientiel, en l'occurrence ici corporel :

> *« Et j'ai… Là je fais un bond en avant parce que c'est pour les nausées que j'ai eues cette année, avec ma troisième chimio donc… [Hésite] J'ai arrêté de prendre l'Emend qu'on m'a prescrit à l'hôpital… Et je prends Nux vomica..(…) Pour moi c'est bien ! »*

De même, au fil des entretiens répétés avec Yvonne on constate qu'elle a acquis au fil des mois une certaine expertise sur sa maladie. Elle s'est également informée pour élargir ses pratiques d'automédication en apprenant, entre autres, la méditation *via* internet. Quant aux pratiques d'automédication d'Anne-Rose, elles évoluent peu tout comme les termes qu'elle emploie pour faire le récit de sa maladie. Jacqueline pour sa part fera l'aveu, sur la sollicitation de l'enquêtrice –médecin- à la fin de l'entretien, d'une expérience de recours à l'automédication, abandonnée depuis. Les relations avec son oncologue sont étroites chez cette patiente, particulièrement depuis le soutien qu'elle lui a apporté au décès de son mari au cours de sa trajectoire du cancer. Dans ce contexte, le recours à l'auto-soins peut-être interprété comme s'apparentant, du point de vue de la patiente, à une forme de trahison envers son oncologue.

1.3. Un déterminant du recours et/ou du non recours : le sens donné au symptôme

L'analyse des discours nous permettent de saisir en filigrane le processus cognitif au principe des pratiques de recours mais aussi de non recours à l'automédication. Elle révèle notamment que l'importance du sens donné au symptôme par le malade. Prenons, pour seul exemple le cas de Lise qui a eu une aplasie. Face à cet effet secondaire classique de la chimiothérapie, non ressenti, à l'origine d'aucun affect corporel, elle ne ressent pas le

13 (Boltanski L.,1971).

besoin de recourir à l'automédication. En revanche, du point de vue du médecin, l'aplasie entrave la poursuite du traitement par chimiothérapie selon les modalités prévues, ce dont elle fera l'expérience. Quand elle le comprend, Lise culpabilise alors de n'avoir rien fait pour lutter contre cet effet secondaire :

> *« J'ai pas compris que mon résultat d'analyse indiquait que je pouvais plus avoir la chimio parce qu'ils étaient trop bas… Et… Et je ne me… Bizarrement, j'ai jamais essayé de lutter contre l'aplasie par des moyens autres… Enfin par quelques moyens que ce soit… Je me suis dit « l'aplasie il faut que ça remonte tout seul… »*

L'effet « secondaire » prend ici le statut d'indésirable au sens où il entrave le bon déroulement attendu du traitement et fait ainsi obstacle à la lutte contre la maladie. Au terme de cette expérience, Lise va prendre conscience d'une nouvelle responsabilité : en limitant les effets secondaires, c'est sur les modalités d'administration de la chimiothérapie qu'elle peut agir. Son recours à l'auto-soin va alors être désormais mis en œuvre dans une logique d'action sur le traitement à savoir, recevoir les doses « maximales » de chimiothérapies pour lutter contre le cancer. Ce constat nous permet d'aborder le second point de cet article consacré aux logiques qui sous-tendent les pratiques d'automédication sous chimiothérapie.

2. Les logiques de l'automédication des malades sous chimiothérapie

2.1. « Lutter contre » les effets secondaires de la chimiothérapie[14] pour supporter le traitement

> *« Bon je sais que l'homéopathie peut pas à elle seule guérir le cancer, ça c'est sûr, mais par contre elle fait des miracles pour les effets secondaires ! » (Lise)*

Le cas de Lise, surnommée l'Ecrivain dans notre enquête, est emblématique de cette logique d'action :

> *« Quand j'ai commencé mon cahier, j'avais noté d'après le livret qu'on m'avait donné sur le cancer de l'ovaire toutes les… Tous les effets secondaires qu'il pouvait… Y avoir… (…) Comment est-ce que je vais lutter contre les nausées, les diarrhées, la baisse des globules… (…) Et bon… La réponse à l'hôpital c'était systématiquement… Des médicaments ! »*

Dès le début de son traitement, Lise exprime sa volonté de ne pas recourir aux seuls médicaments (elle entend par là les médicaments "allopathiques") dans une logique de traitement (atténuation, prévention) des effets secondaires. L'oncologue l'orientera vers un médecin acupuncteur même si nous dit-elle, « il n'est pas persuadé que l'acupuncture soit efficace ». On retrouve également cette logique chez Yvonne et Anne-Rose. Yvonne affirme en effet que durant sa première chimiothérapie elle n'a pas été « trop malade » grâce à son automédication à base de plantes :

> *« Bah euh…au début j'ai pas été trop malade parce que je prenais beaucoup de …je prends beaucoup de… de…de plantes, de choses…de la propolis verte euh…des choses antican…recommandées anticancéreuses ».*

La faiblesse des effets secondaires est ici reliée à la prise de plantes mais on constate

14 Sur le traitement médical des effets secondaires des chimiothérapies voir encadré 3.

également qu'Yvonne définit ces plantes comme étant « anticancéreuses ». Ainsi, les logiques aux principes des pratiques d'automédication apparaissent parfois ambiguës, un glissement s'opérant tacitement dans les discours entre lutter contre les effets secondaires et lutter contre la maladie.

2.2. Créer un « terrain » physique et pychologique favorable pour lutter contre la maladie

Il existe une relative confusion dans le discours des enquêtées entre la maladie cancéreuse et la chimiothérapie, et donc entre les pratiques orientées vers les effets secondaires et celles spécifiquement vers le cancer. Le livre qui a inspiré bon nombre de pratiques de Lise est d'ailleurs intitulé « Anticancer » :

> *« Vous connaissez pas les fleurs de Bach ? (…) C'est bien pour plein d'indications, du genre… [Hésite] Dépression… Anxiété… Enfin des choses plus psychologiques que… Que physiques… Quoi que… Ça peut aussi calmer la… [Hésite] Les affections physiques ».*

L'automédication vise ici à gérer le stress et l'angoisse afin de construire un terrain favorable à la guérison. De l'avis de toutes les malades rencontrées, « le psychologique » est en effet très important dans une optique de guérison. Le recours à la méditation dans le cas d'Yvonne procède de la même logique et ses pratiques visent également à purifier son organisme toujours dans l'optique de préparer son corps à recevoir des médicaments : *« le desmodiome*[15] *par exemple, pour nettoyer le foie quand on a trop de produit. C'est très bon ».*

2.3. Un sens varié selon la temporalité du traitement : le sens des arrêts et reprises d'automédication

Le suivi des enquêtés a permis de repérer des phases de mobilisations différenciées selon la temporalité du traitement. Au cours des mois, la position d'Yvonne vis à vis de son travail de soin se modifie au point de cesser toute automédication : *« ça m'a pas m'empêchée d'avoir des métastases mais bon…mais ça fait un moment que je prends plus ces produits là…que j'avais arrêté aussi de les prendre hein ! ».* Elle va jusqu'à penser que si le traitement n'a pas marché, c'est peut être parce qu'elle a pris des médicaments à base de plantes qui auraient interféré avec le traitement médical. Elle décidera donc de ne plus rien faire dans un contexte où elle fait désormais entièrement confiance à sa nouvelle oncologue : *« Je préfère m'abstenir ; En prendre, ça ne m'a pas empêché de récidiver (…) Je laisse faire la médecine traditionnelle (…) je suis beaucoup plus confiante*[16] *».* Il semblerait qu'ici, la confiance accordée à son oncologue conjuguée au succès du traitement, la conduit à ne plus ressentir la nécessité de s'auto-médiquer. Toutefois, deux mois plus tard, suite à une récidive elle décide de reprendre l'automédication car elle a pu constater que s'abstenir de toute automédication n'avait pas empêché la maladie de « revenir ». Aussi, les enquêtées testent-ils leurs pratiques d'automédication : elles en constatent l'efficacité ou non par des arrêts puis reprises et déterminent ainsi leur traitement. On peut ici parler d'autorégulation, selon la formulation proposée par Johanne

15 Anne-Rose et Lise y recourent également.

16 Rappelons ici que suite à ce qu'elle considère être une « tromperie » de la part de son premier oncologue, Yvonne a décidé d'être suivie dans un autre établissement sanitaire.

Collin (2006), qui suggère des choix raisonnés de la part des individus dans leurs pratiques d'automédication. Enfin, on constate ici que le lien de confiance créé avec l'oncologue détermine en partie les pratiques d'automédication[17] et plus précisément la construction par les patients, d'un espace thérapeutique propre plus ou moins important[18].

2.4. Automédication comme empowerment : la construction d'un espace thérapeutique propre

« Les gens en général ils font qu…ils font comme moi ? Ils se trouvent des….des thérapies à eux ? » (Yvonne)

« Mes petits soins, « mes remèdes à moi », « mes trucs » sont autant de termes employés par Yvonne pour désigner son espace thérapeutique. Ce dernier relève davantage du *care* que du *cure* celui ci étant « l'objet du travail médical[19] ». Un objet qui ne souffre d'ailleurs aucun partage au risque de s'exposer à un ferme désaccord comme l'a expérimenté Lise qui, contrairement à Yvonne et Anne-Rose ne dissimule pas ses pratiques d'automédication[20]. Lise inscrit en effet ses pratiques dans une logique de coopération avec le médecin[21] en usant d'une marge d'autonomie dans le travail de gestion de sa maladie qu'elle fonde sur un savoir propre tout en reconnaissant le savoir médical :

« Parce que je me suis dit… Je l'ai noté quelque part… "Ceux qui prennent en charge leur maladie, ils ont…", je sais pas combien de fois… 8 fois plus de chance de survivre que les autres ».

Pour Lise, prendre part aux traitements de sa maladie ne relève pas des « soins de confort », c'est une question vitale. Il faut être « acteur de sa thérapie[22]" pour faire partie de ceux qui s'en sortent, il s'agit « d' « agir pour ne pas mourir ! »[23]. Toutefois, ce besoin de (re)prise de contrôle sur sa vie avec la maladie ne trouve pas toujours d'écho auprès des soignants du cancer.

Conclusion

Pour conclure, les effets secondaires des chimiothérapies aussi « indésirables » soient-ils compte tenu de leur fréquence et de leur gravité, représentent (aussi) un support pour l'action des malades qui y trouvent l'occasion de s'emparer d'un espace thérapeutique propre pour reprendre une forme de contrôle de leur vie avec le cancer. En cherchant à prévenir ou traiter les effets secondaires générés par la chimiothérapie, les malades, au-delà de la préservation de leur qualité de vie, ont une perspective de lutte contre la maladie en générant un terrain plus favorable voire en permettant une administration des chimiothérapies aux doses maximales et donc en « facilitant » le travail des oncologues. Une compréhension fine de l'enjeu du recours à l'auto-soin dans le cadre des

17 On retrouve l'influence de ce lien de confiance chez Lise et Jacqueline.
18 Sylvie Fainzang montre également que le recourt à l'automédication s'enracine fréquemment dans la déception des patients vis à vis des consultations antérieures de leur médecin généraliste. (Fainzang S., 2010).
19 (Hardy A-C, 2015)
20 Sauf dans le cas où le médecin s'y oppose ouvertement.
21 Comme le montrent également Akrich M. et Meadel S., dans leur analyse du recours des patients à internet.
22 (Soum-Pouyalet F., 2007).
23 (Broqua C, 2005).

chimiothérapies pour les patients de la part des soignants du cancer contribuerait probablement à dépasser la défiance qui perdure autour de ces pratiques.

Encadré 1: Présentation de l'étude SIRCADE

L'étude SIRCADE a été initiée par le centre de pharmacovigilance de Poitou-Charentes, dans l'objectif d'évaluer et de comprendre le phénomène de sous notification des évènements indésirables graves liés aux chimiothérapies.
La question est née du constat suivant : les traitements anticancéreux entrainent un nombre élevé d'effets indésirables graves (EIG), voire mortels, plus fréquemment que les autres médicaments, mais ils font l'objet moins souvent d'une déclaration dans les centres de pharmacovigilance, paradoxe qui interrogent les acteurs de ces centres. La recherche comporte deux volets :
- Un volet quantitatif pharmaco-épidémiologique visant en premier lieu à estimer l'incidence des EIG consécutifs à une chimiothérapie dans un territoire français (Poitou-Charentes) et leur sous-notification. En second lieu, ce volet vise à caractériser ces EIG et d'en identifier des déterminants de survenue par analyse multivariée selon leur typologie, la classe moléculaire, la localisation de la tumeur, le type de lieu d'administration, des facteurs cliniques et contextuels. Ce volet, placé sous la responsabilité scientifique de Marie-Christine Perrault-Pochat, PU-PH, est pris en charge par l'équipe INSERM de pharmacologie du CHU de Poitiers
- Un volet qualitatif socio-anthropologique visant à comprendre le phénomène de sous-notification en l'intégrant à une analyse des pratiques médicales associées aux effets indésirables des médicaments, y compris au-delà des chimiothérapies. Notre objectif est de saisir de façon inductive les rapports aux médicaments des soignants et des patients et de faire émerger la notion d'effet indésirable dans chaque contexte, en mettant provisoirement de côté la dimension déclarative.
Il bénéficie d'un financement de l'Institut National du Cancer (INCa) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) pour trois ans (2014-2016) et a été agréé par la MSH *Ange-Guépin*, où est réalisé le volet qualitatif.

Encadré 2 : Portraits de malades

Anne-Marguerite est une femme âgée d'environ 70 ans qui réside avec son mari dans un petit village d'une commune du centre ouest de la France située à une trentaine de kilomètres d'une ville moyenne. Elle était employée de bureau dans une entreprise de produits chimiques et son mari, présent à l'entretien, travaillait comme ouvrier dans les travaux publics. Elle a été licenciée et après quelques missions intérim, elle est restée 10 ans au chômage. Cela fait 20 ans qu'elle est retraitée, Quand nous la rencontrons, elle a commencé le traitement depuis 7 mois pour traiter un cancer du pancréas, elle en est à sa deuxième cure de chimiothérapie. Un an plus tard, elle est en soins palliatifs. Intervieweure sociologue.

Anne-Rose est une femme âgée est une femme de 60 ans qui réside avec son compagnon dans une commune rurale de l'ouest de la France située à 30 km d'une grande ville. Elle a effectué divers métiers (nourrice agrée, vendeuse de fleur, etc.) avant d'être embauchée comme ouvrière dans une usine de maroquinerie. Au moment de notre rencontre, elle n'est plus sous chimiothérapie, elle vient pour sa troisième consultation au centre hospitalier pour un cancer du poumon métastasé. Auparavant, elle était soignée dans l'établissement sanitaire privé du sud de la ville et c'est suite à une infection aggravée du fait du refus d'hospitalisation de l'établissement (suite à une opération et une chimiothérapie), qu'elle a décidé avec son mari, de poursuivre le traitement de sa maladie dans un autre établissement. Intervieweur sociologue.

Yvonne est âgée de 55 ans, elle est ouvrière en intérim dans le domaine de l'agroalimentaire. Elle réside seule dans une ville du Morbihan qui compte un peu plus de 50 000 habitants. Nous la rencontrons pour la première fois dans la salle d'attente d'un établissement sanitaire public situé à 115 kilomètres de chez elle. Il s'agit de sa seconde consultation dans cet hôpital et elle n'est plus sous traitement de chimiothérapie. Suite à ce qu'elle a vécu comme une mauvaise prise en charge de son cancer des poumons dans le centre hospitalier de la ville située à une cinquantaine de kilomètres de son domicile (« ça s'est mal passé ») et après quelques recherches, elle a décidé de se faire suivre dans un autre centre hospitalier, davantage réputé. Intervieweur sociologue.

Lise est âgée de 63 ans, enseignante retraitée vit avec son mari enseignant et responsable politique local, vivent dans deux domiciles, son principal est situé à 50km du pôle régional de cancérologie, le secondaire à 5 km. Le recrutement de cette patiente s'est fait à l'occasion d'une journée d'enquête d'observation en hôpital de jour du centre public régional de cancérologie. Elle est alors en cours de chimiothérapie pour une récidive de son cancer. Elle souhaite participer à cette enquête pour apporter son expérience pour limiter les effets secondaires aux autres patients. Intervieweur médecin généraliste.

Jacqueline, âgée de 70 ans environ, atteinte d'un cancer du sein avec récidive métastatique plusieurs années après, marquée par la perte de son mari dans la trajectoire de sa maladie. Ancienne employée dans la grande ville de la région puis a fait des ménages. Recrutement « hors protocole » par l'intermédiaire d'un pharmacien informé de l'enquête. Intervieweur médecin généraliste.

Encadré 3 : le traitement médical des effets secondaires des chimiothérapies

Les traitements de chimiothérapie soumettent les patients à de nombreux effets « secondaires » de type pharmacologique. Bien connus des oncologues, ces effets « attendus » de la chimiothérapie qui, s'ils ne sont pas contrôlés, pourraient entraver la possibilité de poursuivre la chimiothérapie, constituent un-objet fondamental du travail médical en oncologie. Des temps, voire des consultations entières, et des médecins spécifiques sont dédiés à cet objet : à chaque consultation préalable à l'instauration d'un protocole de chimiothérapie, l'oncologue de référence informe le patient sur les divers effets secondaires « attendus » du traitement. Parallèlement, il prescrit bien souvent des médicaments dits « correcteurs » tout en informant le patient des mesures non médicamenteuses à suivre (manger, boire, faire des exercices, etc.) pour faciliter la tolérance au traitement et par la même, son efficacité. Par la suite, à chaque consultation qui précède l'administration de chaque cure de chimiothérapie, l'oncologue de l'hôpital de jour interprète des examens (prise de sang, pesée du patient) tout en interrogeant le patient pour prendre connaissance de son niveau de tolérance au traitement ou plus précisément, de sa sensibilité aux effets "secondaires". Certains sont parfois inattendus du médecin et/ou du patient.

Références

- AKRICH Madeleine, MEADEL Cécile, 2002, « Prendre ses médicaments/prendre la parole : les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques », *Sciences sociales et santé,* Vol.20, n°1, p.89-116.
- AKRICH Madeleine, MEADEL Cécile, 2009, « Internet. Intrus ou médiateur dans la relation médecin-patient », *Santé, science et solidarité,* 8 (2), p.87-92.
- BARTHE Jean-François, 1990, « Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques, *Revue française de sociologie,* XXXI, 2, p. 283-296.
- BOLTANSKI Luc, 1971, Les usages sociaux du corps*, Annales, Histoire et Sciences Sociales,* 26, n°1, p. 205-2033.
- BROQUA Christophe, 2005, *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, Presses de Sciences Po.
- CARRICABURU Danièle, MENORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, collection U.
- COHEN Patrice, ROSSI Ilario, 2011, Le pluralisme thérapeutique en mouvement. Introduction du numéro thématique "Anthropologie des soins non-conventionnels du cancer", *Anthropologie et santé,* [En ligne], 2.

- COMBESSIE Philippe, COINDARD Guillaume, VEGA Anne, et *al.*, 2010, « *La coordination des soins ambulatoires durant la phase thérapeutique initiale : Regards des patients sur les pratiques médicales* », CORSAC 1, Rapport de recherche appel à projets Inca SHS.
- FAINZANG Sylvie, 2007, « Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade », *in* Collin J., Otero M., Monnais L., (dir.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe,* Montréal, PUQ, p. 267-279.
- FAINZANG Sylvie, 2010 « L'automédication. Une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés,* vol. 34, n°1, 2010, p. 115-133.
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie,* Paris, Presses Universitaires de France.
- HARDY Anne-Chantal., 2015, « La formation de l'objet du travail médical : l'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique », *Travail et Emploi,* n°141, p. 9-25.
- JOUAN DE KERVENOAEL Maïlys, 2013, « Les déterminants de l'automédication. Enquête par entretiens de patients en Loire-Atlantique et en Vendée en 2012 », Thèse de médecine, Université de Nantes.
- MENORET Marie, 1999, *Les temps du cancer,* Editions du CNRS.
- PINEL Patrice, 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer, 1890-1940*, Paris, Métailié.
- SEN Amartya, 2010 *Repenser l'inégalité*, Seuil.
- SOUM-POUYALET Fanny, 2007, « Le patient acteur de la thérapie et l'évolution des normes professionnelles en cancérologie », *in* F. Vedelago et M. Bouix (éd.) ; « Systèmes de santé et discours profanes », *Sociologie santé,* vol. 2, n°26, p. 123-134.
- VEGA Anne, 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier,* Broché.

Partie 3
Déterminants des usages de l'automédication

Automédication et déterminants socioculturels des recours aux pharmacies-trottoirs à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Yoro Blé Marcel

Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD), Université Félix Houphouet-Boigny, Abidjan-Cocody

Introduction

L'automédication trouve un champ d'application propice dans les capitales africaines. En effet, les recours aux soins dans celles-ci s'inscrivent dans un contexte de vente illicite de médicaments (Fassin, 1990 et 1996) et de pluralisme thérapeutique (Yoro, 2002), mais aussi de grande précarité ou pauvreté. Face à la diversité de l'offre, les demandes de soins sont tout aussi nombreuses et diverses, justifiées par la pluralité des pathologies et infortunes multiples (Yoro, 2004) et se caractérisent par le recours accru à l'automédication. On trouve dans les capitales africaines un large éventail de recours thérapeutiques, depuis les diverses formations de la médecine moderne (hôpitaux, dispensaires, maternités, cliniques, etc.) jusqu'aux guérisseurs, devins-guérisseurs, en passant par les Eglises et les pratiques maraboutiques de la religion musulmane (Yoro, juin 2012 : 88) sans oublié les cliniques chinoises. De même, les lieux de vente des médicaments sont tout aussi divers: des officines pharmaceutiques aux vendeurs ambulants en passant par les pharmacies-trottoirs. Ces dernières se rencontrent le long des rues et avenues des villes, ainsi que dans les marchés et même dans les villages et campagnes en zones rurales. Pour limiter le recours en ces lieux illicites de soins, nombre d'Etats africains ont mis des médicaments génériques à la disposition de la population dans les pharmacies officielles, et ont même initié la vente de certains médicaments au détail, tel que le paracétamol qui est vendu en Côte d'Ivoire par plaquette de 200 FCFA (0,31 Euro). Malgré toutes ces actions l'on note un recours accru aux médicaments des pharmacies-trottoirs. Dans la littérature anthropologique, pour expliquer les raisons de l'automédication, de nombreux travaux se sont attachés notamment à cerner ses facteurs en fonction des caractéristiques démographiques, économiques, sociales des personnes et de leurs pathologies (Jaffré Y. 1999a; Traoré S. 1999 ; Laure 1998 ; Queneau et al 2004 ; Raynaud 2008) ou de l'origine culturelle religieuse (Fainzang 2001). D'autres encore ont insisté sur le rôle du malade et de son entourage (Janzen, 1995, Gruénais, 1990).

Mais ce sont surtout les travaux de Fainzang (1986; 1989; 1996) qui ont largement contribué à montrer que des logiques autres que médicales sous-tendent les comportements des malades. L'auteur a insisté sur la cohérence que ces logiques entretiennent avec la poursuite d'une efficacité sociale ou d'une réponse à d'autres enjeux sociaux. Cela implique que dans les modèles d'analyse des comportements de recherche de soins particulièrement en Afrique, la dimension sociale et culturelle doit être prise en compte car comme le souligne à juste titre Fassin (1992), en Afrique, « *acheter un*

comprimé d'aspirine est aussi intégré au déroulement de la vie que d'acheter une noix de kola ou une feuille de tabac ».

Malgré la pertinence de ces travaux, la question de l'automédication a rarement fait objet d'études spécifiques et approfondies. Et quand elle l'a été, les auteurs l'ont abordée dans le cadre des facteurs généraux sous-tendant les comportements de santé des individus et leurs choix de conduite en matière de prévention et/ou de guérison. C'est pourquoi notre étude s'intéresse à cette problématique, mais en mettant un accent particulier sur les recours des clients aux pharmacies-trottoirs, qui sont des lieux par excellence de l'automédication car aucune ordonnance n'y est exigée même si quelquefois des malades y viennent avec d'anciennes ordonnances leur ayant été prescrites à l'occasion d'un épisode pathologique antérieur.

Après avoir défini dans un premier temps ce que nous entendons par automédication dans ce travail, il s'agira de questionner les relations des malades aux professionnels de santé et les pratiques religieuses, les représentations des maladies et des médicaments, ainsi que la place de la culture de l'automédication dans les habitudes thérapeutiques des populations, pour tenter de comprendre les déterminants socioculturels de l'automédication.

Cadre méthodologique de la recherche

Au plan méthodologique, l'étude s'appuie sur des données de terrain collectées à Abidjan de mars à avril 2015 dans trois communes (Abobo, Adjamé et Cocody). Le choix de ces communes n'est pas fortuit : Abobo est non seulement la commune la plus peuplée d'Abidjan, mais aussi le lieu où les pharmacies-trottoirs sont nombreuses et plus visibles dans les rues ou aux abords des marchés (voir photographie 1), ce qui signifie qu'il est plus facile ou plus aisé d'y rencontrer des usagers des pharmacies-trottoirs.

Photo 1 : Pharmacie-trottoir au grand marché d'Abobo (Source : L'auteur)

Adjamé a été choisit parce que c'est le lieu d'approvisionnement des pharmacies-trottoirs de la ville d'Abidjan. On y achète illicitement les médicaments pharmaceutiques

en gros, en demi-gros et en détail, notamment à la pharmacie Roxy, où l'on trouve aussi de nombreuses pharmacies-trottoirs dont celle de la photographie 2 suivante :

Photo 2 : Pharmacie-trottoir à Adjamé Roxy (Source : l'auteur).

Enfin, Cocody représente la commune des personnes présumées aisées économiquement, mais aussi le lieu où la vente illicite des médicaments dans les pharmacies-trottoirs se fait de façon discrète. Il s'agit donc de savoir qui sont les usagers de ces lieux dans cette commune.

La collecte des données s'est faite auprès des consommateurs (clients) et vendeuses[1] à l'aide d'observation directe sur le site, et d'entretiens semi-directifs. Les informateurs, notamment les clients étaient sélectionnés directement sur les points de vente mais aussi selon la technique de proche en proche par effet « boule de neige », c'est-à-dire que les premiers informateurs, y compris des vendeuses des médicaments, nous ont indiqué d'autres informateurs qui étaient soit des amis, soit des membres de leurs familles. C'est ainsi que nous avons pu avoir des entretiens plus d'une fois avec des consommateurs réguliers de ces lieux de vente. Au total, l'enquête a mobilisé 42 personnes dont 36 clients et 6 vendeuses. Concernant les clients, nous avons couvert une population aussi diverse que possible en interrogeant tant des femmes que des hommes (19 femmes et 17 hommes), de différentes classes sociales, de quartiers différents et de tous âges, à savoir de 21 à 62 ans[2]. Les observations directes sur le terrain portaient notamment sur les clients marchandant les prix des médicaments, ou demandant l'avis des vendeuses sur certains produits ou encore expliquant leurs symptômes aux vendeuses pour bénéficier de leurs conseils ou achetant des médicaments comme l'indique la photographie 3 suivante :

1 La vente des médicaments des pharmacies-trottoirs est dominée par des femmes qui en font souvent une activité parallèle à celle de la vente de biens de consommation.

2 Cette tranche d'âge qui prend en compte les jeunes de 21 ans se justifie par le fait que nous avons voulu avoir des entretiens avec des personnes relativement autonomes dans leurs prises de décisions de recours.

Photo 3 : Des clients achetant des médicaments à Adjamé Roxy (Source : l'auteur)

Définition de la notion d'automédication

Littéralement, automédication renvoie à l'acte de consommation de médicaments décidé par le malade lui-même. Dans son sens le plus large, Lecomte (1999 :49, cité par Fainzang, 2010 : 116-117) définit l'automédication comme : « *consistant à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical* », mais que dans un sens plus restreint, c'est « *l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication* ». Fainzang (2010), elle, définit l'automédication comme « *l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne* » (117). L'automédication désigne ici la prise de médicaments pharmaceutiques par un malade ou se déclarant comme tel, de sa propre initiative ou sur conseil d'un non-spécialiste dans son entourage. En effet, comme l'affirme à juste titre Fainzang (op.cit. : 117), la dimension anthropologique de l'automédication réside en grande partie dans le fait qu'il y a, avec l'automédication, rupture de dépendance à l'égard des médecins.

En outre, il convient de clarifier aussi les termes de malade et de patient. Selon Pierron (2007 : 50, cité par Fainzang, 2010 : 118), « *Nous suggérons qu'il y a malade lorsque le sujet donne aux signaux de la biologie la profondeur symptomatologique qui affecte sa biologie, et qu'il y a patient lorsque le malade accepte de perdre l'initiative à l'égard de sa maladie, la remettant au médecin qui donne signification au symptôme et lui apporte une réponse thérapeutique* ». Mais étant entendu qu'avec l'automédication c'est le sujet, comme l'appelle Fainzang, qui donne une signification à son symptôme et qui lui apporte une réponse thérapeutique, nous utiliserons ici les termes « malade », « client » ou « usager », pour désigner nos informateurs.

La complexité des rapports avec le corps médical et les pratiques religieuses, favorisent l'automédication

Le regard que les malades portent généralement sur le personnel médical est en quelque sorte résumé par les propos de l'un des clients des pharmacies-trottoirs : « *Quand je prends kunbilènin contre le kônôna jòli*[3]*, cela me permet d'éviter les complications de l'hôpital où, pour avoir une ordonnance, les docteurs te font souffrir d'abord* » (femme, 38 ans, commerçante à Abobo) ; « *Si tu vas à l'hôpital, on te fait attendre longtemps avant de te recevoir. Les petites filles qui sont là-bas aussi ne respectent pas les gens* » (homme, 61 ans, Cocody). L'hôpital est donc perçu par nombre de clients comme un lieu inhospitalier, qui épuise le malade ou l'éprouve par les longues fils d'attentes, tranche avec les règles sociale et culturelle telles le droit d'aînesse, le respect des aînés, etc., ou comme le dit Ebang (2012), un univers hostile, incertain et non rassurant pour tout usager dépourvu de connaissances et d'argent. L'hôpital est aussi perçu par d'autres, comme un lieu où il n'y a pas de confidentialité ou comme un lieu de nudité :

> *« Ma maladie me fait honte d'aller à l'hôpital car là-bas on te déshabille avant de te consulter. S'il y a plusieurs personnes dans la salle, elles participent toutes à la consultation. Ici (pharmacie-trottoir) au moins c'est avec ma camarade femme qui vend et elle connaît le médicament qui peut guérir mon mal » (femme, 45 ans, commerçante, Adjamé).*

La nudité et la confidentialité concernent généralement les cas de maladies dites honteuses (Yoro, octobre 2012) qui expliquent aussi le choix de l'automédication dans les pharmacies-trottoirs, notamment par les femmes qui rechignent à se faire consulter dans les structures modernes de soins pour ces types de maux, par des prestataires de sexe opposé. Dans ce dernier cas, les appartenances religieuses sous-tendent aussi les perceptions négatives des structures de soins : « *Moi je suis musulmane et mon corps ne doit être exposé que devant mon mari. Je ne supporte pas que des hommes regardent mon corps comme c'est le cas à l'hôpital* » (Femme, 51 ans, commerçante à Abobo). L'espace social du marché des pharmacies-trottoirs semble donc protéger, mieux que les services de santé, la confidentialité et la pudeur des acheteurs. Il permet à cet effet aux potentiels clients d'avoir un rapport direct avec les médicaments sans exposer leur nudité ou honte à des intermédiaires, jugés comme une barrière entre leur désir de guérir et les médicaments sollicités. Ainsi, l'insatisfaction envers le corps médical à partir d'une expérience malheureuse avec les structures de santé sont des prétextes pour se rapprocher de plus en plus des vendeurs de la rue. Dans ce cas, la crainte d'une nouvelle frustration est une raison suffisante pour éviter les consultations.

Aussi, contrairement à l'univers des structures modernes de soins, celui des traitements pharmaceutiques des pharmacies-trottoirs semble-t-il mieux correspondre à l'univers des traitements populaires qui inscrit selon Jaffré, le plus souvent les soignants et les soignés dans

« *… une homogénéité, ou proximité linguistique, correspondant à un partage de mêmes représentations : mêmes focalisation sur certains symptômes, même interprétation du « principe actif » du médicament, même interprétation d'une possible*

3 *Le kônôna jòli* désigne les plaies de ventre en langue Malinké communément appelée dioula en Côte d'Ivoire

inefficacité de celui-ci en fonction des composantes de la personne » (1999b : 21).

La proximité culturelle joue donc un rôle déterminant dans le choix de l'automédication. Les logiques sociales et culturelles qui guident la conduite des usagers des pharmacies-trottoirs prennent donc ancrage dans cet espace partagé par les vendeuses et leurs clients. Alors que les structures modernes de soins et les pharmacies formelles imposent des démarches conventionnelles souvent méconnues ou répugnées du grand public, le marché des médicaments de rue satisfait les clients dans des espaces que ceux-ci maîtrisent culturellement :

> *« Pour avoir un médicament à la pharmacie-trottoir, il n'y a pas de complications, c'est comme si je demandais un médicament traditionnel à un voisin. On peut acheter ces médicaments à n'importe quelle heure chez la vendeuse à la maison, ou encore dans la rue ou au marché, donc partout quoi. C'est pourquoi quand je vais au marché, j'en profite pour acheter les médicaments que je veux» (femme, 46 ans, commerçante, Abobo). « Moi je connais la vendeuse du grand marché. Donc quand je suis galère (pas d'argent), je prends crédit avec elle et puis je paye après. C'est ma vieille mère (une habituée) donc on fait comme à la maison » (femme, 33 ans, commerçante à Abobo).*

C'est dire que l'espace social de la pharmacie-trottoir s'adapte mieux au vécu quotidien des uns et des autres. Cette proximité entre vendeuses et clients s'établie aussi dans le marchandage lié aux modes de vente, avec des possibilités de négocier les prix des médicaments à la pharmacie-trottoir :

> *« Si tu vois que je viens acheter les médicaments au marché, c'est parce que les prix sont négociables. Tu vois ce médicament, la femme m'a dit au départ 300 FCFA (0,46 Euros), mais je lui ai demandé pardon et elle m'a laissé à 200 FCFA (0,31 Euros)» (femme, 43 ans, commerçante, Adjamé).*

Ainsi, dans les rapports commerciaux qui s'établissent, les acheteurs tentent toujours de faire réduire les prix énoncés par les vendeuses en usant de techniques fondées essentiellement sur la mobilisation de ressources sociales (Lida, D.S. 2013) telles que la parenté à plaisanterie, les jeux d'alliance culturelle, la reconnaissance de liens de parenté et/ou d'amitié réels ou supposés. Une pratique inexistante ni à l'hôpital, ni dans les pharmacies conventionnelles. Aussi les possibilités de réduction et de vente en détail mettent-elles en exergue la flexibilité du marché des médicaments de rue.

Contrairement à cette proximité sociale et culturelle, les consultations médicales dans les structures modernes de soins obligent à des démarches complexes pour d'une part, obtenir une prescription médicale rédigée en français et d'autre part, présenter cette prescription écrite en un lieu culturellement mal maîtrisé en occurrence la pharmacie officielle, où les possibilités de tri et d'achat des produits à l'unité sont réduites. Toutes choses qui incitent aux recours aux pharmacies-trottoirs dans les milieux populaires où les représentations de la maladie orientent aussi les choix thérapeutiques en faveur de l'automédication dans les pharmacies-trottoirs.

Les représentations de la maladie : la bénignité des maladies comme une explication à la pratique de l'automédication

En cas de maladie, les enquêtés affirment dans leur ensemble procéder à une appréciation de la nature du mal. Dans cette catégorisation, les maladies bénignes dites passagères, désignent généralement les maux quotidiens auxquels ils sont habitués, à savoir entre autres les maux de tête, de gorge, de dent, la diarrhée, la constipation, la fatigue. Pour ces maux quotidiens, l'automédication est quasi systématique comme le traduisent les propos de certains clients des pharmacies-trottoirs :

> *«J'ai un mal passager de tête que j'ai l'habitude de soigner avec les médicaments d'ici (de la pharmacie-trottoir) » (femme, 26 ans, ménagère, Cocody) ; un autre ajoute « Je n'achète que des remontants dans les pharmacies-trottoirs lorsque je me sens fatigué et estime que mon mal n'est pas assez grave » (homme, 52 ans, chauffeur de gbaka, Abobo) ; « pour utiliser kunfinin contre furudimi[4], je n'ai pas besoin d'ordonnance, car c'est un médicament que je connais » (Homme, 38 ans, chauffeur de gbaka, Abobo).*

Les termes de « *mal passager* », « *j'ai l'habitude* », « *mon mal n'est pas assez grave* », ou « *c'est un médicament que je connais* », traduisent les conditions d'usage de l'automédication. En effet, on y a recours quand on pense connaître ou reconnaître son mal, ou quand on le juge bénin, ou quand c'est un mal récurrent qu'on a pris l'habitude de soigner avec les médicaments de la rue, sans se soucier des risques encourus ou sans s'interroger sur les raisons des récidives des pathologies soignées. En effet, comme le faisait remarquer Fainzang (2010 : 120) à partir du cas de l'une de ses informatrices, une difficulté réside dans le sens donné à la notion de « connaissance » d'un médicament, qui se réduit souvent à connaître ses indications mais non pas sa composition ni ses risques.

Le recours à l'automédication se justifie donc a priori par le caractère présumé bénin du mal. Cette première réponse apportée par le malade peut se justifier par sa volonté de s'approprier la définition de sa maladie mais aussi de s'autonomiser car le médicament favorise l'autonomie dès lors que l'on peut se traiter « *quand on veut comme on veut* » (Desclaux, 2013). Ce choix relève des habitudes régulières de nombre de malades africains et traduit une volonté de banalisation du mal dès son apparition. En effet, généralement lorsque l'on est victime de maladies dont les symptômes sont familiers on a tendance à y apporter des remèdes émanant des connaissances personnelles ou de celles de l'entourage (Yoro, juin 2012 : 84).

Ces choix sont aussi motivés par la disponibilité en ces lieux d'une gamme de produits pharmaceutiques à moindre coût vendus au détail, notamment les amphétamines essentiellement utilisés contre ces types de maux jugés bénins.

L'efficacité présumée des médicaments oriente aussi les choix thérapeutiques en faveur de l'automédication dans les pharmacies-trottoirs.

4 *Furudimi* est une appellation donnée au mal de foie en langue bambara

L'efficacité présumée des médicaments : une appréciation indifférenciée entre médicaments des pharmacies officielles et ceux des pharmacies-trottoirs favorise l'automédication

Nombre de clients des pharmacies-trottoirs interrogés justifient leurs choix par le fait que les médicaments des pharmacies officielles sont identiques à ceux des pharmacies de rue. A ce sujet une cliente affirme :

> *« Les médicaments vendus par ces femmes (vendeuses des pharmacies-trottoirs) sont de même qualité que ceux vendus dans les pharmacies. En tout cas moi, j'ai confiance en la qualité des médicaments qui y sont vendus. Pourquoi des infirmiers y viennent pour acheter des médicaments ? C'est parce que ces médicaments sont bons »* (femme, 41 ans, ménagère, Adjamé).

Ces propos sont confirmés par une vendeuse qui disait face à un client:

> *« J'ai tout ici. Même ce qui manque en pharmacie, j'ai ça. 6500 FCFA (10 Euros) pour les deux médicaments. C'est la même chose qu'en pharmacie. Il n'y a pas de différence. Ce n'est pas périmé, c'est un délégué médical en personne qui est venu me livrer ces médicaments ce matin. Les pharmaciens font palabre avec nous car ce sont les mêmes médicaments qu'ils vendent, et pour nous est moins cher» (Femme, 52 ans, vendeuse de médicaments, à Adjamé). Une autre ajoute : « Des pharmaciens viennent payer avec nous. C'est pour vous dire que ce sont les mêmes médicaments qu'on trouve chez eux » (Femme, 44 ans, vendeuse de médicaments à Abobo).*

Ces propos indexent bien tous les réseaux parallèles de distribution des médicaments favorisés par des distributeurs officiels ou agréés. Ces dames n'ont donc pas tort de considérer ces vrais faux médicaments de médicaments identiques à ceux des pharmacies officielles.

Cette efficacité présumée était aussi relevée par les informateurs d'Hadiza M. A. (2000) qui dénombrait un taux de 16,83 % de consommateurs qui soutiennent l'efficacité des médicaments de rue avec à l'idée que ce sont les mêmes médicaments qu'en officine. Cependant Pouillot et *al.* (2008) dans une étude réalisée à Yaoundé et à Niamey trouvaient quant à eux, un taux de non-conformité de 50 % des médicaments de la rue. On estime que jusqu'à 25% des médicaments consommés dans les pays en voie de développement sont non-conformes et/ou contrefaits (Rassool GH., 2004). L'absence de contrôle sur la quantité de principes actifs présents dans les médicaments commercialisés, représente un réel risque au regard de l'émergence et de la diffusion de microorganismes résistants à ces molécules.

En outre, à l'efficacité présumée des médicaments de la pharmacie-trottoir, s'associent des créations lexicales intimement liées à des représentations de la maladie. En effet, les noms donnés aux produits, leur vertu thérapeutique, ainsi que leur présentation, sont autant d'indicateurs culturels rendant séduisants les médicaments de rue. Les anti-inflammatoires sont désignés sous diverses appellations : « *San pêrê* » (éclair) appelé aussi « *Mossokôrôni ka balon tan* » ou encore « *brébala* »[5] pour ses « vertus miraculeuses ». Ces types de médicaments étant disponibles auprès des

5 « San pêrê », « Mossokôrôni ka balon tan », « brébala » sont des appelations de produits des pharmacies-trottoirs en langue malinké pour dire que la guérison est instantanée, telle « à la vitesse de l'éclair »

vendeuses de rue, beaucoup de consommateurs associent de façon indifférenciée leur efficacité à la rapidité de leurs effets sur leur état de santé:

« Quand je prends mossokoroni ka balom tan ou san pêrê, je suis très en forme. Je n'ai aucun problème durant toute la journée. » (homme, 32 ans, chauffeur de Gbaka à Abobo), « Moi je pense que ce produit (san pêrê) guérit plusieurs maux à la fois : le mal de tête, la fièvre, la fatigue. A l'hôpital, jamais on ne m' a donné un médicament qui a autant de propriétés à la fois » (homme 41 ans, chauffeur de gbaka à Abobo) ;

« A mon avis les produits de la pharmacie par terre sont efficaces. A la pharmacie par terre, nous avons l' efficacité à moindre coût alors que de l' autre côté, dans les centres de santé pour arriver aux mêmes résultats, c' est une fortune qu'il vous faut débourser. Et d' ailleurs quand vous vous présentez dans une formation sanitaire à la recherche d' un remède contre la fatigue, les agents ne vous prennent même pas au sérieux, ils vous disent au contraire de vous reposer » (homme, 52 ans, sans emploi, Adjamé).

Le caractère stimulant de certains médicaments vendus dans les pharmacies-trottoirs semble être la principale raison du choix de ces lieux de vente pour certains clients qui assimilent ces effets stimulants à l'efficacité de ces médicaments.

Mais il y a aussi la culture de l'automédication qui justifie le recours aux pharmacies-trottoirs.

La culture de l'automédication

L'automédication est une pratique ancestrale culturellement ancrée dans les habitudes thérapeutiques des populations. En d'autres termes, la pratique de l'automédication représente un comportement qui a toujours existé à cause de la proximité des plantes médicinales et des connaissances ancestrales des parents et grands-parents (Yoro et *al*, 2015 : 137) de ces plantes. Mais aussi, l'accessibilité aux structures modernes de soins est souvent difficile. En effet, avec la médecine de l'africain, on a pris l'habitude de se soigner déjà à la maison avec les plantes et racines. Et c'est pour des maux qui résistent à ces premiers soins qu'on sollicite l'aide extérieure. L'automédication concerne donc a priori les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les mères, les pères, les grands-mères et grand-père. C'est ce qui ressort des propos de cet enquêté :

« La médecine traditionnelle est celle que nos parents utilisaient dans le passé et même aujourd'hui pour se soigner. On ne peut donc pas s'en défaire car c'est aussi notre culture. Et pour utiliser ses médicaments, on n'a pas besoin de consultation. Même pour les médicaments de l'hôpital, si tu connais déjà ses effets, tu n'as pas besoin de consultation » (homme, 62 ans, retraité, habitant de Cocody).

En effet dans chaque famille, la mère, le père, la grand-mère, le grand-père ou les membres de la famille élargie, connaissent plus ou moins un remède contre les maladies courantes sans être de réels spécialistes. C'est donc cette culture de l'auto-traitement, transmise de générations en générations, qui s'actualise dans la prise des médicaments pharmaceutiques des pharmacies-trottoirs. On peut donc parler avec Alice Desclaux et

Marc Egrot (2015) de pharmaceuticalisation des soins en automédication. Tout comme le rôle du groupe social d'appartenance ou de l'entourage est prépondérant dans l'usage des médicaments traditionnels, nombre d'acheteurs des médicaments de rue sont souvent influencés par les conseils de leur entourage en ce qui concerne l'achat de ces produits : « *je viens d'acheter Mixagrip, un remède très efficace contre la grippe qui m'a été conseillé par ma sœur* » (homme, 21 ans, Etudiant habitant Cocody). En général les médicaments ou remèdes conseillés par une connaissance ont déjà été utilisés par celle-ci. Cette dernière encourage dès lors leurs proches en ventant l'efficacité des médicaments déjà utilisés. Cette manière de faire s'inscrit dans une culture de solidarité, d'entraide et de compassion à l'égard d'autrui en cas de malheur. Dans l'entendement des enquêtés, un parent, un ami ou un proche ne saurait conseiller un mauvais produit à un malade pour son bien-être. Dès lors, la qualité de la communication et l'instauration d'un climat de confiance ont un effet sur la décision de recours des malades. Tout ceci contribue à rendre plus attrayants les médicaments de rue lorsqu'ils sont conseillés par des proches. Ce constat corrobore les résultats de l'étude de Angbo-Effi K. O. *et al.* (2011) où 53,7 % des enquêtés ont affirmé avoir été influencés par leur entourage. Ainsi, les médicaments que les membres du voisinage ont eux-mêmes déjà pris (et considérés comme efficaces dans des circonstances qu'ils jugent analogues (Fainzang, 2001)) sont conseillés à d'autres. Pour Fainzang (op.cit.), « *il n'est pas rare de voir une femme demander à un médecin de « marquer » tel médicament à son mari, qu'elle a accompagné à la consultation, justifiant sa demande par le fait qu'il lui a fait du bien à elle* ». C'est ce que Bouchon M. (2006) a nommé le bouche à oreille, ou l'importance du voisinage du malade, qui va indiquer à une personne le nom d'un thérapeute ou d'un bon remède qui l'a bien soigné. Ce voisinage s'étend ici aux vendeuses dont l'influence sur les clients favorise l'automédication, car nombre d'entre elles s'érigent souvent en prescriptrices : « *Tous les produits que je vends ici je sais ce qu'ils soignent par expérience, donc je prescris souvent des produits à la demande des clients* » (Femme, 55 ans, vendeuse de médicaments à Adjamé). Une autre d'ajouter : « *Quand le délégué médical envoie ses produits, il me dit ce qu'ils soignent. C'est comme cela que j'apprends un peu un peu pour aider les clients qui me demandent des conseils* » (Femme, 52 ans, vendeuse de médicaments à Abobo).

Dès lors, la qualité de la communication et l'instauration d'un climat de confiance entre l'usager et son entourage familial ou extra familial, ont un effet sur le choix de l'automédication, l'efficacité des prescriptions et le suivi des traitements.

Conclusion

Au terme de cette étude, on peut retenir que les pharmacies-trottoirs sont un lieu privilégié des recours thérapeutiques à Abidjan. Des facteurs socioculturels favorisant ces recours sont multiples et variés. Ils concernent les insatisfactions des malades vis-à-vis du personnel médical et des structures modernes de soins, se traduisant par des « stratégies d'évitement » (Fainzang, 2012) de ces lieux par les malades au profit des pharmacies-trottoirs. Il y a aussi les représentations des maladies en termes de bénignité des unes par rapports à d'autres et justifiant l'automédication pour les premières ; mais aussi l'efficacité indifférenciée des médicaments des deux espaces de vente, à savoir la pharmacie officielle et les pharmacies-trottoirs. La culture de l'automédication qui prend ancrage dans les

pratiques traditionnelles de soins pour s'actualiser dans la prise des médicaments pharmaceutiques favorise aussi l'automédication. Dans ce dernier cas, le rôle du « *groupe organisateur de la thérapie* » (Janzen, 1995) s'avère déterminant dans l'orientation des recours. A ces facteurs s'ajoutent également la proximité culturelle entre vendeuses et clients qui partagent les mêmes connaissances sur les produits à travers un lexique approprié, ainsi que le marchandage des prix qui s'adapte le mieux aux habitudes thérapeutiques des populations enquêtées.

Cet intérêt pour les pharmacies-trottoirs mériterait donc qu'on y réfléchisse dans le sens d'un rapprochement entre les modes de fonctionnement de ce secteur informel de soins et celui des structures modernes de soins en facilitant l'accessibilité à ces dernières, mais aussi les coûts des produits et le mode de payement dans les pharmacies formelles. Une telle démarche permettrait de réduire les risques encourus par les clients des pharmacies-trottoirs en minimisant les recours à ces lieux de soins.

Références

- ANGBO-EFFI Kachi O., KOUASSI Paquin D., GNISSAN Yao H. A, DOUBA Alfred, SECKI R., KADJO A., (2011). « Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain », *Santé Publique*, NO.6, Vol. 23 : 455-464.
- ANOI A., (1998). Le problème du marché parallèle du médicament en Côte d'Ivoire, Thèse de Doctorat en pharmacie, Abidjan, UCAD.
- BOUCHON M., (2006). « L'éducation pour la santé au Sénégal », in WHEP, Académie des sciences, IAP, Paris.
- 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. et EGROT, M. (eds). (2015). Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges. Paris : L'Harmattan.
- EBANG, O.E. (2012). « Perception de l'hôpital public et offre de soins de santé au Gabon : analyse des enjeux des interactions entre personnels et usagers du Centre Hospitalier de Libreville (CHL) ». Bulletin Amades (en ligne), 85, mis en ligne le 7 juin 2013, consulté le 11 avril 2016. URL. Htt://amades.revues.org/1398.
- FAINZANG, S. (1986). « *L'intérieur des choses* ». *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris : l'Harmattan.
- FAINZANG, S. (1989). *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, coll. « Les Cahiers de l'Homme ».
- FAINZANG, S. (1996). *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris ; PUF., coll. « Ethnologie ».
- FAINZANG, S. (2001). Médicaments et société. Le patient, le médecin et

l'ordonnance. Paris : PUF.

- FAINZANG, S. (2010). « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », Anthropologie et Sociétés, vol. 34, nO1, pp. 115-133.
- FAINZANG, S. (2012). L'automédication ou les mirages de l'autonomie. Paris : PUF.
- FASSIN, D. (1990). « Maladie et médecine ». In sociétés, développement et santé. Fassin et Jaffré. Paris, Ellipses, PP. 38-49.
- FASSIN, D. (1992). Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques. Vol. 39, Paris, Masson, pp.89-99.
- FASSIN, D. (1996). La vente illicite des médicaments au Sénégal. Economie parallèle, Etat et société. Politique africaine, vol. 23, PP.123-130.
- GRUENAIS, M-E. (1990). « Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazaville » Dans Fassin, D. et Jaffré, Y. (dir de), Sociétés, développement et santé, Paris, Ellipses, pp.227-242.
- HADIZA M. A. (2000). La pharmacie par terre au Niger : une alternative à l'échec de la politique pharmaceutique nationale ? Etude de cas à la commune de Nyamey III. Université de Ouagadougou, département de sociologie.
- JAFFRE, Y. (1999a). « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », *Bulletin de l'APAD*, Consulté le 19 septembre 2014. URL : http://apad.revues.org/482.
- JAFFRE, Y. (1999b). « La maladie et ses dispositifs ». Dans La construction sociale des maladies, Jaffré Y. et Olivier de Sardan, J-P. (sous la dir de), Paris, PUF, pp.41-68.
- Janzen, J.M. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala.
- LAURE, P. (1998). "Enquête sur les usagers de l'automédication: de la maladie à la performance", Thérapie, 53,2: 127-135.
- LIDA D., S., (2013). Echanges marchands et socialités primaires : la formation du prix dans les marchés de quartier d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Université Félix Houphouët Boigny-Abidjan. Laboratoire de Sociologie Economique et d'Anthropologie des Appartenances Symboliques(LAASSE).
- POUILLOT R. et *al.* (2008). Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués. Bull Soc Pathol Exot; 101(2):113-8.
- QUENEAU P., M. FROUDARAKIS, M.SALVADOR, P. VILLANI et D. VITAL-DURAND, (2004). « Automédication concernant les antalgiques » : 389-398, in Queneau et G. Ostermann (dir.), Le médecin, le malade et la douleur. Paris, Masson.
- RASSOOL GH. (2004). Substandard and counterfeit medicines. J Adv Nurs; 46(3): 338-9
- RAYNAUD, D. (2008). « Les déterminants du recours à l'automédication », Revue Française des Affaires Sociales, 1 : 81-94.
- TRAORE, S.I. (1999). Automédication en Côte d'Ivoire. Thèse de Doctorat en pharmacie. Abidjan : Université d'Abidjan-Cocody.
- YORO B.M., (juin 2012). Itinéraires thérapeutiques d'un malade décédé du sida à

Abidjan (côte d'ivoire). European Scientific Journal. June edition, Vol.8, N0.13, pp. 81-92.

- YORO B.M., (octobre 2012). Maladies honteuses et recours aux soins chez les Bété (Côte d'Ivoire). European Journal of Scientific Research. October edition, Vol. 89, N0.2, pp.225-236.
- YORO, B.M. (2002). Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien: approche socio anthropologique du syncrétisme thérapeutique à Guiberoua, République de Côte-d'Ivoire. Thèse Doctorat unique. Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne (IEDES).
- YORO, B.M. (2004). Dynamique et enjeux des tradipraticiens contemporains en Côte d'Ivoire. In Kasa Bya Kasa. N°6, Abidjan: EDUCI, PP.197-209.
- YORO, B.M., EHUI, P.J., AMANI, A.F. (2015). Les logiques socioculturelles des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni N'dénian (Côte d'Ivoire). European Scientific Journal. November edition, Vol.11, N0.32, pp.134-147.

Des officines dans les bus de transport en commun au Cameroun : l'automédication entre biomédecine et médecine bio

Gishleine Oukouomi D.

Groupe de Recherche en sciences sociales sur les interventions en santé (GRESSIS)
Université d'Ottawa

La maladie est un *événement concret affectant un individu donné, entité taxinomique entrant dans une nomenclature, notion générale et abstraite contraire à la bonne santé*[1]. En tant que disfonctionnement ne correspond pas uniquement à un processus biologique qui affecte le corps. La maladie est un phénomène autant biologique que social car elle véhicule des normes, des croyances, des valeurs; chaque maladie a une histoire et s'insère dans un contexte social. C'est la combinaison de ces composantes, sociale et biologique qui détermine la compréhension qu'un individu a de sa maladie, et les itinéraires thérapeutiques qu'il va emprunter dans ce sens. Ainsi, les pratiques d'automédication s'insèrent dans un choix d'itinéraire thérapeutique dont le dessin mêle le biologique au social. Le présupposé ici est qu'au terme d'une dialectique objectivation – subjectivation, l'individu emprunte l'itinéraire qui fait sens pour lui, qui peut se matérialiser dans les pratiques d'automédication, et qui est le résultat d'une négociation entre plusieurs éléments contextuels, informationnels, etc...[2] La place du patient et son agentivité sont donc mises au centre de la notion d'emprunt d'un itinéraire thérapeutique, menant selon les cas à de l'automédication. Le cas de la vente des médications, potions et dispositifs médicaux dans les bus présente ceci de particulier qu'au départ un individu qui ne se sent pas malade se voit adhérer à un certains discours sur la maladie et la santé, se convainc son état de malade, et en ce sens emprunte l'itinéraire thérapeutique à lui proposé. L'intention menant à l'automédication ici est le résultat d'une première volonté extérieure à l'individu et pose les questions qui structurent ce texte concernant premièrement l'analyse des contours de la décision d'achat, et ensuite, le devenir des médications.

Sans épuiser l'analyse de l'automédication au Cameroun, le but est de montrer par une analyse discursive que la pratique de l'automédication est un phénomène à l'intersection d'événements contextuels, culturels et sociaux, qui traduisent des évolutions des représentations sociales liées au « docteur », a la maladie, au médicament et à la bonne santé.

1 Bonte Pierre - Izard Michel, 1991Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, paris, PUF
2 Lado Ludovic et Fosso Albert Legrand, 2010, Récits et maladie et typologie du pluralisme, in Lado (L) (Dir) Le pluralisme médical en Afrique, Paris/Yaoundé, Karthala/PUCAC, pp 395-418

Considérations méthodologiques

Il s'agit de présenter ici quelques éléments de contexte, et d'exposer la méthodologie qui conduit aux analyses qui seront développées par la suite.

Tous les Etats et Territoires se dotent d'un ensemble de textes et normes juridiques permettant de réglementer les activités qu'il accueille. Ainsi, les transactions autour du domaine de la santé en général, et de la vente-achat des médicaments est régie au Cameroun par la loi l'article 16 de la loi N°90/035 du 10 août 1990 dispose que "quiconque se sera livré sciemment à des opérations réservées aux pharmaciens sans réunir les conditions fixées par la loi s'expose à une amende de 500 000 à 2 000 000 de FCFA et à un emprisonnement de six jours à 6 mois ou à l'une de ces deux peines seulement. En prime, le tribunal devra ordonner la fermeture de l'établissement et la confiscation de tous objets, médicaments et substances ayant servi de support à cette activité irrégulière". Cette loi a été accompagnée d'actions, qui ont eu même donné naissance à plusieurs travaux en sciences sociales[3] et en sciences de la santé[4] sur ce qu'on a appelé le médicament de rue. Ce médicament représentant des actifs détournés et exploités en dehors du circuit normal du médicament, c'est-à-dire par une formation hospitalière ou une pharmacie. Le cas des médications issues de la biomédecine, de la médecine traditionnelle et de la médecine chinoise dans les bus au Cameroun est peu exploré.

La collecte de données s'est fait de deux manières : des entretiens informels à l'occasion, entre 2012 et 2014 de 12 voyages entre les villes de Yaoundé et de Bafoussam. Ces voyages ont été des occasions de collecte de données auprès des passagers qui acquéraient des médications, mais les vendeurs restaient hors d'atteinte. Notre échantillon est composé 5 hommes et de 15 femmes adultes. Nous avons choisi de ne retenir que les personnes qui déclaraient acheter souvent et avoir acquis soit au cours du voyage présent soit au cours du voyage passé, soit au cours de futurs voyages, tous les types de médications que nous avions recensées. Olivier de Sardan[5] souligne l'importance du dialogue patient-soignant dans la prévention, le diagnostic, la prise en charge des maladies. Ainsi, pour mieux comprendre la provenance de leurs argumentaires percutants, nous avons en Juin 2013 occupé un poste de vendeur auprès d'une des entreprises employant des pharmaciens de bus, poste rémunéré au rendement et intitulé « promoteur de santé et de vie ».

Dans le cas de la vente de médicaments dans les bus, peut-on encore parler d'automédication puisque le recours à cette pratique se fait sur le conseil d'une entité extérieure à l'individu, entité qui entend avoir une légitimé non bio médicale, mais liée à des savoirs ancestraux, des années de formations, des savoirs mystiques, les mandats des médecins chinois, la présence de professionnelles de santé dans ses clients, la médecine traditionnelle africaine. Plusieurs variations de statuts et des services proposés correspondants : le vendeur, médecin, chercheur, représentant, camerounais dans la débrouille, promoteur s'adresse à des individus qui sont des passagers, patients, clients,

3 Fassin Didier, 1987, *The Illicit sale of pharmaceuticals in Africa: Sellers and clients in the suburbs of Dakar*, Tropical geographical medicine, 39:166-170

4 Wogaing Jeannette, 2010, *De la quête à la consommation du médicament au Cameroun,* Revue Internationale sur le Médicament, vol.3, ISSN 1718-1534

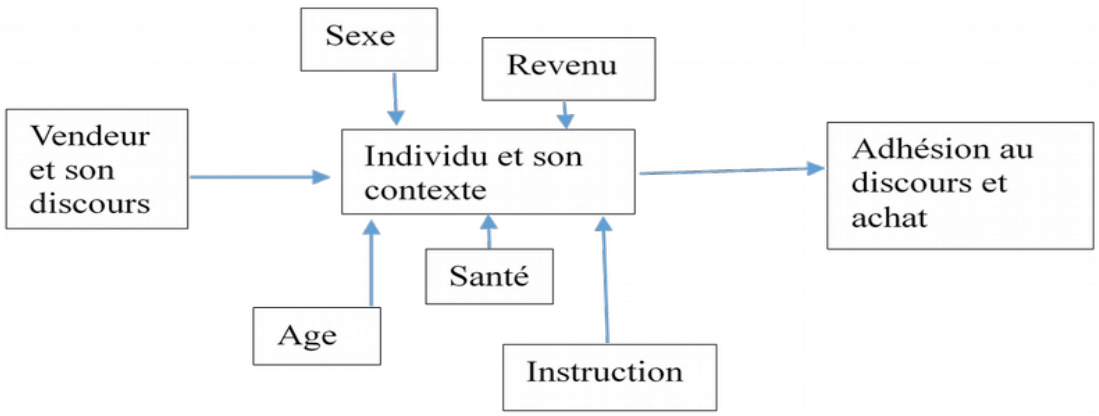
5 Jaffré Yannick., Olivier de Sardan Jean-Pierre., 1995, Tijiri, la naissance sociale d'une maladie. Cahiers des Sciences Humaines, 31 (4), pp. 773-795

prospectés et le service devient alors promotion, partage, tests, vente, offre d'emploi. Nous soutenons que cela reste de l'automédication car les individus qui entrent en possession des médicaments sont conscientes du statut du vendeur. Et c'est un choix que d'acquérir ces médications ou non.

Déterminants de la décision d'achat

Ils transparaissent dans les registres que mobilise le vendeur dans l'élaboration de son discours, allant de la peur de la maladie aux conditions économiques.

Figure1 : schéma conceptuel des déterminants de la décision d'achat.



Le discours du vendeur comme premier input : qui est le soignant

Alors que le bus est plein et prêt à partir, les passagers se pressent, les retardataires se battent presque pour avoir une place, on remarque un curieux personnage, debout. Le scénario est presque le même à chaque fois. Quelques minutes après le début du voyage, un des passagers se lève et commence à présenter divers produits, dans une envolée lyrique surprenante. L'éloquence y est, la capacité de persuasion aussi. Et il parvient presque toujours à faire croire aux voyageurs que ses produits peuvent guérir des dizaines de maux et même des maladies encore déclarées incurables par la science. Des produits cosmétiques, friandises et autres sont aussi proposés.

Cela se passe à peu près comme ceci : Vous voyagez entre Yaoundé et Bafoussam. A un moment du voyage, un individu prends parole en ces termes (ou des termes proches): Chers clients de l'agence Kmer, Bonjour. Je m'excuse, je vais vous déranger un peu. Tout d'abord, permettez-moi de rendre grâce à Dieu et de prier afin que le voyage se passe bien. Je suis Remi, chercheur indépendant en pharmacopée traditionnelle africaine. Si vous avez entendu parler d'un camerounais qui soigne le Sida, c'est moi. J'ai achevé des recherches

sur trente maladies qui déciment le continent africain. Je reviens d'un symposium aux États Unis d'Amérique où j'ai exposé les résultats de mes recherches. Je peux guérir en effet le cancer, l'hépatite quelle que soit sa nature, la chlamydia, le diabète, mais aussi d'autres maladies moins évidentes telles que le mal de nerf, le mal d'estomac, les reins sales, la faiblesse sexuelle, etc. Je viens vous dire qu'il ne faut plus sombrer dans le désespoir une fois que vous êtes déclaré séropositif. Venez me voir. Je suis là devant vous non pas pour vous vendre quelque chose mais pour partager avec vous des savoirs et des recettes naturelles que les blancs exploitent chez nous depuis des décennies. Il livre ainsi des recettes telles que l'utilisation de pépins de papaye contre les vers intestinaux etc…

Il donne ses numéros de téléphone et l'adresse de son laboratoire. Puis, il vous déplace de ses propres recherches pour parler des laboratoires pharmaceutiques chinois dont il est le représentant exclusif pour l'Afrique centrale. Il vous propose alors des médicaments aux noms les plus compliqués. Tous de véritables panacées qui soignent toutes les maladies du monde : Amakatatumi amakatatuma tum-tum, shingonzi, ginseng à mastiquer, ginseng à boire, ginseng à fumer etc. « Tous ces médicaments coûtent à partir de dix mille francs en pharmacie, mais comme ils sont en promotion dans ce bus, je vous les vends trois flacons à mille francs. Si vous en achetez pour trois mille francs, je vous offre une gamme de produits anti-âge ». Car il est bien connu que le contexte économique d'un individu influence l'itinéraire thérapeutique qu'il empruntera face à une maladie[6]. Ou tout simplement, l'homo économicus cherche à minimiser les couts.

Qu'est-ce que la maladie

La maladie ici est conçue selon ce que Laplantine[7] appellerait modèle exogène. Un accident: dû à un élément étranger, réel ou symbolique qui vient s'abattre sur le malade ; une volonté mauvaise : le destin, le sorcier, les génies ; un agent nocif: l'environnement physique, l'environnement chimique - biochimique : côté nature le microbe et côté culture : le mode de vie, la nourriture, l'éducation morale/répression la politique la culture. La victime est considérée en bonne santé au départ. Elle ne participe en rien à la genèse du processus pathologique. L'ennemi est totalement responsable. Il s'agit d'une rencontre conflictuelle.

Le vendeur explique aux passagers pourquoi il est absolument vital qu'ils acquièrent les produits qu'il propose. Partant des changements climatiques et de l'appauvrissement des sols qui se conjuguent au contexte de pauvreté, les agriculteurs cherchent des solutions pour arriver à des niveaux de production satisfaisants. Ainsi, ils vont utiliser des pesticides, herbicides, et engrais, ainsi que des semences qui sont en fait des organismes génétiquement modifiés. Ainsi, même si l'individu évite de consommer des aliments chimiquement transformés, ce qui lui apparait comme naturel ne l'est pas du tout. La présence de résidus de produits chimiques dans les légumes et autres aliments est alors présentée comme la principale cause de tous les maux dont souffrent ou pourraient souffrir l'individu. Le locuteur en cite certains : glaire dans les reins, mal aux reins, aux nerfs ou à l'estomac, reins ou trompes bouchées, mal des yeux, mal des oreilles, accident

6 Fassin Didier, Fassin Eric (1988), *Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal*, Social Science and Medicine, 27, 4, 353-357.

7 Laplantine François, 1992, *Anthropologie de la maladie, étude ethnologique de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine, Paris,* Payot. 1992

vasculaire cérébral.

La peur de la mauvaise santé est utilisée comme moteur pour l'achat. Bien-sûr, elle cette utilisation de la peur est soumise à la maitrise d'un certain savoir concernant la biomédecine sur la façon de poser et de présenter un diagnostic, et sur des manifestions, conséquences et ravages d'une maladie. Le but ici est de présenter le médicament comme ces légumes qu'on consomme en cherchant un mieux dans la santé, qui peut apporter un mieux, mais qui laisse dans les corps des résidus dis chimiques qui se propagent dans toutes les parties de l'organisme, des ongles des pieds aux cheveux, et occasionnent des disfonctionnements. Issus de savoirs ancestraux de la médecine traditionnelle africaine et de la médecine chinoise, garants de secrets de longévité, des potions à base d'écorces, feuilles, lianes, tiges, racines, qui sont les principes actifs des comprimés de la biomédecine et sont cultivés sans pesticides sont proposés afin de combattre toutes les maladies déclarées et non déclarées dont souffrent les individus qui sont tous, aux dire des vendeurs, des malades ambulants « nous sommes tous des malades ambulants, notre corps, nos organes, nos os sont rongé de l'intérieur ».

Interactions entre différents types de médecines

L'individu recherche le médicament qui est efficace[8], c'est-à-dire qui soigne. Qui est efficient c'est-à-dire, soigne tout en minimisant les couts (notons que la commodification du médicament combinée au contexte de pauvreté accentue la demande en efficience des médicaments) ensuite l'impact se matérialise dans la quête du médicament Bio, du médicament naturel, qui n'aurait pas d'effets secondaires pour la santé. A la bio médecine, le vendeur reconnait la capacité de guérir, mais pas avec efficience et pas en minimisant l'impact des médicaments sur la santé. Il positionne alors les médicaments et potions de la médecine traditionnelle et de la médecine chinoise comme étant le « meilleur » médicament.

Cependant, les passagers sont encouragés à solliciter la technologie de la biomédecine, notamment par les examens en laboratoire, pour s'assurer de la maladie à traiter, et vérifier par la suite l'efficacité du traitement. Sachant que par ailleurs, les vendeurs argumentent que nous sommes en Afrique et qu'en Afrique, l'hôpital ne connait pas toutes les maladies qui sont bien réelles et causent de décès. Cette dé-crédibilisation de l'hôpital passe aussi par le fait que les vendeurs déclarent avoir parmi leurs clients les plus fidèles des médecins de renom qui se tournent vers eux pour la gestion du diabète ou de l'hypertension dont ils souffrent, ou pour le traitement de la fièvre typhoïde.

Le devenir des traitements

Pour appréhender le devenir de la médication, il est nécessaire, de prendre en compte *la fluidité du sensible, le vécu émotif et corporel des individus, les vibrations du mouvant, les modifications en acte*[9], éléments avec lesquels le consommateur négocie. La présentation de la médication, le management du risque, qui vont donc conduire à

8 Les notions d'efficacité, efficience et impact sont mobilisées en général dans le cadre de la gestion des projets, pour l'analyse de ce qu'est un bon projet.

9 Rivière Claude, 2005, *Laplantine François, Le social et le sensible, introduction à une anthropologie modale*, Paris, Téraèdre, coll. "L'anthropologie au coin de la rue", 220p.

plusieurs cas de figure dans l'utilisation ou non de la médication.

Présentation de la médication

Analyser le devenir des médications conduit à les classer en deux groupes. Le médicament prêt à consommer, et le médicament à transformer. La transformation consiste souvent à porter les poudres à ébullition avec une quantité d'eau, mélange auquel on rajoute ensuite du jus de citron ou du miel, ou encore de la poudre d'argile blanche. A consommer dès le refroidissement ou à laisser fermenter quelques jours.

	Médicament prêt à consommer	Médicament à transformer
Présentation	Comprimés à avaler (MST) Comprimés à croquer (Calcium, Vers intestinaux) Huiles de massages et baumes (Douleur articulaire, migraines, cheveux) Pates (dentifrice) Poudre (dentifrices) Liquide (dentifrices) Crèmes et gels (soins du corps)	Poudres Ecorses Lianes Feuilles (MST, mal gastrique, reins, dents, migraines, douleurs articulaires, « nettoyage » du corps)
Gout	Sucré Pas de gout	Pas de gout Aigre Amère (Très)
Odeur	Agréable Inodore	Inodore Fétide
Couleur	Blanche, grise, verte	marron
texture	lisse	liquide, avec des résidus
Notice	Inscrite par le fabricant En français, anglais, espagnol et très souvent en mandarin	Produite par le vendeur (ou l'entreprise qu'il représente) En français

Suivi du traitement	Téléphonique par le vendeur (coup de fil du client)	Téléphonique par le vendeur (coup de fil du client)
Nombre d'indications	Pour un ou deux problèmes	Pour maladies de différents ordres
Contre-indications	Plus ou moins nombreuses, présentes sur la notice, (lorsque la langue est accessible)	Aucune (exceptions concernant parfois les femmes enceintes ou allaitantes)
Prix (FCFA)	100- 5000	500-2000

Tableau 1 : caractéristiques des médications proposées dans les bus de transport en commun au Cameroun.

Les médicaments prêts à consommer sont les plus susceptibles d'etre utilisés par la suite, en raison d'un rapprochement qui est fait entre eux et les médicaments de la biomédecine. Les profils d'utilisation de ces médicaments seront abordés plus loin. Le management du risque est le second élément qui détermine les utilisations des médications.

Management du risque et profils d'utilisation

Les risques évoqués sont ceux que soulignent les acquéreurs, ainsi que certains vendeurs. Ils posent 3 problèmes :

D'abord sur sa nature : il s'agit soit de produits de contrefaçon, de produits sous ou sur dosés, de produits dont la composition ne répond pas aux normes scientifiques ou de produits mal conservés.

Le second problème qu'il pose est celui de la qualification des personnes qui le manipulent. En effet, ces personnes n'ont aucune qualification pour en assurer la délivrance et les conseils relatifs aux conditions d'utilisation et autres précautions d'emploi.

Enfin, la question du coût d'opportunité. En acquérant ces médications, l'individu se sépare de moyens financiers qui auraient pu permettre d'avoir d'autres médications dans un contexte plus officiel. Ensuite, le caractère de médicament miracle mit en avant dans la vente peut conforter les individus sur la pertinence de ce choix d'itinéraire thérapeutique et les détourner d'autres solutions comme celle de la biomédecine même s'ils en ont besoin.

Le degré d'assimilation des conseils du vendeur, la présentation du médicament, le contexte du domicile qui fait intervenir un management différent du risque, et l'avis de l'entourage conduisent à dessiner différents profils d'utilisation des médications. Même si le résultat final est assez binaire, soit elles sont utilisées, soit elles ne le sont pas. La décision est le résultat d'une négociation et d'ajustements que fait l'individu entre ce qu'il sait déjà du produit grâce ou bouche à bouche, l'aspect, le procédé de préparation, l'odeur, le goût, l'état général de l'individu.

Médications prêts à être consommés	Pas du tout utilisées et pas conservée	Pas utilisées et mais conservées	pas utilisées et données	Entamée mais pas terminée	Entamée et terminée
Comprimés à avaler (MST)	3	5	2	4	6
Comprimés à croquer (Calcium, Vers intestinaux)	0	3	5	10	2
Huiles de massages et baumes (Douleur articulaire, migraines, cheveux)	0	0	7	11	2
Pates (dentifrice) Poudre (dentifrices) Liquide (dentifrices)	0	0	3	15	2
Crèmes et gels (soins du corps)	0	4	2	9	5

Tableau 2 : récapitulatif d'utilisation des médications prêtes à etre utilisées par un échantillon de 20.

Médications à transformer	Pas utilisées et pas conservées	Pas utilisées et conservées	Pas utilisées mais données	Transformées mais pas utilisées	Transformées, utilisées mais pas terminées	Transformées, utilisées et terminées
Poudres Ecorses Lianes Feuilles	0	3	0	2	13	2

Tableau 3 : récapitulatif d'utilisation des médications à transformer par un échantillon de 20.

On remarque que moins il y a de transformation à faire par l'utilisateur, plus la médication a des chances d'etre au minimum en entamée. Ces tableaux révèlent en outre que l'automédication concerne en ensemble de problèmes de santé, dont les plus courants

sont liés aux maladies sexuellement transmissibles, ce qui montre un besoin d'information et /ou de recours en la matière.

En conclusion, cette étude part de la description d'une situation qui au début, met en scène des soignants qui ne sont pas médecins (vendeurs de médicaments), des soignés qui ne sont pas dans la démarche de quête de thérapie, autour d'aliments-médicaments miracle (médecine chinoise et médecine africaine). Le disease et l'Illness se retrouvent alors subordonnés au Sickness, car les savoirs issus de cette dernière catégorisation vont etre mobilisés pour inspirer à l'individu la prise de conscience sur son état de malade. L'individu qui n'a pas fait la démarche de la recherche d'une thérapie, choisi une maladie dans la panoplie qui lui est présentée et acquiert le médicament qui y correspond. On constate que les vendeurs de médications dans les bus ont pignon sur rue et gagnent en légitimité auprès des consommateurs car ils mobilisent un discours parlant les problématiques qui intéressent ces derniers. Dans ces discours se trouvent justement les éléments d'explication de la décision d'achat, tels que le contexte de pauvreté, la demande en meilleurs médicaments et en meilleure santé. Avec des éléments de la médecine chinoise, de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne pour apporter de la légitimité à leur discours. Hors du contexte du bus de transport en commun, l'individu va faire un arbitrage entre les caractéristiques et présentation des médications, les informations qu'il détient et ses objectifs dans l'utilisation des potions. Ce qui amène une réflexion sur les logiques d'acquisition de ces médications dans le temps long, et concernant les individus qui les acquirent sans en faire usage. De même que sur la question de l'automédication dans la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles.

Références

- Bonte Pierre - Izard Michel, 1991, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, paris, PUF.
- Jaffré Yannick., Olivier de Sardan Jean-Pierre., 1995, tijiri, la naissance sociale d'une maladie. Cahiers des Sciences Humaines, 31 (4), pp. 773-795.
- Fassin Didier, 1987, The Illicit sale of pharmaceuticals in Africa: Sellers and clients in the suburbs of Dakar, Tropical geographical medicine, 39:166-170
- Fassin Didier, Fassin Eric (1988), Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal, Social Science and Medicine, 27, 4, 353-357.
- Lado Ludovic et Fosso Albert Legrand, 2010, « Récits et maladie et typologie du pluralisme », in Lado (L) (Dir) *Le pluralisme médical en Afrique*, Paris/Yaoundé, Karthala/PUCAC, pp 395-418.
- Laplantine François, 1992, Anthropologie de la maladie, étude ethnologique de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine, Paris, Payot.
- Rivière Claude, 2005, Laplantine François, Le social et le sensible, introduction à une anthropologie modale, Paris, Téraèdre, coll. "L'anthropologie au coin de la rue".
- Wogaing Jeannette, 2010, De la quête à la consommation du médicament au Cameroun, Revue Internationale sur le Médicament, vol.3, ISSN 1718-1534

Bricolage des soins et disparité sociale dans la région de l'Imerina (Madagascar).Un état des lieux des possibilités d'automédication

Delphine Burguet

La problématique soulevée dans cette communication est celle des disparités sociales en fonction des ressources économiques et du type d'espace résidentiel. Je vais mettre en lumière deux territoires afin de montrer que l'automédication se pratiquent différemment en fonction de l'environnement social et géographique :

tout d'abord une région rizicole située à une centaine de kilomètres de Tananarive, un ancien district au moment du royaume merina, appelé le Vonizongo. Il se situe au Nord-ouest de cette région centrale.

Puis Tananarive, la capitale du pays, située sur les Hautes Terres centrales de l'île, en Imerina.

La zone rurale : le Vonizongo

Madagascar est un des pays les plus ruraux au monde - où le taux d'urbanisation est inférieur à 25%. Ceci étant, Tananarive est fortement urbanisée et paraît décalée du reste du pays, la mettant alors en opposition à la marque d'authenticité malgache qu'est la ruralité (Fournet-Guérin, 2006b).

Pour situer le Vonizongo, il faut préciser que selon les traditions historiques, l'Imerina était constitué de nombreuses principautés jusqu'au règne d'Andrianampoinimerina (1787-1810) qui entreprit l'unification de la région et l'extension de son royaume, initialement celui d'Ambohimanga (à une quinzaine de kilomètres au nord de Tananarive). Dans cette réorganisation territoriale et sociale, le Vonizongo constituait le cinquième des six districts (ou *toko*). Il était une pièce rapportée dans la politique d'extension du royaume, qui apparaît comme un passage entre l'Imerina et le Sakalava (côte ouest). Ces conditions historiques ont une influence sur la façon d'intervenir dans le champ du religieux et de la santé, compte tenu d'une certaine appropriation culturelle sakalava plutôt que merina. Aujourd'hui, la région est connue pour l'usage de ses charmes d'agression, ses foyers de fort paludisme et ses vastes étendues déboisées.

Les enquêtes de terrain m'ont amenée à observer des pratiques de soins donnés par plusieurs catégories de soignants, dont les devins-guérisseurs et les pasteurs qui utilisent l'imposition des mains. Ils jouent un rôle social de premier ordre. J'ai également suivi les pratiques d'automédication des habitants de cette région qui rencontrent de grande difficulté à se soigner, les offres de soins étant grandement limitées compte tenu de

l'environnement géographique et économique difficile.

Les habitants des campagnes utilisent principalement des remèdes à base de simples dont les recettes sont issues du savoir populaire. Il s'agit là d'un premier niveau d'automédication, ce niveau de conduite reste le plus important en campagne. Ainsi, les recettes sont transmises à l'échelle familiale et communautaire de génération en génération.

Ils consultent également le devin-guérisseur ou tradithérapeute lorsque les soins nécessitent une cure spécifique. Il n'est donc plus question ici d'automédication mais d'une prise en charge des soins par un soignant et de la délivrance de remèdes en fonction d'une posologie et souvent d'interdits. En l'absence de certaines espèces végétales sur le marché, les devins-guérisseurs font eux-mêmes les cueillettes dans les environs. Les observations montrent que ces plantes sont récoltées de façon aléatoire sans conditions rituelles et d'autres de façon rituelle avec l'observance notamment d'interdits.

Bien entendu, les médicaments banalisés comme le paracétamol font partie de ces remèdes utilisés dans un contexte d'automédication. Ils sont très souvent disponibles à l'unité, vendus dans les petites épiceries de village ou sur le marché hebdomadaire. Ils sont également disponibles au dispensaire.

Il faut préciser que l'automédication est une pratique indispensable, elle a comme premier objectif d'apporter les premiers soins mais très souvent elle est faite pour tenter d'enrayer une maladie même supposée grave. Ceci s'explique par le fait que les dispositifs sanitaires sont en réalité peu fonctionnels, éloignés mais aussi peu accessibles d'un point de vue financier. Ces contraintes très fortes qui ne sont pas nouvelles obligent les habitants à constituer un savoir médical à partir de ressources disponibles de suite telles que l'environnement naturel et les remèdes pharmaceutiques banalisés.

La zone urbaine : Antananarivo

Les Tananariviens, en revanche, bricolent d'avantage et s'appuient sur des offres de médication bien plus nombreuses. La ville propose plusieurs manières de se soigner par soi-même, notamment par l'accessibilité d'un réseau commercial concernant les plantes médicinales sous leur forme brute ou sous leur forme améliorée. On peut citer les vendeurs ambulants, les herboristes des marchés, les petites entreprises familiales informelles qui vendent des remèdes sous forme de tisanes et enfin les laboratoires pharmaceutiques qui ont développé des gammes complètes de remèdes à base de plantes (remèdes néo-traditionnels).

Le contexte urbain comprend une spécificité qu'il faut ici préciser. La configuration de la ville et de ses réseaux m'a amenée à enquêter auprès des vendeurs de plantes médicinales ambulants, des vendeurs des marchés et des magasins herboristes, des métiers directement liés aux pratiques d'automédication. Ces réseaux ne se retrouvent pas en contexte rural. La ville offre une multitude de possibilités concernant les plantes médicinales qui renvoie à la hiérarchisation de la société et aux contraintes de la vie citadine.

Un réseau économique beaucoup plus récent et fortement relié aux dynamiques urbaines, est caractérisé par les acteurs du commerce pharmaceutique des plantes

médicinales. À un niveau intermédiaire entre pharmaciens et herboristes, il existe des pharmaciens de plantes médicinales transformées et des « médecins phyto-aromathérapeutes ». Ces derniers se distinguent des vendeurs herboristes des marchés en ce qu'ils sont proches de l'industrie contrairement aux seconds, proches de l'artisanat. Les Malgaches de classe moyenne, la bourgeoisie et la communauté étrangère des villes se fournissent facilement dans les boutiques de produits pharmaceutiques à base de plantes. Les remèdes reviennent plus chers que les plantes à l'état naturel mais paraissent, pour ces catégories sociales, beaucoup plus attrayants.

Présentés sous forme de lotion, de crème, de baume, de sirop, de spray, d'huile ou bien de sachets à infuser, ils connaissent un vif succès. Pour cette clientèle, il est plus rapide d'utiliser un produit fini emballé qu'une plante parce qu'il faut la laver, la piler, la gratter ou encore la presser. Ces consommateurs qui considèrent les plantes comme efficaces malgré leur forme industrialisée choisissent de se soigner avec l'aide de la pharmacopée malgache tout en prenant en compte un gain de temps. Ce circuit qui valorise les bienfaits des plantes sous une forme du « prêt à l'emploi », concurrence les herboristes qui proposent les mêmes produits à l'état naturel. Ce nouveau circuit commercial participe de cet engouement pour les plantes et les produits dérivés, et à la dynamique de nouveaux enjeux propres aux espaces urbains.

Il existe également des marchands de produits pharmaceutiques prêts à l'emploi sous une forme plus artisanale et beaucoup moins markété ; il s'agit de petites entreprises familiales qui transforment les produits naturels sous forme de crèmes, de poudre, de lotions, de baume, selon des techniques de transformation et d'emballage « fait maison ». Dans les quartiers à forte densité démographique et populaires, on peut voir ces marchands installés sur le bord de route où les produits sont présentés à l'étal dans le coffre de la voiture ouvert, à l'image d'une petite échoppe mobile. Ce réseau commercial semble répondre à la demande de certaines catégories socialement défavorisées qui rencontrent des difficultés d'accès aux produits pharmaceutiques pour leur coût financier.

Le développement du commerce des produits à base de plantes, spécifique au milieu urbain – amène à se questionner sur les représentations de l'efficacité des plantes selon les contraintes liées à l'environnement citadin et l'accès aux soins. Qu'elle se présente sous sa forme naturelle ou améliorée, la plante médicinale est exploitée par différents circuits qui la considèrent comme un moyen de prévenir et de traiter certaines maladies, pratiques de santé qui évitent la prise de médicaments et certaines dépenses liées aux soins de biomédecine. Mais ces produits ont une valeur économique en plein essor et la part de marché des remèdes à base de plante est en constante augmentation.

Ce type d'automédication permet un raccourci dans la chaine des soins. Délivré sans ordonnance, le médicament permet de se traiter rapidement dans la sphère privée, et, de fait, limiter les relations directes et une dépendance avec le soignant (Van Der Geest et Whyte, 1988). Comme le souligne Sussman (1988), ce prêt à l'emploi confère aux médicaments une valeur supplémentaire en lien avec la recherche d'un usage thérapeutique discret, individuel et rapide. Cette forme d'automédication amène un sentiment de relative autonomie et de liberté d'action vis-à-vis du soignant et de son entourage. Choisir l'automédication, c'est choisir d'échapper à un certain contrôle social car lorsque l'on doit utiliser des plantes à l'état naturel, cela suppose une certaine

organisation pratique qui ne peut pas forcément se faire dans la discrétion et de façon rapide. En contexte urbain, il est de plus en plus difficile de consacrer du temps à ce type d'activité. Bien entendu, la discrétion est d'autant plus recherchée en fonction du type de maladie que l'on traite.

Outre ce prêt à l'emploi, ces remèdes à base de plantes insérés dans le circuit officiel comporte plusieurs représentations positives qui permet à l'industrie pharmaceutique un développement commercial important. Tout d'abord, ces remèdes valorisent des savoirs thérapeutiques issus de la médecine dite traditionnelle. Il y a ici l'idée d'une transmission d'un savoir ancestral qui a su s'adapter aux besoins de santé et aux enjeux politiques[1]. Il y a une connexion entre le savoir des plantes des devins-guérisseurs, la recherche scientifique des plantes tirées des recettes et la production pharmaceutique de médicaments à base de ces plantes.

L'autre représentation positive qui influence cette forme de médication est la valeur scientifique apportée aux plantes, dépourvues de toute connotation magico-religieuse pour une clientèle-patientèle qui n'adhère pas au système de croyance ancestrale. Ainsi, les patients reconnaissent l'efficacité des plantes parce qu'elle est cautionnée par le savoir pharmaceutique. La caution scientifique est d'une grande importance quand elle est associée à l'efficacité. Le fait même que des principes actifs aient été testé et reconnus par des scientifiques donne toute sa légitimité au remède. Non seulement le médicament est issu d'un savoir local et ancestral mais il est approuvé par les scientifiques. Par-là, il s'agit aussi de reconnaître et de réhabiliter une partie du savoir local et populaire.

Il y a aussi l'idée de modernité qui influence l'achat de ces produits qui sont confectionnés en fonction d'un projet marketing. Ces remèdes locaux donnent l'impression d'une supériorité par rapport au simple sachet de plantes. Ils sont proches des médicaments vendus en pharmacie dans leur représentation. Là se joue un choix guidé par l'apparence et l'emballage car la forme immédiate et visuelle d'un produit a le potentiel d'établir des perceptions positives ou négatives. Cette modernité qui passe par un traitement scientifique et technologique des végétaux amène une valeur ajoutée au médicament et qui peut donc traduire une supériorité sociale. L'automédication par les remèdes néo-traditionnels s'oppose à celle

L'automédication est également spécifique en milieu urbain lorsqu'il s'agit des remèdes allopathiques qui se vendent en pharmacie. Les pharmaciens témoignent d'une automédication importante de leur client qui se traduit par l'achat d'antibiotique sans ordonnance. Les clients viennent acheter des remèdes en pharmacie qu'ils connaissent bien, sans avis préalables d'un professionnel de santé. En général, ils connaissent la posologie, le pharmacien n'a qu'un rôle de vendeur et non de conseiller. Aussi, ils connaissent la détermination commune internationale des médicaments, la DCI, c'est en général avec cette dénomination établie par l'OMS que les clients désignent les médicaments qu'ils veulent acheter, un langage qui traduit une connaissance assez pointue

1 Les laboratoires dont celui d'Homéopharma, possèdent des fonds de recette recueillies principalement pendant la colonisation par des médecins indigènes en affectation. Déborah Corrège précise dans sa thèse que le directeur général adjoint du laboratoire Homéopharma aurait hérité des recettes recueillies par ses aïeuls durant des affectations professionnelles sous la colonisation. C'est aussi le cas de L'Institut malgache de recherches appliquées (IMRA). Son fondateur, Albert Rakoto Ratsimamanga, a également recueilli des savoirs traditionnels liés aux plantes auprès des guérisseurs (tangalamena) du pays betsimisaraka, sur la côte Est de Madagascar, où il était affecté à la fin des années 1920.

des médicaments pharmaceutiques. Par exemple, il est plutôt utilisé le terme paracétamol que Efferalgan ou Dafalgan. Un autre indicateur est intéressant, il montre que les clients des pharmacies ont un langage familier et habituel concernant les remèdes, il s'agit en fait de l'utilisation d'abréviations pour désigner un médicament, notamment les antibiotiques. Par exemple, pour parler du médicament Clamoxyle (antibiotique contre les infections respiratoire, bronchites, etc.), les clients vont dire « amox » 1 gramme, une abréviation à la fois de la marque du médicament et de la DCI amoxiciline. En général, ils précisent la dose, un gramme. Ces précisions en terme de langage et de posologie montrent que les patients et leur entourage ont pris connaissance des remèdes pharmaceutiques disponibles sur le marché. Les pharmaciens qui délivrent ce type de médicament sans ordonnance et à l'unité, témoignent ainsi de l'importance de l'automédication chez les Tananariviens.

La connaissance des remèdes pharmaceutiques provient principalement d'une transmission familiale et intergénérationnelle, même si à Tananarive, les sites de santé sont consultés ainsi que les forums.

Une autre forme d'automédication est relevée à Tananarive, qui pose question sur la prise de risques pour les usagers. Il s'agit de l'usage détourné des médicaments, ceux utilisés non pas pour leurs bienfaits mais pour leurs effets secondaires. Il s'agit notamment pour les jeunes filles et les femmes d'utiliser la quinine comme spermicide, le cachet est placé au fond du vagin, ou encore comme un produit abortif. En surdosage, certains antibiotiques et le paracétamol sont également utilisés comme abortifs.

Que ce soit en zone rurale ou en zone urbaine, l'automédication est de façon traditionnelle pratiquée par l'usage des aliments qui sont considérés comme des remèdes. Les aliments qui soignent permettent une pratique d'automédication très ancienne, qui reprend le fond du savoir ancestral local. On peut parler d'aliments fonctionnels ou d'alicaments (functional foods), cette notion très moderne qui consiste à manger des aliments en vue de soins préventifs ou curatifs, parfois sous forme élaborée. En zone rurale, les aliments gardent leur forme première et leur transformation se fait de façon domestique mais à Tananarive, certains produits sont plus élaborés et issus de l'industrie alimentaire et pharmaceutique. Par exemple, il est courant que les gens utilisent le anamamy, brède douce, avec du bouillon et du riz pour éviter les baisses de tension. Il y aussi l'anamadinika que l'on cuisine avec de la viande, une autre variété de brède, consommées pour soigner les troubles urinaires. Dans un contexte particulier, l'usage correspond à une pratique d'automédication curative ou préventive.

Automédication et femme enceinte : logiques et pratiques de prise en charge du « palu » au cours de la grossesse en milieu semi-urbain au Bénin

Roch A. Houngnihin

Université d'Abomey-Calavi

Introduction

Le paludisme tue chaque année près de 2,7 millions de personnes dans le monde. Plus de 80% des cas sont enregistrés en Afrique subsaharienne, où ils concernent majoritairement les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (World health organization, 2013). En 2012 au Bénin, 51.628 femmes ont souffert du paludisme au cours de la grossesse (Ministère de la santé, 2013). Cette situation a amené le gouvernement béninois à prendre des mesures incluant le Traitement préventif intermittent (TPI), une stratégie consistant en l'administration, à des périodes prédéfinies, de deux doses de médicaments (TPI1 et TPI2), dans le but de prévenir le paludisme. Comme dans toutes les régions endémiques où la résistance au *Plasmodium falciparum* est faible, le médicament recommandé est la sulfadoxine-pyriméthamine (SP), un remède reconnu efficace en matière de prévention du paludisme (Hill et Kazembe, 2006). Dans cette perspective, le plan stratégique national de lutte contre le paludisme fixe pour objectif que 100% des femmes enceintes seront sous TPI contre le paludisme, d'ici à 2015 (Programme national de lutte contre le paludisme, 2011).

Malgré le fait que le recours des femmes enceintes aux services de la consultation prénatale soit élevé (entre 83 et 86 %), moins de la moitié des femmes enceintes (46 %) aurait reçu les deux doses de SP (Programme national de lutte contre le paludisme, 2011). L'Enquête démographique et de santé réalisée au Bénin en 2012, révèle, quant à elle, un taux de couverture de 22,7 %, soit un chiffre deux fois plus faible que celui publié en 2011 (Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2013).

Pour comprendre les facteurs associés à cette faible couverture en TPI, il importe d'analyser la logique des différents acteurs impliqués, tant du côté des soignants que des destinataires de soins. Les sciences sociales ont mis en exergue les barrières sociales, culturelles, économiques et comportementales qui pourraient entrainer l'échec d'un traitement ou d'une intervention préventive (Jaffré, 2003 ; Mwenesi, 2005). Cependant, peu de travaux ont été consacrés aux facteurs qui affectent l'adhésion aux traitements contre le paludisme chez les femmes enceintes (Chippaux, Le Hesran, Cot et Massougbodji, 2003 ; Ribera et *al.*, 2013).

Le présent travail est donc une contribution à l'analyse des pratiques de suivi de la grossesse, et à la compréhension de l'influence des facteurs qui fondent la délivrance, la

prescription et la prise du médicament antipaludique chez les femmes enceintes dans le contexte semi-urbain de Sèmè-Podji. Il s'inspire des travaux réalisés en anthropologie du médicament (*pharmaceutical anthropology)* qui stipulent qu'au-delà du fait qu'il est un objet biomédical issu de l'industrie pharmaceutique, le médicament est un objet social et culturel chargé de sens, support de représentations culturelles, de discours et des pratiques sociales de la part de tous les acteurs impliqués (Van Der Geest et Whyte, 1988). De nombreux auteurs sont revenus sur cette dimension sociale et culturelle des objets pharmaceutiques, en particulier en construisant des cadres d'analyse autour des notions de « biographie » ou de « vie sociale » des médicaments (Nichter et Vuckovic, 1994 ; Akrich, 1995; Whyte, Van Der Geest et Hardon, 2002; Desclaux et Egrot, 2015). Desclaux et Lévy (2003) soulignent l'importance du médicament dans les réalités quotidiennes, en particulier le fait que celui-ci traverse de nombreux espaces sociaux dans lesquels chaque acteur modifie son sens et la manière de l'interpréter.

Ces modèles d'analyse font de la SP, l'élément central du faible taux de couverture en TPI qui peut s'expliquer, à la fois comme une conséquence d'un faible niveau d'offres ou de prescription de ce médicament par les soignants, et comme un problème d'observance de la part des femmes enceintes.

Méthodologie

L'analyse présentée ici se base sur une étude réalisée dans la commune de Sèmè-Podji. Cette localité du Sud-ouest du Bénin couvre une superficie de 250 km², avec une population estimée en 2013, à 114.063 habitants (Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2013).

L'approche méthodologique est de type qualitatif. La population d'enquête se compose de deux catégories d'acteurs : les accouchées récentes (femmes ayant accouché, il y a moins de quatre semaines et dont le nouveau-né est vivant ou non) et les informateurs clés regroupant les dispensateurs de soins (médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants et tradipraticiens) et les leaders religieux et traditionnels. Ces acteurs ont été identifiés à partir de la technique du « choix raisonné ». Il a été procédé au choix exhaustif des médecins et des responsables des maternités concernées. Enfin, les femmes dites des « perdues de vue » (femmes ayant eu recours au TPI1 et n'ayant pas eu recours au TPI2) ont été contactées à partir d'une méthodologie dite de « déviance négative ».

Tableau : Distribution statistique de la population d'enquête

Catégories d'acteurs	**Sous-catégories**	**Effectifs**
Accouchées récentes		15
Informateurs clés	Médecins	1
	Sages-femmes	5
	Infirmiers et aides-soignants	2
	Tradipraticiens	2
	Leaders communautaires, religieux et traditionnels	2
« Perdues de vue »	Femmes ayant eu recours au TPI1 mais pas au TPI2	7
Total		**34**

Les données ont été recueillies de septembre à décembre 2015, au moyen d'entrevues individuelles approfondies et d'observations réalisées sur l'organisation des services de santé (disponibilité de la SP, présence du personnel qualifié à la maternité, régularité des consultations prénatales, présence des affiches d'informations, …). Elles ont été traitées selon la méthode d'analyse de contenus qui est une méthode visant à découvrir la signification du message présent dans le discours des participants (Nadeau, 1988).

Des pratiques et vécus de la grossesse en marge des recommandations sanitaires

Le vécu de la grossesse se caractérise par un écart entre normes et pratiques en matière de consultation prénatale et de prévention du paludisme. En effet, de façon générale, la première consultation prénatale intervient après plusieurs mois de grossesse, majoritairement à la fin du premier trimestre. Les troubles de la grossesse et l'apparition des premiers mouvements du fœtus sont cités comme étant les facteurs déclencheurs de cette première consultation.

> *«Tu dois attendre que la grossesse se développe bien d'abord. Tu dois être sure que tu es enceinte. Tu dois sentir des malaises d'abord avant d'aller à l'hôpital » (Femme enceinte, 42 ans).*

Par ailleurs, les femmes ont consulté en moyenne six fois le centre de santé au cours de la grossesse. La fréquence va d'une à dix consultations, avec une moyenne de cinq consultations entre le troisième et le huitième mois. Cette fréquence dépasse largement la norme de quatre consultations prénatales au cours d'une grossesse, fixées par l'Oms et le Ministère de la santé.

Plusieurs catégories de médicaments sont proposées aux femmes enceintes dans les centres de santé. Deux « médicaments du blanc » (SP et fer/foldine) sont principalement prescrits contre le « palu » et l'anémie. Des vermifuges (Vermox®) et des antipyrétiques (Paracétamol®) sont également fournis aux femmes enceintes.

Photo n°1 : Plaquettes de comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine

Dans la plupart des cas, on est en présence d'un syncrétisme thérapeutique. La prise de « médicaments de brousse » (*gbemasin*) est une pratique bien courante.

> *«Ce n'est pas seulement les médicaments du blanc que nous utilisons. Moi, je les complète avec les médicaments de la brousse » (Femme enceinte, 29 ans).*

« Moi, j'associe les tisanes, surtout lorsque je suis enceinte, parce que le palu enlève la force de la femme ; et ces tisanes vont me faire uriner et éliminer la maladie » (Accouchée récente, 35 ans).

Les « médicaments de brousse » se composent de décoctions ou d'infusions à base de plantes médicinales que les femmes enceintes combinent aux médicaments issus de l'industrie pharmaceutique. A ces produits médicinaux, sont attribuées plusieurs vertus dont la prévention et le traitement du « palu » et l'activation de la sécrétion urinaire (diurétique).

Une influence prépondérante des facteurs institutionnels dans la couverture en TPI

En référence à la politique nationale de lutte contre le paludisme, le TPI s'administre en deux prises supervisées par une sage-femme ou un autre agent de santé en consultation prénatale. Le traitement s'appuie donc sur une stratégie dénommée DOTS (Directly observed treatment, short-course) qui consiste à faire observer aux femmes enceintes une prise médicamenteuse sous surveillance du professionnel de santé.

Photo n°2 : Femme enceinte prenant les trois comprimés de SP dans un centre de santé de la commune de Sèmè-Podji

Parmi les femmes qui ont eu accès au TPI dans la commune de Sèmè-Podji, seulement 41 % ont bénéficié des deux doses de SP, soit un taux de déperdition de 59 %. La disponibilité de la SP au niveau des centres de santé a été examinée comme un facteur affectant l'administration du TPI. Ainsi, le médicament n'était disponible que dans un seul centre sur huit à Sèmè-Podji au moment de l'enquête. La durée de la rupture de stocks varie entre une et vingt semaines. Elle est due soit à une mauvaise gestion au niveau local (fiches de stocks non tenues à jour pour le suivi quotidien des mouvements), soit à une rupture de la SP à l'échelon supérieur (zone sanitaire de Porto-Novo). Dans ce cas, quelques femmes enceintes s'approvisionnent dans les pharmacies, les centres de santé privés et auprès des « bonnes dames ». Les autres (la plus grande majorité) n'ont pas accès au TPI.

Par ailleurs, la communication autour du TPI lors des consultations prénatales a été analysée comme un facteur d'adhésion des femmes enceintes. Ainsi, la plupart des enquêtées ont déclaré n'avoir pas reçu des explications sur l'utilité et les effets secondaires

de la SP. Les observations in situ ont également permis de noter la rareté des séances d'information au profit des femmes enceintes. Selon les soignants, la gestion du fil d'attente (le manque de temps) justifierait cette situation.

> *« Non, la tanti m'a dit de prendre les trois comprimés. Elle m'a donné de l'eau et j'ai bu. Elle ne m'a pas expliqué,… Moi, je sais que c'est bon pour moi, c'est pourquoi elle m'a donné ça ; si ce n'est pas bon pour moi, elle ne va pas me donner ça (…) » (Accouchée récente, 23 ans).*

> *« Pour moi, une sage-femme ne peut pas donner un médicament qui tue à une femme enceinte ; donc je sais que ce n'est pas un médicament mortel » (Mère d'enfants, 40 ans).*

> *« Quand la tata m'a donné le médicament, j'ai demandé ce que ça fait et elle m'a dit que c'est pour lutter contre le palu, de prendre tout devant elle ; et elle m'a même donné de l'eau ». (Accouchée récente, 32 ans).*

Les femmes s'en remettent donc à la « bonne foi » de l'agent de santé et aux indications parcellaires qui leur sont fournies. Ainsi, le manque d'information ou la faible qualité de cette information est un facteur explicatif de la déperdition liée au TPI2 ; puisque, dans la plupart des cas, les femmes ne sont pas informées de la nécessité de bénéficier d'une 2ème dose de SP. Même les femmes porteuses du Vih ont bénéficié de trois doses de SP, conformément aux orientations nationales, sans en connaître les raisons.

> *« C'est trois fois que moi, j'ai reçu ce médicament (…). La sage-femme ne m'a rien dit sur le nombre de fois qu'on doit prendre ça ; elle m'a toujours donné ça quand je viens à la consultation » (Mère d'enfants, 43 ans).*

La qualité de l'information détenue par les femmes est donc un facteur explicatif du faible niveau d'observance et un frein à la bonne compréhension de la stratégie liée au TPI. Ce facteur a été souligné par Nganda et *al.* (2004). Selon ces auteurs, l'adhésion au TPI serait fortement liée au fait que la femme ait reçu de « l'éducation pour la santé ».

Les effets secondaires imputables à la SP, supports de polémiques

A partir des registres des maternités, des femmes dont la grossesse est arrivée à terme et ayant eu recours au TPI1, mais pas au TPI2 ont été identifiées. Les raisons qui justifient ces « perdues de vue » se rapportent notamment aux malaises et effets secondaires ressentis qui représentent le principal motif de la rupture de la continuité du TPI. Les principaux signes évoqués par les femmes enquêtées sont : la migraine et le vertige, auxquels s'ajoute la mauvaise odeur du médicament qui oblige maintes femmes à vomir. Entre l'hypothétique protection conférée par la SP et les malaises, les femmes préfèrent s'abstenir d'aller au centre de santé pour recevoir la deuxième dose du TPI.

Pour prévenir les effets secondaires, plusieurs stratégies sont développées, portant parfois sur la prise d'un repas avant l'admission au centre de santé.

> *« Pour ne pas vomir après la prise du médicament, ma copine m'a conseillée de manger d'abord à la maison avant de venir au centre de santé. C'est ce que j'ai fait la dernière fois, et je m'en suis sortie correctement » (Accouchée récente, 25 ans).*

Les discours des femmes traduisent l'effectivité d'effets adverses imputables à la SP. La science médicale a bien documenté, elle aussi, l'existence de tels effets. Mais, elle pense

qu'on ne saurait imputer tous les cas enregistrés au médicament. Dans bien de situations, la malnutrition ne fait pas bon ménage avec la SP (Chandra, 1993). En effet, le traitement de personnes malnutries peut opportunément et/ou confusément aggraver leur état de santé. Mais, en raison d'une faible communication sur cette question, les populations semblent avoir peu d'informations sur les différentes formes de réactions anormales.

Ainsi, la crainte des malaises représente le principal motif de la déperdition observée ; cette crainte est généralement reportée sur le fœtus. Elle a déjà été rapportée par Mubyazi et *al.* (2005) dans une étude menée en Tanzanie qui a révélé que ce facteur peut pousser les femmes qui ont reçu le comprimé de SP à le recracher immédiatement à leur sortie du centre de santé.

Conclusion

Le caractère multidimensionnel des facteurs associés à la faible observance du TPI montre plusieurs variables en jeu, tant sur le plan individuel, que celui lié au système de soins. Ces variables incluent les pratiques alternatives de suivi de la grossesse, la longue durée de rupture du stock de SP, l'insuffisance ou la quasi-inexistence de communication sur l'utilité et la posologie du traitement préventif lors des visites prénatales, ... Aussi, la crainte des malaises (effets secondaires ressentis après la prise du médicament) représente le principal motif de la rupture dans la continuité du TPI. De ce fait, un bon accès à la consultation prénatale n'est pas garant, ni d'un bon taux de couverture en TPI, ni d'une bonne observance, comme l'ont déjà révélé Hill et Kazembe (2006).

***Nota bene** : Cette étude a bénéficié du soutien financier du bureau local de l'Organisation mondiale de la santé au Bénin.*

Références

- AKRICH (M), 1995, « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et cultures,* vol. 25-26, pp. 129–157.
- CHANDRA (R. K.), 1993, "Immunodeficiency in undernutrition and overnutrition", *Nutrition reviews*, vol. 39, n°6, p225-228.
- CHIPPAUX (J-P), Le HESRAN (J-Y), COT (M) et MASSOUGBODJI (A), 2003, « Limites et faiblesses du traitement intermittent dans la prévention du paludisme », *Bulletin de la société de pathologie exotique,* vol. 96, n° 2, pp.75-76.
- DESCLAUX (A) et LEVY (J), 2003, « Présentation, culture et médicaments. Ancien ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, pp. 5-21.
- DESCLAUX (A) et EGROT (M), 2015, « Le médicament diffusé au Sud : conditions, formes culturelles et effets sociaux à ses marges », in : DESCLAUX (A) et EGROT (M) (éds.), *La pharmaceuticalisation au Sud. Anthropologie du médicament à ses*

marges, éditions de l'IRD et Karthala, coll. Médecine du monde.

- HILL (J) et KAZEMBE (P), 2006, «Reaching the Abuja target for Intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy: african woman: a review of progress and operational challenges», *Tropical medicine and international health*, vol. 11, n° 4, pp. 409- 418.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2013, *Recensement général de la population et de l'habitat*, Cotonou.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2013, *Quatrième enquête démographique et de santé du Bénin 2011-2012*, Cotonou.
- JAFFRE (Y), 2003, « Les apports de l'anthropologie à la lutte contre le paludisme », *Médecine tropicale*, vol. 63, n°3, pp. 276-281.
- MUBYAZI (G) et *al.* 2005, "Intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy: a qualitative study of knowledge, attitudes and practices of district health managers, antenatal care staff and pregnant women in Korogwe District, North-Eastern Tanzania", *Malaria journal*, vol. 4, pp. 31-36.
- MWENESI (H), 2005, «Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: an overview », *Acta trop*, vol. 95, pp. 292-297.
- NADEAU, 1988, *L'évaluation de programme, théorie et pratique*, 2e éd., Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.
- NGANDA (R.Y) et *al.,* 2004, « Knowledge of malaria influences the use of insecticide treated nets but not intermittent presumptive treatment by pregnant women in Tanzania", *Malaria journal*, vol. 3, pp. 42 - 45.
- NICHTER (M) et VUCKOVIC (N), 1994, « Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice », *Social science & medicine,* vol. 39, n°11, pp. 1509-1525.
- Programme national de lutte contre le paludisme, 2011, *Plan stratégique quinquennal de lutte contre le paludisme 2011 -2015,* Cotonou.
- RIBERA (J-M) et *al.*, 2013, « Malaria in pregnancy: what can the social sciences contribute ? Policy Forum », *Plos medicine,* vol. 4, n° 4, pp. 631-635.
- VAN DER GEEST (S.) et WHYTE (S. R.), 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology,* Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- WHYTE (S. R.), VAN DER GEEST (S) et HARDON (A), 2002, "Social lives of medicines*", Cambridge studies in medical anthropology,* Cambridge University Press.
- World health organization, 2013, *World malaria report,* Geneva.

Les pratiques d'automédication en zones rurales lorraines à l'aune des pharmacies familiales

Déborah Kessler-Bilthauer

1. Chercheure contractuelle à la Maison des Sciences de l'Homme Lorraine (USR 3261 CNRS/Université de Lorraine)
2. Membre du Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales (EA 3471)

Introduction

Les pratiques d'automédication renvoient à un vaste éventail d'idéologies corporelles, d'étiologies, de diagnostics et de traitements qui se prétendent de différentes médecines. Elles s'expriment à travers différents recours thérapeutiques utilisés par un individu pour traiter un ou plusieurs symptômes qui l'affectent. Pour contribuer à la réflexion sur les pratiques d'automédication dans une offre de soins qui se veut plurielle, cette communication se propose d'engager une discussion autour du recours aux pharmacies dites familiales en milieu rural.

La recherche Médicamp d'orientation sociologique et anthropologique a étudié en Lorraine les pratiques de soins et les itinéraires thérapeutiques de ménages résidant dans des zones qui conjuguent ruralité et déficit en services de santé. Elle s'est intéressée aux territoires qualifiés de déficitaires en soins de premier recours par l'Agence Régionale de la Santé de Lorraine (ARS Lorraine). Le système de santé français se décline en trois niveaux de recours médical[1]. Les soins de premier recours, proposés par les médecins généralistes libéraux, les professionnels du paramédical et les acteurs de santé établis dans des centres de santé sont les plus courants et les plus nombreux parce qu'ils répondent à des besoins en soins primaires[2]. Selon la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), ils engagent une prise en charge globale de la santé, dans un périmètre restreint, accessible et adapté à la spécificité du territoire en termes de contexte social, culturel, démographique, sanitaire et épidémiologique.

Parmi les communes dites déficitaires en soins de premier recours par l'ARS Lorraine, les villages « isolés » définis par l'Observatoire des territoires ont été retenus

1 Les soins de deuxième recours sont dispensés par les médecins spécialistes libéraux et par les hospitaliers. Enfin, les soins de troisième recours se retrouvent dans les CHU et les établissements « très » spécialisés.

2 L'OMS définit en 1978 les soins de santé primaires comme les « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination ». Les soins primaires se confondent ainsi avec les soins de premier recours, mais, ces derniers ne se limitent pas à des traitements curatifs.

pour l'enquête ; parce qu'ils sont les plus éloignés de l'influence des aires urbaines. L'équipe de recherche a privilégié ce double éclairage porté par des institutions sur des territoires lorrains où le maillage médical est peu dense et l'éloignement des pôles urbains « important ».

D'un point de vue méthodologique, dans les départements de la Meuse, des Vosges et de la Moselle, l'enquête (2013-2015) a permis de réaliser plus de 75 entretiens semi-directifs. 48 personnes (des usagers de soins) ont été rencontrées. Les ménages présentent des profils contrastés en termes de catégories d'âge, de genre, de milieux sociaux d'appartenance, de catégories socio-professionnelles, de caractéristiques (ménages avec et sans enfants, célibataire, en couple, mariés, veufs, divorcés, etc.) et de capacité de mobilité. 20 professionnels de santé et 3 travailleurs sociaux qui habitent ou exercent sur les territoires considérés ont également été interviewés pour recueillir leur représentations de l'offre et de l'accès aux soins et les pratiques thérapeutiques de leurs patients. Des observations *in situ* ont contribué à l'analyse fine des manières de se soigner et, en particulier, des usages des pharmacies familiales.

Composition et contenu des pharmacies familiales

Pratique « normale » et généralisée dans toutes les cultures, l'automédication est « *l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin [...], que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine ou auprès d'une autre personne)* » (Fainzang, 2012, p. 3).

Dans des territoires où l'offre de soins est plutôt faible, où la médecine spécialisée et hospitalière sont considérées comme éloignées et saturées, les recours aux pharmacies familiales sont-ils plus fréquents ? Les usages de médicaments déjà possédés ou légués par des proches sont-ils différenciés ?

Les pratiques d'automédication sont ponctuelles mais relativement fréquentes pour les ménages rencontrés, qui y ont tous recours. Mais que renferment les pharmacies familiales que nous avons pu observer ? Situées le plus souvent en hauteur dans un sas d'entrée, la salle de bains, la cuisine ou les toilettes, les pharmacies domestiques sont composées de médicaments industriels « chimiques », de compléments alimentaires, de produits homéopathiques, qui se mêlent à des pansements, des sparadraps, des bandages et des crèmes. Les pharmacies familiales ne contiennent pas les médicaments liés à un traitement quotidien personnel, prescrit sur le long terme pour traiter une maladie chronique par exemple. Le contenu des pharmacies familiales a, dans les représentations, une valeur plus impersonnelle : certains médicaments peuvent convenir à une bonne partie des membres du foyer (y compris les animaux domestiques). Les médicaments contre-symptômes, les « anti »-vomi, -diarrhée, -douleurs, etc., sont dans les pharmacies familiales, les remèdes les plus courants et les plus nombreux. Certains de ces médicaments, vendus sans ordonnance, sont peu achetés par les ménages qui préfèrent se les faire rembourser lorsque c'est possible (en particulier pour le paracétamol et l'ibuprofène). Ils n'hésitent pas à demander à leur médecin généraliste des médicaments dont ils savent, à l'avance, qu'ils en auront besoin. Cette forme d'automédication se fait

donc sous son autorité.

Certains informateurs ont des boîtes ou des compartiments très ordonnés qui distinguent les antidouleurs, des anti-inflammatoires, des médicaments pour les nausées, les maux de gorge et la toux. Une classification par symptômes, par pathologies ou par registre thérapeutique[3] est alors effectuée par les femmes surtout (les mères de famille, les conjointes). La gestion des pharmacies domestiques est souvent l'affaire de femmes qui s'occupent de leur approvisionnement et du tri qu'implique le dépassement des dates de péremption des produits. La composition des pharmacies familiales sont ainsi à l'image de l'offre de soins qui se déploie dans la société. Elles se veulent diversifiées puisqu'elles rassemblent plusieurs champs de la médecine : la médecine scientifique, la médecine alternative et la médecine non reconnue (non conventionnelle).

Les remèdes des médecines douces, appelées aussi parallèles ou alternatives, constituent pour certains ménages une réponse à leur mal. Ces dispositifs de soins ont récemment gagné en crédibilité et en légitimité dans le monde de la biomédecine. Les connaissances des ménages sur les préparations homéopathiques sont, de leurs propres aveux, rudimentaires. Avec l'aide de « sachants » ou d'experts, ils déclarent les utiliser, dans des comportements d'automédication, très ponctuellement ou périodiquement en fonction de l'apparition de symptômes spécifiques. L'homéopathie peut également intervenir dans des temps particuliers de l'enfance ou à l'âge adulte (au cours de la grossesse, juste après l'accouchement, à la ménopause). Quelques rares ménages ont un recours à l'homéopathie plus régulier, voire pour trois d'entre eux, systématique et exclusif. Une femme porteuse de maladie chronique l'utilise pour soulager ses douleurs sans risque d'interférence avec ses traitements allopathiques. Les familles du milieu agricole et de l'enseignement ont une bonne connaissance des traitements homéopathiques qu'ils utilisent parfois pour leurs animaux. Grâce à des ouvrages qu'ils se procurent sur internet ou en librairie, ou qu'ils empruntent à des proches qui les ont déjà utilisés, ils détiennent des savoirs médicaux qui les orientent dans leurs pratiques d'automédication. Sur prescription médicale ou en accès libre, ils ont recours à l'homéopathie, via leur pharmacie familiale, pour soigner des maladies ordinaires. Dans des comportements d'automédication jugés naturels et efficaces, la phytothérapie, l'aromathérapie, les huiles essentielles, la gemmothérapie, l'utilisation des herbes, des Fleurs de Bach, de tisanes et d'autres onguents sont utilisés par une part non négligeable d'informateurs mais, ils ne constituent globalement pas une médecine familiale massive et régulière. Les compétences de l'entourage, des thérapeutes qu'ils consultent et des personnels de pharmacie avec qui ils ont l'habitude d'échanger influencent le recours ou non à ces différentes médecines.

La plupart des enquêtés considèrent de prime abord, avoir très peu de médicaments chez eux et en faire peu usage. Par exemple, cette infirmière mosellane de 41 ans, mère de deux filles, dit en entretien qu'elle n'a « presque pas » de médicaments et qu'elle n'a recours à l'automédication que pour des « choses banales, des petites choses ». Elle dit ne rien acheter. Pourtant, en exposant sa boîte à pharmacie débordante située dans la salle de bain, elle découvre avec étonnement qu'elle contient des anti-inflammatoires, des antidouleurs, des restes de compléments alimentaires et des vitamines qu'elle avait

3 Sont alors séparés : les médicaments « chimiques », des traitements homéopathiques, des produits phytothérapiques, des huiles essentielles, etc.

administrées à ses filles l'hiver dernier. L'exposition des boîtes, des tiroirs et des armoires à pharmacie aux enquêteurs s'accompagne ainsi souvent d'une (re)découverte de leur contenu. Les discours des informateurs nous laissent penser que le recours aux pharmacies domestiques est très exceptionnel mais, leurs comportements au cours de ces fouilles montrent plutôt que les médicaments qu'ils réutilisent sont déjà connus et expérimentés. Un certain nombre de médicaments sont courants et totalement banalisés puisqu'ils traitent des maladies dites courantes, ordinaires et sans gravité. Le paracétamol est sans doute l'exemple le plus représentatif du peu d'importance accordée à certains médicaments communs, sans originalité.

Diversité des pratiques et des logiques de l'automédication dans le recours aux pharmacies familiales

Une grande partie des informateurs estiment qu'ils consomment peu, voire très peu, de médicaments. Globalement, ils sont plutôt réticents, comme ils le confient, à prendre des médicaments sans prescription médicale. Les substances chimiques semblent plutôt les effrayer, sinon leur déplaire, en raison des effets secondaires qu'ils pourraient engendrer, en cas d'une administration du produit hasardeuse ou d'une identification du symptôme approximative ou erronée. La mesure du risque, de la dangerosité, de l'inefficacité et du coût de certains médicaments sont à la source de leur défiance à l'égard de ces pratiques d'automédication. La représentation que les enquêtés ont de leur recours à leur pharmacie domestique contraste avec la description que nous en avons faite dans le point précédent.

Dans le secret des foyers, pour limiter les risques « en soi » et « pour soi », le recours aux pharmacies familiales se fait dans une automédication maîtrisée, « contrôlée » ; qui consiste alors pour les informateurs à traiter des petites maladies courantes et bien connues, jugées bénignes comme le rhume, la toux, une petite fièvre ou des douleurs afin d'éviter un déplacement chez le médecin. Le fait que le trouble soit jugé bénin, anodin, non grave, déjà expérimenté, « connu » ou même fréquent, justifie alors que des médicaments soient consommés sans prescription, ni avis médical, à la suite d'un auto-diagnostic.

Les médicaments consommés par les personnes que nous avons rencontrées sont, soit des médicaments déjà possédés qui résultent d'une prescription antérieure et qui sont alors réutilisés dans un processus imitatif, pour un symptôme ressemblant, soit ils sont détenus par un proche qui transmet au malade les restes d'un traitement qu'il aura lui-même suivi pour un symptôme proche ou une même maladie. Il peut aussi d'agir de médicaments vendus sans ordonnance, en accès libre, consommés car déjà connus ou conseillés par un pharmacien ou un préparateur en pharmacie.

Bien que les pratiques d'automédication semblent hétérogènes si on les compare entre elles, elles se montrent cohérentes dans les différentes étapes des itinéraires des soins. Les pratiques d'automédication s'inscrivent dans une dimension individuelle car elles résultent de choix, d'essais, de conduites et d'actions singulières mais, elles sont également à comprendre au prisme de la société et de la culture car elles sont largement influencées par celles-ci. Conduites a priori autonomes dans une offre de soins qui déborde

le cadre de l'institution biomédicale, les pratiques d'automédication observées dépendent aussi des rapports sociaux. Les logiques de l'automédication ont ainsi des causes multiples : les représentations individuelles et collectives du corps et de la maladie, l'identification du symptôme, ses antécédents, les rapports et les expériences subjectives avec le monde biomédical, la situation financière, etc. La pluralité des conduites s'ancre ainsi dans un contexte social, économique, culturel et parfois, religieux. L'âge du malade est également déterminant dans le recours ou non aux pharmacies familiales. En effet, les enfants en bas âge, vus dans une catégorie d'âge spécifique, sont peu soignés par des remèdes déjà possédés (exceptés, pour le paracétamol et les traitements homéopathiques). La fièvre, les poussées dentaires et le rhume sont les seuls symptômes qui dispensent le déplacement auprès d'un professionnel de santé. Dès l'aggravation, la persistance, la transformation des symptômes ou l'apparition d'un nouveau symptôme, les pratiques d'automédication sont jugées insuffisantes ou inadaptés, ce qui nécessite la consultation d'un médecin.

Le choix (et l'action) de s'automédiquer est très souvent porté par une volonté de ne pas consulter un professionnel de santé. Les enquêtés justifient leurs pratiques d'automédication par le fait qu'ils cherchent à éviter un déplacement, l'attente, la saturation d'un service de soins, des frais inutiles, etc. Ces comportements procèdent pour l'individu d'une conduite logique, cohérente et responsable car stratégique. En effet, elle fait montre d'un certain empowerment des personnes. L'automédication qui inclut le recours à une pharmacie familiale participe d'une forme d'autonomie et d'indépendance envers le monde biomédical. Cependant, les choix de s'automédiquer sont construits et conditionnés par l'entourage. Nous avons pu mesurer au cours de notre enquête les réseaux de solidarité et la mobilisation de l'entourage dans les pratiques et les itinéraires de soins. La parenté (même large) est très influente en matière de comportements de soins parce qu'elle réside à proximité –géographique- des informateurs et parce que les liens qui les unissent sont denses et étroits. Il est fréquent que des proches (amis, voisins, etc.) jouent le rôle de conseillers dans le choix de certains médicaments ou « dépannent » quelques comprimés pour des symptômes ponctuels et ciblés. Ces dons de médicaments interviennent dans un contexte particulier (dans les cas où la personne n'est pas chez elle et n'a pas accès à sa pharmacie, qu'elle manque d'un médicament précis dans son stock, etc.). La publicité, les professionnels de santé consultés et les usages d'internet ont également tendance à influencer le recours ou le non recours à des médicaments contenus dans leur pharmacie familiale.

Conclusion

Pour conclure, même si les ménages ont tendance, excepté pour certains maux bien identifiés, à solliciter en priorité des médecins et des spécialistes pour obtenir un soutien médical, la diversité des voies que certains ménages rencontrés déploient montre qu'ils ont un recours plutôt régulier à leur pharmacie familiale plutôt bien garnie. Sorte de réflexe spontané et « responsable » avant la consultation d'un professionnel de santé, les pratiques d'automédication sont, dans ce contexte, sous-tendues par différentes conceptions du corps, de la santé et de la maladie soutenues par la médecine officielle et d'autres médecines, a priori incompatibles, qui cohabitent et s'entremêlent. Pour un même

trouble, les pratiques de soins, les origines du mal et les recours aux pharmacies familiales sont protéiformes. Pour les ménages interviewés, ces comportements d'automédication qui peuvent intervenir en complément des traitements prescrits par un professionnel de santé, participent d'une même logique thérapeutique qui cherche à résorber un trouble venu entraver la santé. Le recours simultané ou différé aux pharmacies familiales qui rassemblent différents remèdes appartenant à des registres médicaux différents montre la combinaison des manières de se soigner. Grâce aux entretiens et à l'observation des armoires, boîtes et tiroirs à pharmacie au domicile des informateurs le décalage entre leurs représentations de l'automédication et leurs pratiques a été saisi dans leur contexte et dans la manière dont elles prennent forme en zones rurales « déficitaires en soins de premier recours » et « isolées ».

Références

- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BUCLIN Thierry, AMMON Catherine, 2001, *L'automédication. Pratique banale, motifs complexes*, Genève, Médecine & Hygiène.
- FAINZANG Sylvie, 2003, « Les médicaments dans l'espace privé : gestion individuelle ou collective », *Anthropologie et Sociétés*, volume 27, n° 2, p. 139-154.
- QUENEAU Patrice (dir.), 2000, *Automédication, autoprescription, autoconsommation*, Paris, John Libbey Eurotext.
- ·RAYNAUD Denis, 2008, « Les déterminants du recours à l'automédication », *Revue Française des affaires sociales*, n°1, p. 81-94.

Vers des pratiques réflexives de santé. Entre allégeance au médecin et agentivité

Béatrice Vicherat

Université Paris Ouest Nanterre la Défense
UFR Sciences psychologiques et sciences de l'éducation
Centre de Recherche Education et Formation EA 1589
Equipe Apprenance et Formation d'Adultes

Contexte

Les sociétés actuelles subissent l'influence de mutations sociales, informationnelles et technologiques sans précédent (Rosa, 2010). L'avènement d'Internet et des nouvelles technologies de l'information transforment la nature, la portée, la vitesse et le centre de gravité de l'action individuelle.

Le champ de la santé illustre cette nouvelle réalité. Avec l'émergence du numérique, nous entrons dans l'ère de la santé connectée. L'information médicale, traditionnellement réservée aux experts, est maintenant à la portée de tous. Sur Internet, la sphère de la santé est massivement investie par des patients 2.0, désireux de s'informer mais également de partager leurs expériences de santé et surtout en quête de plus de transparence du fait des nombreuses crises sanitaires (Jouet, Las Vergnas, & Noël-Hureaux, 2014)

Accompagnant une profonde transformation de la société, c'est désormais la figure d'un « *patient contemporain* » (Fainzang, 2012 ; Klein, 2012) qui semble en passe de brouiller les lignes de partage entre savoir profane et savoir expert.

Parallèlement, notre système de santé subit une pression constante pour réduire et rationaliser ses coûts. L'espérance de vie a considérablement augmenté et de plus en plus de maladies chroniques nécessitent une prise en charge longue et coûteuse pour la société.

Dans un tel contexte, modifier durablement les comportements des individus pour leur permettre de rester en bonne santé suscite un intérêt croissant puisqu'il s'agit désormais de partager les coûts mais également les responsabilités entre d'une part un Etat-Providence en déclin et d'autre part des sujets de plus en plus autonomes.

Plus que jamais, l'individu est donc invité à devenir acteur de sa santé en participant activement à la prise en charge de ses soins mais également en préservant son capital santé (Bandura, 1997). La notion de capital santé, potentiel dont chacun disposerait à la naissance et qu'il est possible ou non de développer au cours de la vie est au cœur du débat entre prise en charge collective et prise en charge individuelle.

C'est de cette injonction quasi permanente à l'autonomie dans le champ de la santé qu'est née notre réflexion sur la capacité réelle dont disposent les individus pour exercer

cette nouvelle responsabilité. Et si l'on assiste à l'émergence de nouvelles pratiques de santé et à une véritable remise en cause d'une relation descendante médecin-patient, que signifie pour autant « *être acteur de sa santé* » ?

Problématique

La santé n'a pas de prix, a-t-on coutume de dire. Pourtant, le coût de la santé est au cœur de tous les débats et force est de constater qu'en France les financements ne suivent pas les dépenses.

La médecine a bénéficié ces dernières décennies de l'apport considérable des techniques de pointe mais ces progrès technologiques ont un coût puisque pendant ce même laps de temps les dépenses de santé en France sont passées de 4 % du PIB en 1960 à plus de 11,7 % en 2012.

Les maladies chroniques sont une préoccupation constante des pouvoirs publics et constituent un défi de taille pour notre système de santé tant au niveau du financement que de l'organisation des soins. 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours en France, 15 millions sont atteintes de maladies chroniques et 9 millions sont déclarées en ALD. Les coûts engendrés par la prise en charge des maladies chroniques sont donc tout à fait considérables et tous s'accordent sur le fait qu'il devient indispensable d'agir à la fois en amont de l'apparition de la maladie pour inciter les individus à préserver leur santé mais également dans la gestion au quotidien de la maladie. C'est le rôle de l'éducation thérapeutique du patient et tout l'enjeu des campagnes de prévention.

Car à chaque étape de la vie, l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre des facteurs à la fois socio-environnementaux, économiques et individuels (Bandura, 1997). Ces facteurs désignés comme les déterminants de santé n'agissent pas seuls. C'est leur combinaison qui influe sur l'état de santé des individus. (Dahlgren & Whitehead, 1992). Et si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu, il a cependant été démontré par des travaux épidémiologiques que les comportements individuels défavorables à la santé exposent les individus à des facteurs de risques responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays.

Ainsi, début 2014, L'Institut National du Cancer rappelait que 40 % des cancers diagnostiqués étaient liés au mode de vie et aux comportements individuels tout en précisant que si sept français sur dix sont conscients que « *faire attention à son comportement permet de réduire considérablement les risques de développer un cancer* », ils ne sont que trois sur dix à déclarer avoir mis en place des actions spécifiques pour s'en préserver[1]

Dans un tel contexte, il convient de s'interroger sur les pratiques actuelles et sur les stratégies mises en place par les individus pour exercer un contrôle sur leur santé. Comment se déploie à l'échelle d'une vie ces savoirs profanes et dans quelle mesure ils interfèrent avec le savoir détenu par les experts entre allégeance au médecin et agentivité.

1 Sondage IPSOS pour la Fondation ARC, réalisé le 17 décembre 2012 sur un échantillon représentatif de la population française de 1 022 personnes de 15 ans de plus.

Cadre théorique

De tous temps, les individus se sont efforcés d'exercer un contrôle sur leur existence (Bandura, 1997).

L'agentivité, capacité humaine à influer intentionnellement sur le cours de sa vie et de ses actions est un concept central dès lors qu'on s'interroge sur les comportements des individus désireux de prendre une part active dans la gestion de leur santé.

Cependant, devenir en quelque sorte « *médecin de soi-même* » (Andrieu, 2012) ne signifie pas pour autant être totalement autonome , ni échapper aux contingences des contextes auxquels nous sommes confrontés. Environnements et individus sont intimement liés. Et c'est désormais dans un monde plein d'incertitudes, devenu beaucoup complexe (Morin, 2015) et où les univers de référence s'effritent (Boutinet & Dominicé, 2009) que les individus doivent désormais être en capacité d'agir

La théorie sociocognitive que nous propose Bandura met en scène ces trois dimensions à la fois individuelle, comportementale et environnementale dans laquelle la personne porteuse à la fois d'une histoire, de cognitions, de croyances, de représentations, l'environnement dans lequel elle évolue et enfin ses comportements interagissent en permanence dans un système de causalité réciproque (Bandura, 1986).

Méthodologie de recherche

La méthodologie que nous avons privilégiée s'appuie à la fois sur une approche qualitative et quantitative.

Pour rendre compte des interactions, du contexte et de l'interprétation de l'expérience, nous avons mené dans un premier temps une étude compréhensive (Kaufmann, 2011) basée sur des entretiens biographiques. Cette alternative méthodologique vise à connaître le sujet dans ses pratiques tout en considérant la temporalité de son existence. Elle conçoit les individus comme des acteurs porteurs d'une histoire et ayant la capacité d'interpréter la réalité (Dominicé, 2002). Ce sont donc 24 entretiens qui ont été menés auprès de femmes et d'hommes au mitan de leur vie (entre 40 à 55 ans).

L'analyse de ces entretiens nous a permis de mettre en évidence plusieurs analyseurs de comportement de santé dont l'allégeance au médecin. Et nous avons souhaité, dans un second temps, mener une étude confirmatoire sur une échelle plus large pour mieux appréhender le rapport entre agentivité dans le domaine de la santé et allégeance au médecin. Sous forme de questionnaire en ligne, notre enquête nous a permis de recueillir 450 réponses d'individus au mitan de leur vie.

Résultats

Vers des pratiques agentiques de santé

Chercher à comprendre de quelle manière et sous quelles formes les individus parviennent à exercer une influence personnelle sur leur santé, nous permet d'observer la grande diversité de comportements et de compétences mobilisées, sollicitant ainsi des dimensions à la fois cognitives, métacognitives, affectives ou encore motivationnelles (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014)

Nombreux sont les mécanismes d'autoréflexion et d'autorégulation qui sont activés par les personnes que nous avons rencontrées.

Ainsi, c'est être capable d'**analyser une situation** en rapport avec sa santé ou son propre comportement comme nous l'explique Philippe, 42 ans :

> *« Ma démarche de santé, c'est très compliqué car ça met en jeu l'alimentation, la pratique sportive, le sommeil, le stress. Avec tout un tas de paramètres à prendre en compte et qui sont chacun indépendamment très difficiles à maîtriser. Je pense qu'on ne peut pas tout maîtriser de A à Z mais il y a un côté stratégique dans ce que je cherche à mettre en place »*

C'est également être capable de **prendre des décisions** et de s'y tenir comme nous l'explique Thomas, 46 ans :

> *« J'ai pris la décision d'arrêter de fumer quand j'ai pris la décision de courir car les deux choses me paraissaient fondamentalement opposées. Les dangers physiques du tabac et de l'activité physique. Je me suis dit, ce n'est vraiment pas raisonnable, au niveau du souffle, ça joue »*

Puis, il s'agit d'être en mesure de **planifier une action** avec des buts à atteindre telle que la reprise d'une activité sportive ou l'arrêt du tabac comme nous l'indique Lucie, 41 ans :

> *« L'idée c'était de me dire que j'avais 5 kilos à perdre mais le Fitbit[2], ça ne marche pas ! Donc je vais adopter de nouvelles tactiques. J'ai décidé de prendre un nouvel axe »*

Mais, pour faire les bons choix pour sa santé, force est de constater qu'Internet occupe une place de plus en plus privilégiées dès lors qu'il s'agit de **rechercher de l'information**, de l'analyser et de la synthétiser pour être en mesure de l'utiliser à bon escient comme nous l'explique Judith, 49 ans :

> *« Internet, c'est mon premier réflexe. Bien plus que d'aller voir le médecin. Si je trouve sur Internet des choses qui ont une certaine corrélation avec ce que je vis, je me dis : c'est ça ! Mais je vérifie les informations et je ne m'en remets pas à Internet. Sur les forums en matière de santé, on lit des horreurs. Forcément les gens parlent de ce qui ne va pas. C'est dans la nature humaine de parler de ce qui ne va pas. Il faut surtout avoir ce recul et cette faculté d'interprétation »*

Enfin, ils sont nombreux à évoquer le fait d'être à l'écoute de leur corps pour parvenir à **réajuster leur comportement** à partir des signaux perçus (fatigue, prise de poids, essoufflement, …) comme le précise Louis, 51 ans :

> *« Je vieillis, je le sens le matin. Le talon d'Achille, je le sens. Il est plus sensible. Je me méfie. Je vais faire de bons échauffements car ce que je ressens avec mon corps c'est influent et décisif »*

2 Bracelet électronique permettant de quantifier l'activité physique

Et c'est en définitive une posture résolument réflexive que nous avons pu observer tout au long de nos entretiens comme nous le confirme Sophie, 50 ans :

« Ma santé ? C'est un questionnement permanent : le choix des médecins, les vaccins, …. Ce n'est pas se dire : je prends et je digère mais plutôt quels sont les moyens de faire autrement ? Aujourd'hui je me dis : qu'est je peux faire, toute seule, pour améliorer ou maintenir ma santé avec des choses simples ? »

Entre allégeance au médecin et agentivité

Mais cette attitude réflexive semble réinterroger en permanence la place du médecin dans ce processus d'autorégulation. Et, il ne saurait être question de s'appuyer de façon inconditionnelle sur lui comme nous l'explique Emmanuel, 50 ans :

«Le prêtre, le docteur et l'instituteur avaient un avis auquel les gens se pliaient et c'est de moins en moins vrai et tant mieux ! »

L'image du médecin a changé et la confiance inébranlable en la médecine officielle s'est beaucoup dégradée au fil du temps comme nous le confirme Solange, 50 ans :

« Il y a ce libre arbitre maintenant. Avant le médecin c'était la parole d'évangile

Et ils sont quasiment unanimes à revendiquer le droit de remettre en question la parole du médecin comme Yves, 44 ans :

« Si je ne suis pas totalement convaincue par ce qu'il me dit, je n'hésite pas à en voir un autre »

Car, il ne saurait être question de se soumettre aveuglément à l'avis du médecin comme nous le précise Emmanuel, 50 ans :

« On peut écouter un avis sans y souscrire ou s'y soumettre »

Et même lorsqu'ils se sentent démunis, lorsque de toute évidence, ils réalisent qu'ils ne sont pas suffisamment compétents, il leur est difficile de se reposer pour autant sur le médecin comme nous l'explique Nathalie, 41 ans :

« Mon médecin traitant, c'est un choix faute de mieux, c'est à dire c'est un non choix. Car un médecin, il faut trouver le bon et nous, on n'a pas trouvé le bon. A chaque fois que mon fils met le pied chez lui, il ressort avec une cargaison d'antibiotiques. Donc je me satisfais pas de ça. Mon médecin traitant il faut bien qu'il serve à quelque chose. Donc à chaque fois que j'emmène mon fils il ressort invariablement avec un certain type d'antibiotiques et comme je ne peux pas moi-même diagnostiquer s'il a une otite ou pas. Alors je lui donne en enlevant ce qui m'embête de plus. Par exemple quand il tousse, il a pour habitude de lui donner des corticoïdes. Je trie dans les médicaments qu'il me prescrit »

Et ils n'hésiteront pas à prendre plusieurs avis comme nous le démontre Solange, 50 ans :

« Je n'hésite pas à voir 2 ou 3 médecins pour avoir des avis différents. Alors qu'avant ce n'était pas possible. Le médecin, c'était le médecin. J'ai déjà entendu mes parents dire : on ne peut pas aller voir quelqu'un d'autre. Culpabiliser presque. Moi pas du tout »

Ainsi, interroger les individus sur les choix qu'ils font en matière d'automédication ou même à quel moment ils prennent la décision de consulter un médecin est très révélateur : on s'auto-observe, on cherche des informations sur Internet, on lit, on en parle autour de soi et seulement si tout cela ne suffit pas, on ira alors consulter un médecin comme nous l'explique Louis, 51 ans :

« Dans un premier temps, on peut essayer de se soigner tout seul, intelligemment et dans un deuxième temps faire appel à un professionnel »

Il s'agirait en quelque sorte de se livrer à un exercice relativement périlleux : parvenir à concilier à la fois ce que « *l'on ressent avec son corps* », ce que « *l'on a appris au détour de ses expériences de santé*» et qui indiscutablement aurait une valeur, avec une autre forme de savoir, celui détenu par l'expert, le médecin. Et c'est cette juxtaposition entre savoirs profanes et savoirs experts qui suscite réflexions, tâtonnements, réajustements et de nombreuses tensions. Car finalement qui détient l'expertise ? Le médecin qui est reconnu pour son savoir ou bien cet individu qui connait mieux que quiconque son corps et qui dispose d'un savoir expérientiel singulier comme nous l'explique Eliane, 47 ans

« Oui je me sens compétente et je pense même mieux me connaître que le médecin. Lui, il a un savoir et moi je connais mon corps »

Ainsi, tout au long de nos entretiens, ce sont des savoirs profanes qui ont émergé faisant appel parfois à des théories explicatives (Moscovici, 1993) comme nous le démontre le discours de Sylviane, 41 ans :

« Tout a une signification. Ce qui explique que ce n'est pas un hasard si on se casse un bras ou un pied »

Ce sont également des croyances solidement ancrées qui sont évoquées lorsqu'ils abordent parfois l'usage des médicaments comme pour Christelle, 47 ans :

« Je me méfie des médicaments. Je me dis toujours que les médicaments rendent plus malades qu'autre chose. Je n'en prends jamais »

Pour autant, si l'on accorde un certain crédit à ces savoirs issus de l'expérience, on s'en défend aussi comme nous l'explique Paul, 42 ans :

« Je sais comment gérer ma santé dans 100 % des cas. Mes petites douleurs, mes petits maux. Je n'ai pas besoin d'aller voir un médecin. Mais je n'ai pas de prétention ou de vanité par rapport à ce que je connais. Ce que je connais ça me permet de me gérer moi … Eventuellement des proches ou des gens que je pourrai conseiller avec humilité car je ne suis pas médecin »

Car il ne saurait être question de se prendre pour autant pour un médecin comme l'exprime Camille, 49 ans :

« Au fil de toutes ces expériences, j'ai l'impression d'avoir appris des choses sans me prendre pour un médecin non plus ! »

Il s'agirait davantage d'accorder de l'importance à ce que l'on ressent comme nous l'explique Emmanuel, 50 ans :

« Je me mets pas au-dessus du médecin, je ne remplace pas le médecin mais c'est moi qui ressent comment mon corps fonctionne »

Conclusion

C'est donc assurément un sujet en tension que nous avons pu rencontrer, se sentant à la fois compétent car unique détenteur d'un savoir singulier sur son corps, et incompétent face au savoir de l'expert.

Les règles du monde dans lequel il évolue, ont changé. Obéissance, discipline et conformité à la règle ne sont plus les valeurs auxquelles il doit se conformer. Il lui est

désormais possible d'exercer une influence sur sa vie.

Pour autant, s'il n'a plus besoin de se libérer des contraintes, l'exercice de cette liberté nouvelle peut s'avérer très inconfortable dans un monde où les frontières se brouillent, où il ne s'agit plus d'obéir mais où l'on impose à l'individu de prendre en charge au-delà même de sa santé, sa vie toute entière (Ehrenberg, 2011).

L'allégeance au médecin met en exergue cette nouvelle image d'un individu incertain et vulnérable car sommé d'être responsable dans tous les domaines de sa vie.

Références

- ANDRIEU Bernard, 2012, *L'autosanté: vers une médecine réflexive*. Paris, France: A. Colin, DL 2012.
- BANDURA Albert, 1986, *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs N.J, Etats-Unis d'Amérique: Prentice-Hall.
- BANDURA Albert, 1997, *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, Etats-Unis d'Amérique: W.H. Freeman.
- BOUTINET Jean-Pierre & DOMINICÉ Pierre, 2009, *Où sont passés les adultes ? : routes et déroutes d'un âge de la vie*. Paris, France: Téraèdre.
- DAHLGREN Göran & WHITEHEAD, Margaret, 1992, *Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé*. (Organisation mondiale de la santé, Éd.). Copenhague: Organisation mondiale de la santé.
- DOMINICÉ Pierre, 2002, *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris, France, Hongrie, Italie.
- EHRENBERG Alain, 2011, *La société du malaise*. Paris: OJacob.
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris, France: Presses universitaires de France, impr. 2012.
- JOUET Emmanuelle, LAS VERGNAS Olivier & NOËL-HUREAUX Elisabeth, 2014, *Nouvelles coopérations réflexives en santé : de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche* (Vol. 1–1). Paris: Éditions des archives contemporaines.
- KAUFMANN Jean-Claude, 2011, *L'entretien compréhensif*. (F. de Singly, Éd.). Paris, France: Armand Colin, DL 2011.
- KLEIN Alexandre, 2012, Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking , *Histoire, médecine et santé,* 1 : 115-128.
- MORIN Edgar, 2015, *Penser global: l'homme et son univers*. Paris, France: Robert Laffont :

Éditions de la Maison des sciences de l'homme, DL 2015.

- MOSCOVICI Serge, 1993, *La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théories subjectives et représentations sociales*. (U. Flick, Éd., A. Créau & S. Vézina, Trad.). Paris, France: l'Harmattan, impr. 1993.

- ROSA Hartmut, 2010, *Accélération: une critique sociale du temps*. Paris: La Découverte.

- TOURETTE-TURGIS Catherine & THIEVENAZ Joris, 2014, L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*, (35), 9-48.

Drugstores, self-medication and public health delivery: assessing the role of a major health actor in Ghana.

Emelia Afi Agblevor[1], Maxima Missodey[2], Carine Baxerres[3], Daniel Arhinful[4]

1: MPhil student, Department of Sociology, University of Ghana, Legon
2: PhD student, Department of Sociology, University of Ghana, Legon
3:Researcher, Institut de recherche pour le développement, MERIT (IRD – Université Paris Descartes), CERPAGE, Bénin
4: Researcher, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon

Medicines are very important in the health care delivery system of every country. In fact, apart from the basic necessities of life which includes food, shelter and clothing, pharmaceuticals also feature on the list of physical necessities for the maintenance of life (Olatunji, 2014).

Several studies have been conducted over the years in low developing countries focusing on the subject of self-medication which include how pharmacies and pharmaceutical practices foster self-medication, clinical rationality of prescription practices, self-medication inclusive of over-the-counter (OTC) drug use for acute and chronic illnesses, abuse of antibiotics, the purchase of nutritional supplements (tonics and vitamins) and the self-regulation of prescribed medicine dosage (Donkor et al, 2002; Hardon, 1991; Igun, 1987; Kamat & Nichter 1998; Okumura et al, 2002; Van den Boom and Nsowah-Nuamah, 2004). Some studies have also been conducted into informal drug circuits and how they aid in self- medication (Van der Geest 1987; Hughes et al, 2012; Baxerres, 2013).

However, chemical shops or over the counter retail shops and the role they play in self-medication have not been focused on in detail in most of these papers. When they are discussed, they are usually lumped together with pharmacies which sell as well prescription drugs. This might also be because in some countries, like French speaking countries of West-Africa, retail shops that sell only over-the-counter medicines are not mandated by law as the case in Ghana.

In Ghana, to ensure easy access to pharmaceuticals and to deal with the lack of pharmacists and the low presence of pharmacies outside big cities, private businesses were authorized by health authorities in the post-independence era as specialized in the retailing of pharmaceuticals, by people who are not pharmacists. These retail shops are called licensed chemical sellers (LCS), popularly known in Ghana as *drug stores*, they are the lowest level of pharmaceutical care providers who are authorized to supply by retail only over-the-counter medicines (Class C) and those included in the national public health

programs (antimalarial, contraceptives, etc.)[1]

These shops are licensed by the Ghana Pharmacy Council, Section 29 of the Pharmacy Act 489 of 1994 provides the legal backing for the licensure of these chemical shops[2]. Owners of these shops receive pre-licensing orientation and training before they begin their practice and must have a minimum General Certificate Examination, Ordinary Level (GCE 'O' Level), Senior Secondary School (SSS) certificate or its equivalent[3]. In addition, "the owner or the operator of the chemical shop must be a citizen of Ghana, be of good character, be medically and mentally fit, must not be a registered Pharmacist as defined by the Pharmacy Act, 1994 (Act 489)" (www.pharmacycouncilghana.org).

LCS constitute a major source of basic medicines for most Ghanaians. Currently, 10,324 are in operation in Ghana with a strong presence in rural areas as against 2175 pharmacies (Nyaogbe, 2015). In Upper socio– economic class residential areas however, chemical shops are almost non-existent whilst in more densely populated low income areas, chemical shops are in abundance with pharmacies interspersed. LCS are thus very popular in Ghana however their operations has not received a lot of attention.

The apparent popularity of LCS must be because of their availability and proximity to people who need medicines or health care. Chernichovsky & Meesok (1986) indicated that price, income, and distance are important determinants of the choice of health care provider.

The paper therefore seeks to understand the realities surrounding the operations of chemical shops in Ghana, their contribution to overall public health goals, the services that are rendered through these shops and the extent of purchasing from clients through self-medication.

Data was collected from July 2014 to January 2016[4]. Ethnographies were conducted with seven *chemical shops* (approximately 100 hours of observations in seven businesses between a period of 4 to 6 months), located in urban (Metropolitan Accra and periphery) and rural areas around Breman Asikuma in the Central region. Observation guides were used to collect data during ethnographies at purposively selected shops during the period. Qualitative studies with 30 families (15 in Accra, 15 in Breman Asikuma) living in the neighbourhood of these shops were also carried out using semi-structured interviews and bimonthly monitoring of their medicine consumption for 8 months. All families were chosen purposively to represent the 3 main socio economic classes (Upper, Middle and Low class). In depth interviews were then conducted with 21 chemical shops owners and their assistants. These chemical shops were places where families being studied purchased medicines and/or accessed healthcare. The interviews bordered on history of the shop,

1 Information was accessed online at www.pharmacycouncilghana.org, March 2016.
2 The Ghana Pharmacy Council is a statutory regulatory body established by an Act of Parliament, The Pharmacy Act, 1994 (Act 489). The major function of the council is to secure in the public interest, the highest standard in the practice of P0harmacy.
3 This is pre-tertiary education. Students complete this level of education at around 18 years.
4 This study is part of the Globalmed Research project, " Artemisinin-based Combination Therapy: an illustration of the global drug market, from Asia to Africa" (2014-2018), funded by the European Research Council. It combines IRD teams (UMR M0erit), CNRS (Cermes3), the University of Abomey Benin, Noguchi Memorial Institute for Medical Research of the University of Ghana, Legon and the University of Health Science, Cambodia, in which are involved researchers and students. For data collected here, thanks to Eunice Ayimbono Ayimbilla, Grace Kumi Kyeremeh, William Sackey and Sandra Serwaa Bredu.

management of the shop, how medicines are stocked in the chemical shops, categories of medicines sold, relationship with customers.

Licensed Chemical shops in the lives of families

Chemical shops though on the lowest rung of health care options offer very important services to members of a community. They are usually the first port of call for most members of the community as it is the closet point of accessing medicines and health care at relatively affordable prices in comparison to pharmacies. Chemical shops are also the preferred places for most families in populous areas of Accra. In the central region which is more rural, they were the closest facilities that could be visited for healthcare. Pharmacies are as well not present everywhere especially in the rural areas.

Drug retail shops are popularly called "drugstores". These "drugstores" may either be Pharmacies or chemical shops. Most mothers of families did not make a cleardistinction between pharmacies and licensed chemical shops although chemical shops are restricted to only the sale of over the counter medicines. Proximity and cost of medicines was the strongest indicator of where people purchased medicines. Most mothers cited long queues and awful customer service especially by nurses at hospitals and clinics as being a major deterrent to accessing health care as such places. A chemical shop is thus seen as more convenient as it is close and offers better services in their opinion.

> *" ...When malaria affects them, I normally send them to the hospital, but looking at what we experienced that night, going to the hospital to sit and wait for the doctor to come, and examine you, and to write out test for you to go carry out... sometimes after carrying out the tests, you don't get the results that day. You can be told to go and come the next day meanwhile, the child isn't feeling well. So I feel that it's a waste of time. If I know the drug I can buy for the child or know someone who can give me drugs to give to the child, it's not necessary for me to go and waste that much time at the hospital..." (Ophelia[5], Kotobabi, Accra, Middle Socio Economic Class)*

Most families in the low socio-economic class category preferred to buy medicines from chemical shops because they offered relatively cheaper price alternatives. Not only is the medicine prices more affordable as compared to those in pharmacies, there are other "services" that clients receive from chemical shop attendants. It includes readiness to give medicines in smaller quantities according to customers' demand even if it falls short of the complete dosage. For example some chemical shop attendants were prepared and sold out 2 or 3 capsules of antibiotics or single blister of antibiotics based on patient demand. The chemical shops owners "understood" their clients and their "pockets" and were willing to give them medicines to suit how much they could afford.

> *"...The reason why we all like medicines from Uncle T's place (chemical shop) is that, when you go to the Children's hospital and they prescribe Paracetamol for you, they can sell it to you around 10 cedis[6]. If you come to Uncle T's place the same medicine would be 5 cedis. So you see the big difference? So when they give it to me (prescription), I don't even venture trying to get it from there at all. That is the fact!..." (Susanna, Accra Newtown, Accra, Middle Socio- Economic Class)*

Some customers also had very strong allegiance to places where they buy their

5 All names used are pseudonyms
6 The approximate equivalent of one Euro to a cedi is 4 cedis.

medicines because their owners gave medicines out on credit so they can pay later.

Observations from the LCS's and bi-monthly monitoring indicated that direct demand is the commonest way or means by which clients obtain medicines[7]. This is followed by request for advice from the chemical seller and then very rarely prescriptions from doctors. In this case, a scenario like the one observed below may unfold:

> *A lady entered and said her sister got up this morning with "red and itchy eyes". Aunty B went straight to an enclosed glass shelf and took an eye drop. She asked the lady which one she wanted as there was one for ¢9 and ¢3, the lady laughed and said let me see the ¢3 first and decided to buy that one. (Urban drugstore, Accra: October, 2014)*

Others seek advice by presenting the symptoms and expect the chemical seller of pharmacist to help with a medication.

Table 1: Modes of purchase in Urban and Rural Chemical shops.

Modes of Purchase	**Urban Chemical Shops**	**Rural Chemical Shops**
Direct Demand	82.5%	78%
Request of Advice	17.5 %	20.5%
Prescription	0%	1.5 %

Realities of Services offered by Licensed Chemical shops

It was observed at the various chemical shops that the services provided by LCS's exceed widely what is stipulated by law i.e. retail of only over-the-counter medicines (Class C) and those included in the national public health programs (antimalarial, contraceptives, etc).

The sale of antibiotics, which is a prescription only medicine with the exception of Cotrimaxazole was sold in all 21 shops. Most LCS sold other prescription drugs such as antihypertensives, antidiabetics, anxiolytics, anti-asthmatic drugs and injections. The reason given by some of the owners of these chemical shops especially those in the rural areas was that they are the nearest places people can access medicines and as such they must have medicines that their customers want in order to retain their customers. Others explained that they stocked based on demand.

In addition to the above, some LCS's did not restrict themselves to just retailing medicines. Chemical shops sometimes served as wholesale points. In the rural areas, this must have been a result of a dearth of wholesalers in the neighbouring villages where medicines could be bought in large quantities for retailing. One chemical shop in Breman Asikuma in addition to serving as wholesale point for most of the LCS nearby also served a nearby health centre and a Community-Based Health Planning and Services (CHPS)[8]

7 Some customers mentioned the colours of medicine to indicate what they wanted. Red and yellow for instance meant Amoxicillin capsule. Direct request include names of medicines written on papers, showing old medicines package or empty boxes to indicate what they want.

8 The CHPS concept under Ghana's health service delivery structure is supposed to be the

compound. A chemical shop in Accra presents a unique case and although did not sell on wholesale basis at the shop, the owner however had a van that he used for distribution in Accra and some rural areas beyond the city.

The law stipulates that the holder of the license must be the one to operate the shop. This was however not the case in some places. Two out of the 21 LCS studied were using certificates of others to operate. These LCS operators paid to buy the license to operate as they had had difficulty obtaining a license from the Pharmacy Council. Some male operators used the name of their wives or female family members to obtain the license as there is the belief that it was easier for females to get the licenses as opposed to males. Owners of two chemical shops had pharmacy shops at Okaishie[9] and opened chemical shops in crowded areas. They hired medicines counter assistants to manage the shop who they paid at the end of the month whilst they went about their other businesses. In some cases, chemical shops sellers were using licenses of relatives who had passed on to operate.

According to the regulation of the Pharmacy council, operators are taken through some form of training and orientation after they had been granted the license. Most of the owners had taken the training but invariably they do not stay at the shops; most of the time the shops are manned by attendants without formal training but happen to be children and other relatives of the owners and learn the "retail" on the job. Some attendants were also medicines counter assistants and had had 6 months training from a medicines counter training school. Their training usually spanned about a year within which the students were attached to hospitals and pharmacies. They later took a test and were licensed by the Pharmacy Council as medicines counter assistant. This phenomenon, whilst common in Accra was not evident in the LCS's observed at Breman Asikuma in the central region.

Providing essential health care

Owners of chemical shops are held in high repute by members of the community. They are seen to be vessels of knowledge who have had a long illustrious career and the community members repose a lot of trust in them.

Some owners of chemical shops have a very positive reputation and are seen in their neighbourhood as preferred advisors regarding health. Indeed some community members indicated that they have a lot more confidence in attendants of licensed chemical sellers than doctors.

> *"... I remember, there was a time I sent Princess (daughter) to the hospital, I gave her the medicines which were given me, but still, she did not feel better... at the end of it all, I went with her again to the drugstore to buy medicine for her before she got better, so I don't depend on hospitals most of the time... he (the owner of chemical shop) is really knowledgeable about medicines" (Ophelia, Kotobabi, Accra – Middle Socio- Economic Class*

Not all attendants have health backgrounds but they combine effectively their pharmaceutical dispensers' activity with medical care such as giving infusions and injections. At a chemical shop in Accra, the owner had a small room behind the chemical

first point of call for patients, especially, in rural areas. It was started in Ghana in 2005 after a pilot programme.

9 Okaishie is a huge central pharmaceutical wholesale point in Accra which houses several pharmaceutical wholesale and retail shops.

shop where injections were given and microscopic tests were carried out for Malaria, Typhoid and pregnancy. There were beds were patients could be detained for a while. The owner compared the quality of health care to that received at the hospital.

> *"…Because of the treatment here, having time for you, talking to you and doing all these things for you. People come from far. It is just like you have gone to the hospital but they don't pay for consultation…" (Chemical shop, Dansoman, Accra).*

Some chemical sellers believed they are doing a great service to the community forgetting that their activities were lucrative as well. Apart from giving advice to customers on a myriad of issues, they also gave medicines on credit to loyal customers when necessary.

Most chemical shop owners said they maintained excellent customer relationships and offered the best of care to their clients.

> *"… We are nice to them. In some shops, they are not friendly, social, they just give out medicines when you go there but here we are very nice, sociable, we communicate. If it is spiritual, my mom is a pastor, we encourage, we would pray for you, wish you speedy recovery, sometimes we take their number and call out to find out how they are feeling…" (Chemical shop, Dansoman, Accra)*

Conclusion

There are numerous drugs and drug combinations available for general use and are sold directly to the public as over-the-counter (OTC) drugs. These medicines do not require medical prescription although many essential medicines are currently available in chemical shops that require prescription but are sold without the authorization by existing regulation. The proximity of LCS makes it an obvious choice for customers as they spend less time in seeking prompt healthcare.

It is apparent that a lot of people utilize licensed chemical shops in seeking health care. Members of the community through the bi-monthly monitoring are seen to appreciate the existence of chemical shops and the care they offer. For families that seemed to know the restrictions of chemical shops, it did not bother them that they were operating beyond their mandate. These chemical shops owners have transcended their roles as medicines outlets.

LCS in Ghana crystallize many informal practices and several categories of actors described elsewhere, such as unregistered pharmaceutical sellers and neighbourhood nurses in French-speaking countries of Western Africa (Baxerres, 2013; Hughes et al 2012) but at the same time, they appear to be the first port of call for health for many people. In spite of this apparent opposition, authorities have to take advantage of the 'unstated' role of this very important health care provider with regard to regulations guiding pharmaceutical use and over all public health.

References

- Arhinful Daniel K, 2003, *The solidarity of self-interest. Social and cultural feasibility of rural health insurance in Ghana*, Leiden, African Studies Centre.
- Baxerres Carine, 2015, Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique. In: Egrot M., Desclaux A. (eds). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan - Editions de l'IRD, Collections Anthropologies et Médecines, 129-146.
- Baxerres Carine, 2013. *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin,* Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- Baxerres Carine and Jean-Yves Le Hesran, 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.
- Chernichovsky Dov, and Oey Astra Meesook. 1886. "Utilization of health services in Indonesia." *Social Science & Medicine* 23 (6): 11-620.
- Donkor Eric S, Patience B. Tetteh-Quarcoo, Patrick Nartey and Isaac O. Agyeman, 2012. Self-medication practices with antibiotics among tertiary level students in Accra, Ghana: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9* (10): 3519-3529.
- Fenenga Christine, Kwasi Boahene, Daniel Arhinful, Tobias Rinke de Wit and Inge Hutter,
- 2014. Do prevailing theories sufficiently explain perceptions and health-seeking behavior of Ghanaians? *The International Journal of Health Planning and Management*, *29*(1): 26-42. Doi: 10.1002/hpm.2159.
- Hardon Anita, 1991. *Confronting ill health: medicines, self-care and the poor in Manila*. Quezon-City, Health Action Information Network.
- Hughes Robert, Clare R. Chandler, Lindsey G. Mangham-Jefferies and Wilfed Mbacham, 2012. Medicine sellers' perspectives on their role in providing health care in North-West Cameroon: a qualitative study. *Health policy and planning*, czs 103.
- Igun Uvietobore A, 1987. Why we seek treatment here: retail pharmacy and clinical practice in Maiduguri, Nigeria. *Social science & medicine*, *24*(8): 689-695.
- Kamat Vinay R. and Mark Nichter, 1998. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. *Social Science & Medicine* 47(6): 779-794.
- Nichter Mark and Nancy Vuckovic, 1994. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science & Medicine*, *39*(11), 1509-1525.
- Nyaogbe Joseph, 2015. "Pharmacy Practice Development in Ghana: Tracing the evolution through education, practice and regulation". *A presentation given at the Globalmed Annual Meeting*. September, 21st.
- Okumura Junko, Susumu Wakai and Takusei Umenai, 2002. Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Social Science & Medicine*,

54(12): 1875-1886.

- Olatunji Olugbenga E, 2014. The Political Economy of Pharmaceutical Healthcare in Third World Countries: A Case Study of Malaria in Sub-Saharan Africa. *Projournal of Humanities and Social Science 2*(1): 23-45.
- Boom, Bart van den, Nicholas N.N. Nsowah-Nuamah and Geert B. Overbosch. 2008. Health care provision and self-medication in Ghana. Pp 392-416 in *The Economy of Ghana: Analytical Perspectives on Stability, Growth and Poverty*, edited by Ernest Aryeetey and Ravi Kanbur. Oxford: James Currey.
- Van der Geest Sjaak, Susan Reynolds Whyte and Anita Hardon, 1996. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual review of anthropology*, 153-178.
- Van der Geest Sjaak, 1987. Self-care and informal sale of drugs in South Cameroon. *Social Science and Medicine* 25: 293-306.
- Van der Geest Sjaak, Susuan Reynolds Whyte and Anita Hardon, 2002. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press.

Pharmacies, vendeurs informels, centres de santé des villes et des campagnes : Interroger au Bénin l'automédication au regard de la formalité des circuits de distribution et des contextes géographiques

Emilienne Anago[1], Moïse Djralah[1], Adolphe Kpatchavi[2], Carine Baxerres[3]

1. Université Abomey Calavi, CERPAGE, Bénin
2. Université Abomey Calavi, Bénin
3. IRD, MERIT (IRD – Université Paris Descartes), CERPAGE, Bénin

Le Bénin, comme les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest, présente une situation contrastée en ce qui concerne la formalité de ses circuits de distribution pharmaceutique. Formel et informel s'y côtoient et composent conjointement l'offre de médicaments disponible dans le pays[1].

Le secteur formel est composé des acteurs « classiques » de la distribution pharmaceutique, à savoir en milieu urbain les pharmacies d'officine, auxquelles s'ajoutent en milieu rural, les dépôts pharmaceutiques privés, qui distribuent une liste limitative de médicaments et sont tenus par des personnes qui ne disposent pas du diplôme de pharmacien[2]. Les centres de santé publics, confessionnels et privés font également partie du secteur formel et bien qu'ils soient principalement dédiés à la délivrance des soins, ils participent aussi à la distribution pharmaceutique. C'est le cas de manière formelle pour les centres publics et confessionnels depuis l'Initiative de Bamako (1987). Ça l'est par contre de manière informelle pour les centres de santé privés qui distribuent, alors qu'ils n'en ont pas l'autorisation, des médicaments au-delà de ceux dont ils se servent pour pratiquer des soins[3].

Le secteur informel, que l'on peut considérer parmi les acteurs « classiques » de la distribution pharmaceutique, en ce sens que celle-ci constitue son activité principale, est

1 Nous entendons par formel, les pratiques de vente et d'achat de médicaments qui se développent dans le cadre prévu par l'Etat et par le système de santé biomédical. L'informel est, par opposition, ce qui se développe en la matière hors de ces cadres formels.

2 Les dépôts pharmaceutiques ont été mis en place, à travers l'ordonnance n°75-7 du 27 janvier 1975, dans le but d'étendre la couverture pharmaceutique du pays, l'essentiel des officines de pharmacies se trouvant dans les grands centres urbains. Ils sont soumis à une législation stricte : « *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* » (décret n°2000-410 du 17 août 2000).

3 Il existe plusieurs sortes de centres de santé privés. Lors d'études précédentes (Baxerres, 2013 ; Baxerres, 2016), nous les avons classés en deux catégories : les « grandes cliniques » et les « petits centres de santé ». Ce sont ces derniers qui s'adonnent majoritairement à la vente de médicaments. Certains d'entre eux sont, au regard des autorisations dont ils disposent, à la frontière du formel et de l'informel.

composé de différentes catégories de vendeurs. Une étude réalisée précédemment dans la capitale économique du Bénin, Cotonou, a mis en évidence 7 catégories de vendeurs, non exclusives les unes des autres : les « vendeuses sur étal », les vendeuses « en boutique », les « marchands ambulants nigériens », les « marchandes ambulantes », les « vendeuses de bord de voie », les « vendeuses à domicile » et enfin les « vendeuses dans les marchés de quartier » (Baxerres, 2013)[4]. Une autre étude également réalisée à Cotonou a souligné d'autres caractéristiques de ces acteurs en lien avec les lieux où ils exercent : « vendeuses dans les chantiers », « vendeuses de cabarets », « vendeuses dans les ateliers » (Kpatchavi, 2012). Des « infirmiers informels de quartier » ont aussi été décrits comme participant à la distribution pharmaceutique à Cotonou, même s'ils pratiquent également des soins (Baxerres, 2013). Ces différents vendeurs informels sont également présents en milieu rural béninois.

Les raccourcis classiquement avancés par les autorités sanitaires et les acteurs de la santé publique (association, ONG) associent sans ambages automédication, et tous les problèmes de santé qui y sont associés, et acteurs informels de l'offre pharmaceutique. Le secteur informel – les « petits vendeurs » dont il vient d'être question, les « bonnes dames » comme on les nomme communément au Bénin – serait ainsi responsable du mésusage des médicaments, des détournements d'usages, de leur consommation importante et irrationnelle. Il est fréquent par exemple d'entendre dire par des acteurs de la santé publique à Cotonou que c'est à cause de ces vendeurs informels que les gens se retrouvent au service de dialyse du CNHU (Centre National Hospitalo-universitaire) pour cause d'insuffisance rénale. Mais qu'en est-il en réalité ? Auprès de quels types de distributeurs les individus qui pratiquent l'automédication s'approvisionnent-ils ? Quel est le rôle effectif de chacun d'entre eux en termes de conseils et de prescriptions ? Une étude antérieure a souligné des différences non négligeables en termes d'utilisation des médicaments entre les personnes habitant en milieu urbain et celles habitant en milieu rural, avec une consommation par exemple plus forte de remèdes de phytothérapie dans ce dernier contexte (Le Hesran 2010). A travers cette communication, nous souhaitons donc également voir s'il existe des différences en matière d'automédication, de types d'acteurs auprès desquels les individus achètent leur traitement et de conseils que ceux-ci leur donnent potentiellement, en fonction des contextes urbains ou ruraux de vie des personnes ?

Pour répondre à ces questions, nous réalisons depuis le milieu de l'année 2014 des ethnographies d'une durée de 4 à 6 mois auprès de différents acteurs de la distribution : 2 pharmacies et 4 centres de santé ont été observés à Cotonou, 1 pharmacie, 3 dépôts pharmaceutiques, 5 centres de santé et 4 vendeuses informelles l'ont été dans le département du Mono[5]. Durant ces observations, certaines informations, tenant au client

4 Les vendeurs informels de médicaments sont, dans le Sud du Bénin, très majoritairement des femmes. Il s'agit là d'une des caractéristiques de ce commerce informel tel qu'il se pratique le long du golfe du Bénin.

5 Nous n'avons pas investigué directement auprès des vendeurs informels à Cotonou dans le cadre de cette étude car nous y avions menés à ce sujet précédemment des études approfondies (Baxerres, 2013 ; Kpatchavi, 2012). 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 » (2014-2018), financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (UMR Merit), 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'Université des sciences de la santé du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des

(âge, sexe, mode d'achat, c'est à dire en demandant directement le(s) médicament(s) voulu(s), en demandant conseils ou en présentant une ordonnance) ainsi qu'aux produits achetés (nom, quantité, prix), ont été collectées systématiquement. De nombreux entretiens libres et semi-directifs ont aussi été menés dans ce cadre auprès de patients/clients, de vendeurs, de pharmaciens, d'assistants en pharmacie, de professionnels de santé, etc. Nous avons également conduit dans chacun de ces deux contextes (urbain, rural), des études qualitatives auprès de 15 familles : entretiens semi-directifs, suivi de la consommation pharmaceutique de chacun de leurs membres durant 8 mois.

1) Les lieux et les acteurs de l'automédication

Comme le montre le tableau ci-dessous et contrairement à ce qui généralement mis en avant, les centres de santé publics, confessionnels et privés distribuent des médicaments sans qu'il y ait eu au préalable la réalisation d'une consultation par leur personnel soignant. Les patients, que l'on peut alors qualifier de « clients », se rendent dans ces centres uniquement dans le but d'acheter des médicaments. L'ensemble de ces centres de santé n'est pas homogènes en la matière. Plus que des différences entre l'urbain et le rural (que semble pourtant souligner le tableau ci-dessous), la catégorie à laquelle appartiennent ces centres fait que cette pratique est plus ou moins développée en leur sein. Les centres de santé publics et confessionnels relativement grands (hôpital de zone, hôpital confessionnel) seraient, d'après nos données, peu sujets à cela. C'est par contre beaucoup plus le cas des centres publics de niveau inférieur dans la pyramide sanitaire (centres de santé d'arrondissement, maternité ou dispensaire isolé) ainsi que des petits centres de santé confessionnels et privés.

Toutefois, c'est auprès des acteurs privés et informels « classiques » de la distribution pharmaceutiques que les pratiques d'automédication apparaissent très fortes. Les demandes spontanées de médicaments, sans présentation d'ordonnance ou demande de conseils au vendeur, constituent dans le secteur privé (pharmacies, dépôts pharmaceutiques) et informel, la modalité d'achats principale (entre 65 et 73 % des ventes observées).

Modes d'achat	**Pharmacie urbaine**	**Pharmacie rurale**	**Vendeur informel rural**	**Centre de santé urbain**	**Centre de santé rural**
Demande spontanée	73 %	65 %	70 %	4 %	17,5 %
Ordonnance	20 %	30 %	0 %	96 %	81,5 %
Demande de conseils	7 %	5 %	30 %	0 %	1 %

Tableau n°1 : modalités d'achat des médicaments dans les lieux de distribution[6]

Celles-ci s'expriment par l'énoncé, intégral ou diminutif (ibu pour ibuprofen, para pour paracétamol), du nom du médicament (dénomination commune internationale ou

étudiants. Pour les données collectées ici, nous remercions Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh, Audrey Hémadou et Stéphanie Mahamé.

6 Dans la colonne « pharmacie rurale », nous intégrons les données recueillies auprès d'une pharmacie et de deux dépôts pharmaceutiques, dans celles sur les « centres de santé », nous intégrons les données issues des centres de santé publics, privés et confessionnels.

nom commercial) ; par la description du produit faisant appel à son prix, sa couleur, sa forme galénique, le nombre d'unité qu'il compte, son odeur, son emballage, la firme qui l'a produit, etc. ; par la présentation d'un contenant vide (boîte, bouteille de sirop, plaquette, tube de crême, etc.) ou encore d'un simple papier sur lequel est griffonné un ou des noms de médicaments. Nous avons comptabilisé cette dernière manière de demander un médicament parmi ce que nous appelons les « demandes spontanées » car elle relève bien souvent d'une commande faite par une personne à un proche. Ce peut également être des proches qui conseillent le produit en question. Toutefois, dans certains cas ces simples papiers sont en fait des ordonnances médicales, libellées dans des centres de santé dont le stock d'ordonnanciers est en rupture ou encore par des « infirmiers informels de quartier ». Ils peuvent relever aussi de conseils donnés par un proche professionnel de la santé. Le pourcentage de « demandes spontanées » que nous mettons ainsi en évidence ici est donc sans doute à relativiser quelque peu. Il convient aussi de préciser que dans certains lieux de vente, il semble qu'il y ait une réticence à vendre certaines catégories de médicaments sans ordonnance, comme des antihypertenseurs ; il conviendrait de préciser cette information. Il n'en reste pas moins que les « demandes spontanées » constitue de loin la modalité principale d'achat de médicaments dans le secteur de la distribution pharmaceutique privée et informelle.

2) Des différences urbain – rural ?

Au-delà de ce constat général, il convient de rentrer plus en avant dans la complexité des situations rencontrées. Il est intéressant notamment de noter que, bien que selon la législation pharmaceutique béninoise cela devrait constituer la grande majorité des ventes, la présentation d'ordonnances représente quand même un pourcentage non négligeable. Ce constat est encore plus fort dans les pharmacies rurales, comparativement à celles en activité en milieu urbain (30 % contre 20 % en ville). On peut faire l'hypothèse que dans le département du Mono, les gens ont plus fortement tendance à aller à la pharmacie ou au dépôt pharmaceutique suite à une consultation biomédicale, munis des prescriptions associées à celle-ci ; le recours encore plus privilégié pour pratiquer l'automédication se situant plus fortement ailleurs, nous allons y venir. Cette remarque est aussi valable si l'on prend en compte le statut socio-économique des individus. Les lieux d'achat des médicaments peuvent varier en fonction de celui-ci. Les personnes dont les revenus sont les plus importants ont plus fortement tendance, notamment à Cotonou, à se rendre à la pharmacie pour pratiquer l'automédication. Alors que celles dont le statut social est plus faible se rendent dans ces cas plus fortement auprès d'une vendeuse informelle[7]. Autrement dit, tout le monde pratique l'automédication mais suivant les contextes de vie et les statuts socio-économiques, le lieu d'achat des médicaments pour cela varie.

Un autre constat étonnant issu de nos données réside dans le fait que les vendeurs informels exerçant en milieu rural ont un rôle de conseil plus important que les vendeurs du secteur privé formel (30 % contre 5 à 7 % dans le privé). Leurs clients leur demandent plus fortement des « prescriptions », ce qui s'exprime bien souvent par des propositions faisant appel aux maux qu'ils ressentent : « médicaments de douleurs », « médicaments de

7 Ce qui ne veut pas dire que les catégories sociales supérieures ne recourent pas au marché informel pour s'automédiquer, mais qu'elles le font moins fortement. Un volet quantitatif du programme Globalmed est en cours actuellement et permettra de quantifier ces phénomènes.

vers », « médicaments de maux de ventre ». Il semble que parmi les différentes catégories de vendeuses informelles, les marchandes ambulantes qui se déplacent de hameau en hameau et de maison en maison, remplissent particulièrement ce rôle, peut-être en raison du temps qu'elles accordent aux personnes, temps dont leurs clients « captifs » disposent également plus fortement à leur domicile que lorsqu'ils sont par exemple au marché ou durant leurs trajets quotidiens. Certaines d'entre elles travaillent même aujourd'hui au moyen de leur téléphone portable : « *Il y a des gens qui ont nos numéros, quand tu leur vends des médicaments et qu'ils suivent bien la manière dont tu indiques la posologie, ça travaille bien… ils vont t'appeler et prendre rendez-vous avec toi pour en acheter une autre fois* » (entretien, département du Mono, mars 2016). Selon l'étude antérieure que nous avons menée à Cotonou directement auprès de ces acteurs de la distribution pharmaceutique (Baxerres, 2013), ce rôle de conseil des vendeurs informels est plus faible en ville. Ce constat se vérifie dans la présente étude. Les familles de Cotonou auprès desquelles nous avons travaillé font en la matière moins fortement référence aux vendeurs informels et soulignent ainsi des sources d'information plus larges. Il va en être question maintenant.

3) Une automédication sous influences multiples

A travers cette étude, la pratique de l'automédication apparait influencée par plusieurs acteurs et facteurs. Il est important de préciser tout d'abord que les gens au Bénin, en milieu urbain comme rural, quel que soit leur statut socio-économique, ont une connaissance importante des médicaments pharmaceutiques, de leur nom et des maux qu'ils sont supposés, selon eux, traiter ou des effets qu'ils sont censés avoir sur leur organisme. Une mère de famille dit par exemple : « *J'utilise para et boska tous les matins parce que pour mon commerce… je dois me promener de quartier en quartier et crier du matin jusqu'à 14h pour annoncer aux clients que je suis là et cela peut me donner les maux de tête. Les deux autres, ibu et peladol extra, sont consommés les soirs parce que pour mon commerce comme je suis tout le temps à côté du feu, je dois me traiter au quotidien pour ne pas tomber malade* » (entretien avec une mère de famille de statut socio-économique intermédiaire, département du Mono, janvier 2015). Ainsi, lorsqu'ils s'adressent aux vendeurs formels comme informels, ils ont des exigences certaines qui peuvent tenir à la composition du médicament qu'ils souhaitent acheter, à sa marque ou encore à sa forme galénique. Par exemple, « *une dame entre dans la pharmacie « est-ce que vous avez cévit ? », demande-t-elle, Sonia*[8] *lui répond « c'est en rupture. L'enfant à quel âge ? Est-ce qu'il mange bien ? ». La dame lui dit « elle a 14 ans et elle mange bien mais elle s'étire et se plaint de fatigue. Je ne veux pas des multivitamines, je veux la vitamine C. Je lui ai déjà fait une cure de quinine pendant 7 jours »* » (journal de terrain, pharmacie urbaine, juin 2014).

Mais au-delà de cette connaissance individuelle qu'ils ont des médicaments, les béninois sont fortement influencés par leurs proches et leurs parents dans les usages qu'ils en ont, et ce bien sûr en milieu urbain comme rural. « *Je demande à la dame comment elle connait le médicament. Elle me répond en disant que c'est une amie qui le lui a conseillé et lui a remis la boite vide* » (journal de terrain, dépôt pharmaceutique, octobre

8 Tous les prénoms mentionnés ici sont des pseudonymes.

2014). « *Une dame remet à Alain un bout de papier sur lequel est inscrit exodéril, Alain lui demande « lequel ? », montrant ses deux mains dont les dix ongles sont abimés, cette dame explique « je suis vendeuse de bouillie et un de mes clients m'a dit d'aller soigner mes ongles en me proposant ce médicament, il m'a juste dit que je vais mettre quelques gouttes sur les ongles en voulant me coucher la nuit »* » (journal de terrain, pharmacie urbaine, septembre 2014).

Les vendeurs en pharmacie et en dépôt pharmaceutique, qu'ils soient pharmaciens, auxiliaires en pharmacie diplômés ou stagiaires encore en formation, influencent également les pratiques d'automédication des individus. Ils transmettent des informations sur les médicaments lorsque leurs clients leur demandent des conseils, lorsqu'ils leur proposent – pour des raisons médicales (traitement plus adapté) ou financières (rupture de stock, produit plus rentable) – de substituer un médicament qui leur a été prescrit ou conseillé. Cet extrait de journal de terrain rédigé suite à une observation dans un dépôt pharmaceutique en milieu rural le montre : « *Lucie a demandé à la jeune fille si c'est flagyl qu'elle veut, la jeune fille lui a dit qu'elle est déjà venue ici pour acheter un médicament pour faire manger les enfants et que c'est Lucie même qui lui a vendu ça* » (janvier 2016). Nous l'avons vu précédemment, les conseils donnés par les vendeurs informels inspirent aussi bien sûr l'automédication.

Autres professionnels qui influencent de manière importante les pratiques d'automédication, les agents de santé jouent en la matière un rôle de choix. Quel que soit leur niveau de compétence (médecin, infirmier, sage-femme, auxiliaire de santé, aide-soignant, stagiaire en formation…), ils prescrivent ou conseillent des traitements – lors de consultations biomédicales ou dans leurs réseaux de connaissance et assez souvent simplement par téléphone – que les individus utilisent et réutilisent ensuite lorsqu'ils sont confrontés à des situations de santé selon eux comparables. La tendance que beaucoup d'entre eux ont de dispenser face à divers problèmes de santé des prescriptions « formatées », c'est-à-dire qui comportent systématiquement les mêmes médicaments (un analgésique, un antiparasitaire, un antibiotique, une vitamine, etc.), renforce encore auprès de leurs patients la pratique d'automédication à venir. Ces agents de santé sont plus nombreux, plus disparates et travaillent dans des structures de santé plus diverses (publiques, nombreux privés, associations, ONG, etc.) à Cotonou que dans le Mono. Ce qui participe à l'explication, dont il été question précédemment, d'une plus grande variabilité des sources d'information disponibles à Cotonou.

Autre type d'influence non négligeable, les médias – télévision, radio, presse – sont plus souvent mentionnés dans nos études à Cotonou que dans le département du Mono. La réception par les familles des messages de sensibilisation diffusés par le Ministère de la santé pour l'utilisation de certaines catégories de médicaments, comme les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine contre le paludisme, semblent aussi meilleure en milieu urbain.

Conclusion

L'automédication est la modalité première d'achat et de consommation de médicaments au Bénin. Bien qu'elle fasse rarement suite à une consultation biomédicale en bonne et due forme, elle semble assez souvent relever, aux yeux des individus qui la

pratiquent, d'une prescription. Même si celle-ci est antérieure, et parfois de beaucoup, à la prise du médicament, les individus se réfèrent souvent à ce conseil ou cette prescription initiale qu'ils reproduisent ensuite. Les professionnels de la santé sont les premiers évoqués, mais les vendeurs formels et surtout informels exerçant dans les lieux « classiques » de la distribution pharmaceutique ont aussi leur rôle en la matière.

Notre étude souligne clairement que l'automédication est pratiquée par tous, quel que soit le statut socio-économique des individus, qu'ils habitent en milieu urbain comme rural. Cependant les médicaments achetés pour la pratiquer ne proviennent pas toujours des mêmes lieux. Les classes supérieures ont plus fortement tendance à se rendre pour cela en pharmacie alors que les classes inférieures feront plus facilement recours dans ces cas aux vendeurs informels. Ces derniers semblent peser un poids plus fort dans l'accès aux médicaments et l'acquisition de connaissances en la matière en milieu rural qu'en milieu urbain. Ces données qualitatives seront confirmées ou infirmées par des études quantitatives en cours actuellement dans les zones où nous avons travaillé.

Pour répondre aux questions que nous avons soulevées en introduction, il apparait ainsi que les problèmes de santé publics évoqués précédemment (mésusage des médicaments, détournements d'usages de ceux-ci, consommation importante et irrationnelle) ont plus à voir avec les modalités d'usage des médicaments, qu'influencent largement nous l'avons vu les professionnels de santé, qu'avec la formalité ou non des circuits de distribution. Le fait de pratiquer une prévention abusive à base de médicaments, de ne pas observer un traitement antibiotique complet, de se servir de corticoïdes dans le but de donner de l'ampleur à certaines parties de son corps ou de donner des anxiolytiques à son enfant pour qu'il dorme bien alors qu'il souffre de maux qui le maintiennent éveillé, ne dépend pas du lieu d'achat des médicaments mais bien des connaissances et des perceptions que les individus acquièrent et développent en matière de médicaments.

Références

- Baxerres Carine, 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- Baxerres Carine, Egrot Marc, Duquenois Sylvie, Sambiéni Emmanuel Nkoué, Le Hesran Jean-Yves, 2016, La biomédicalisation de la grossesse au Bénin s'accompagne-t-elle d'un processus de marchandisation ? In : Haxaire Claudie, Farnanier Cyril, Moutaud Batiste, *Enjeux anthropologiques de l'innovation en santé, Rennes*, Presse Universitaires de Rennes, *sous presse*.
- Kpatchavi C. Adolphe, 2012, Se soigner dans la rue : les usages sociaux du médicament dans les quartiers périphériques de Cotonou (Bénin), *Cahier du Centre d'Etudes et de Recherche en Lettres et Sciences Humaines et Sociales (Ouagadougou, Burkina Faso)*, 27, n°41, p. 211 – 239.

- Le Hesran Anne-Lise, 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, Paris.

Révélation du VIH/sida et pratiques d'automédication en Côte d'Ivoire : expérience des PVVIH autour de leurs itinéraires thérapeutiques

Souleymane Kouyate

Unité de Formation et de Recherche en Information, Communication et Arts (UFRICA) Université Félix Houphouet Boigny - Abidjan (Côte d'Ivoire)

Introduction

La problématique de l'automédication[1] reste d'actualité dans le monde entier et principalement en Afrique. Il serait faux de croire que le phénomène est essentiellement une pratique réservée aux régions connaissant une faible couverture sanitaire.

En Côte d'Ivoire, malgré les multiples conseils lors de l'annonce du VIH/SIDA à l'infecté et l'amélioration de l'accès gratuit aux ARV, la sphère du recours thérapeutique ne correspond pas souvent mécaniquement à la fréquentation des centre de santé (DESCLAUX A, 2002). Le refus d'admettre la réalité de leur sérologie positive ou d'accepter leur statut amène une frange de PVVIH à recourir à l'automédication. Ces recours se font principalement avant la mise sous ARV ou bien pendant la prise d'ARV.

Cette recherche qualitative a pour but d'établir l'itinéraire thérapeutique des séropositifs avant la mise sous ARV ou bien pendant la prise d'ARV. Elle appréhende le comportement de recherche de soins (Heath care behaviour, STOCK, 1987) ou encore le comportement thérapeutique (thérapeutic behavior, GIRT, 1971) des PVVIH, notamment leurs expériences de l'automédication après l'annonce de leur sérologie positive.

Plus spécifiquement, il s'agit de déterminer, tout d'abord, le niveau de connaissances des enquêtés concernant la différence entre un séropositif et un malade du sida, le test de dépistage du VIH et les traitements, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au moment de la révélation du statut sérologique.

Ensuite, il s'agira d'identifier leurs perceptions du diagnostic, l'auto-évaluation de leurs symptômes, afin de comprendre les dilemmes et obstacles au traitement du VIH.

Enfin, il s'agira de décrire leurs expériences autour de leurs itinéraires thérapeutiques, notamment en rapport avec l'automédication.

D'un point de vue méthodologique, l'enquête de terrain s'est déroulée de février à septembre 2015 à Abidjan. Les données ont été essentiellement collectées à travers des entretiens individuels qualitatifs et par *focus groups* à l'aide de guides d'entretien auprès de 23 patients actuellement sous ARV, qui ont accepté de partager leurs expériences

1 L'automédication se définit comme la prise de médicament sans avis médical. Elle comporte généralement trois(3) étapes : un auto-diagnostic, une auto-prescription et une auto-consommation.

thérapeutiques après la découverte de leur séropositivité avec nous.

Ils ont tous été recrutés avec l'appui de *l'ONG Binkeleman*.

Nous avons réalisé cinq(5) focus groups :

-1 focus group avec les PVVIH n'ayant jamais pratiqué l'automédication ;

-1 focus group avec les PVVIH l'ayant pratiqué ;

-1 focus group avec les enquêtés ont appris leur séropositivité au cours d'un dépistage volontaire ;

-2 focus group avec les enquêtés ont appris leur séropositivité à la suite d'une maladie (1 focus avec des hommes et 1 focus avec des femmes) ;

Nous avons également réalisé 8 entretiens non structurés avec des PVVIH de chacune des différentes catégories énumérés pour les laisser évoquer leurs vécus.

L'enquête s'est déroulée, au départ, sur un échantillon de 40 PVVIH sélectionnés. Elle a, cependant, enregistré une déperdition de 17 PVVIH un(1) mois après. En effet, seules 23 enquêtés ont pu participer à l'étude.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé, les méthodes qualitatives. L'analyse des données s'est faite sous forme d'une analyse de contenu du discours des participantes selon la méthode suivante : la retranscription des données ; le codage des informations et le traitement des données. Pour chaque thème, une hiérarchisation a été d'abord faite des messages clés tels qu'exprimés par les participants et ce, en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes et dans l'ensemble. Ensuite, une comparaison a été effectuée entre les groupes de façon à dégager les différences et les convergences. Enfin, les messages clés ont été illustrés à l'aide de verbatim qui reflète la perception exprimée par les participants.

I. Caractéristiques des enquêtés

Les enquêtés comprenaient 12 femmes et 11 hommes.

8 PVVIH ont déclaré n'avoir jamais pratiqué l'automédication contre 15.

6 PVVIH parmi les enquêtés ont déclaré avoir appris leur séropositivité au cours d'un dépistage volontaire et 17 à la suite d'une maladie.

10 PVVIH avaient le niveau secondaire et plus, tandis 13 avaient le niveau primaire ou étaient non scolarisés.

II. Niveau de connaissances des PVVIH en matière de VIH au moment de la révélation du statut sérologique

Ce chapitre présente le niveau de connaissances des enquêtés concernant la différence entre un séropositif et un malade du sida, le test de dépistage du VIH et les traitements, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au moment de la révélation du statut sérologique.

II.1. Connaissances de la différence entre un séropositif et un malade du sida

Globalement *au moment de la révélation de leur statut sérologique*, les 13 PVVIH qui avaient le niveau primaire ou étaient non scolarisés ont reconnu qu'ils ne faisaient pas de distinction entre l'état de séropositivité et celui de la maladie du sida. Selon eux, ces deux notions sont identiques et ils ont déclaré spontanément : *« Pour moi, y'avait pas de différence. C'est même maladie là »*.

D'ailleurs, à la question *« Avant, quand on vous disait que quelqu'un est séropositif, ça voulait dire quoi ?* Les réponses généralement données par les participants sont du type:

« Ça voulait dire qu'il a sida ».

« Si quelqu'un nous dit aujourd'hui que VIH et sida sont même chose, on peut lui dire ce n'est pas même chose. Avant on pensait que c'était même chose ».

Ceux qui ont affirmé qu'ils parvenaient à faire la distinction entre les deux notions ne représentaient que les 10 PVVIH qui avaient le niveau secondaire et plus.

Ces derniers paraissaient relativement mieux informés sur les différents aspects du VIH/sida que ceux qui avaient le niveau primaire ou non scolarisé.

II.2. Connaissances sur le test de dépistage du VIH et les traitements

D'une manière générale, tous les participants connaissaient bien le test de dépistage du VIH ou en avaient entendu parler *au moment de la révélation de leur statut sérologique*.

La quasi-totalité des participants (21 PVVIH) a déclaré qu'elle connaissait ses avantages. Selon elle, il est important de se faire dépister du VIH, car la connaissance de son statut sérologique est une très bonne chose.

De même, à la question de savoir si les enquêtés savaient qu'il existait un traitement pour cette maladie, la majorité des enquêtés (20 PVVIH) a soutenu qu'elle savait *au moment de la révélation de leur statut sérologique* que *« le test du sida te permet de te soigner si tu es malade »*.

Au cours des discussions de groupe, il leur a été posé la question de savoir quels sont ceux qui s'étaient fait dépister au moins une fois avant la révélation du statut sérologique positive, la majorité des enquêtés(22 PVVIH) n'avait jamais de test de séroprévalence au VIH.

II.3.Niveau d'information des filles sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)

13 PVVIH ont affirmé qu'ils ignoraient au moment de la révélation de leur statut sérologique que*« Si une femme enceinte fait le test du sida, ça peut sauver son bébé »*. D'ailleurs, sur la question, une enquêtée a donné l'explication suivante :

« Moi franchement, je ne savais pas. Je pensais que si tu es enceinte, tu vas mourir ; ton bébé aussi ».

Il est apparu clairement, qu'au moment de la révélation de leur statut sérologique que les enquêtés n'étaient pas à des niveaux similaires de connaissances de base concernant la différence entre un séropositif et un malade du sida, le test de dépistage du VIH et les traitements, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME).

III. Perceptions des PVVIH au moment de la révélation du statut sérologique du VIH

III.1.Perception du VIH/sida

A la question de savoir ce que les enquêtés pensaient du VIH au moment de la révélation du statut sérologique positive, la quasi-totalité a évoqué le côté néfaste et déstabilisant de la pandémie. Les réponses généralement données par les participants sont du type: *« le VIH/SIDA est très dangereux ; il fait penser à la mort ».*

Toutefois, une frange des enquêtés, notamment les 8 enquêtés qui n'avait jamais pratiqué l'automédication, a soutenu que malgré tout, elle est aujourd'hui une maladie chronique. Selon une enquêtée, *« la séropositivité ne signifie pas nécessairement que l'on va mourir. Être séropositif au VIH signifie que l'on est contaminé par ce virus, mais ne veut pas dire que l'on est malade du sida. Grâce aux médicaments existants de nos jours en Côte d'Ivoire, on peut vivre plus longtemps et même envisager une vie normale ».*

Aucun enquêté n'a fait allusion à certains discours populaires, comme l'émanation de mauvais sort, de sorcellerie etc.

III.2.Perceptions du diagnostic

Il est apparu globalement chez les enquêtés, qu'apprendre que l'on est porteur du VIH est toujours un moment éprouvant.

À la question de savoir *« qu'avez-vous pensé des résultats de votre test de dépistage ? »*, toutes les réponses afférentes à la question, ont fait allusion, dans un premier temps, au déni du diagnostic. La quasi-totalité des enquêtés a fait état de la présence de doutes ou le refus de la réalité sur leur sérologie positive. Selon d'ailleurs un enquêté :

> *« Sincèrement, ce n'était pas facile pour moi d'accepter que je suis séropositif. Je me portais bien ; je n'avais aucun souci de santé. Comme on préconisait le dépistage, c'est pour cette raison que je voulais connaitre mon statut. J'avoue que quand on m'a dit que je suis séropositif, l'émotion était si forte que je me suis mis dans la tête que l'infirmier qui a fait l'analyse ne connaissait pas son travail. Par moment, je me suis demandé s'il ne s'était pas trompé sur le sang analysé ; si ce n'était pas le sang de quelqu'un d'autres. Par la suite, je me suis présenté aux infectieuses au CHU de Treichville où j'ai rencontré le Dr.ABOH. Ce dernier m'a souri et il m'a fait reprendre le test. Le test s'est avéré encore positif. Voilà comment je finis par accepter mon nouveau statut. Aucun malade n'accepte les résultats facilement. On met même en doute les capacités du laborantin, sinon du médecin ».*

Même ceux qui avaient accepté le diagnostic ont déclaré majoritairement le même type de propos ; malgré cela, conscients des bienfaits du statut sérologique, il leur a été aisé d'accepter leur nouveau statut, comme en témoignent les propos d'une enquêtée de niveau supérieur :

« Quand on m'a annoncé ma sérologie positive, je doutais du résultat. Et puis consciente que le test du sida te permet de te soigner si tu es malade, j'ai accepté ».

Il ressort de l'enquête que ceux qui avaient le niveau secondaire et plus paraissaient mieux informés sur les différents aspects du VIH/sida et était disposés à accepter le diagnostic plus facilement que ceux qui avaient le niveau primaire ou qui étaient non scolarisés.

En revanche, la majorité des enquêtés a déclaré qu'elle n'était pas disposée à accepter les résultats jusqu'à ce que les maladies opportunistes les « fatiguent » et qu'elle soit obligée de se rendre dans un centre de santé sur conseil et même souvent sous la contrainte des membres de la famille :

« Sans ma famille, je ne serai pas allé à l'hôpital. C'est vrai que j'y avais déjà été et qu'on m'avait dit que je suis séropositif. Mais comme je doutais des résultats, car je ne voulais pas du tout entendre parler de cette maladie, je me suis soigné, jusqu'à ce que ça ne marche pas. Les parents m'ont conduit à l'hôpital, le jour où j'ai chuté. Ce jour-là, arrivé à l'hôpital, on m'a fait faire des examens médicaux. C'est par la suite que ma famille a été informée de mon statut sérologique positif. Voilà comment je commence le traitement ».

III.3.Perception des ARV

A la question de savoir s'il connaissait au moment de la révélation de leur statut de sérologie positive l'existence d'un traitement pour le VIH et ce qu'il pensait de ce traitement, hormis 4 PVVIH, tous les enquêtés connaissaient l'existence d'un traitement pour le VIH et ont reconnu que les ARV permettaient aux PVVIH de se maintenir en bonne santé.

En dépit de leur connaissance des avantages des ARV et de la possibilité de se faire traiter en cas de contamination, il ressortait de l'analyse des focus groups qu'il existait une certaine réticence chez la majorité des enquêtés d'accepter leur nouveau statut de séropositif. En clair, ces derniers n'étaient pas disposés à se mettre régulièrement et spontanément sous traitement ARV.

Lors des focus groups, les réponses de cette nature sont, en effet, très récurrentes :

« Pour moi, je n'avais le VIH. Je ne pouvais donc me rendre dans les centres de prise en charge pour me mettre sous ARV »

« Pourquoi me mettre sous ARV, alors que dans ma tête, je n'ai pas le VIH ? Telle était mon opinion ».

« Mon frère, pour moi, je n'avais pas le VIH. Or les ARV, c'est pour les sidéens. Or moi, je me dis que je n'ai pas ça. Ça ne pouvait pas me guérir. Et puis, je ne voulais même pas entendre parler des ARV. En l'acceptant, ça voulait dire que je suis d'accord que j'ai le sida ».

III.4.Auto-évaluation des symptômes

Comme indiqué plus haut, 6 PVVIH parmi les enquêtés ont appris leur séropositivité au cours d'un dépistage volontaire et 17 à la suite d'une maladie.

Après la révélation de leur statut sérologique positive, la remise en cause du diagnostic amène généralement les malades du VIH à interpréter leur mal ; cela consiste en une autoévaluation des ressentis physiques en adéquation avec les significations socialement pertinentes. Quelques explications se trouvent dans les témoignages suivants :

«Au début je ne croyais pas du tout au diagnostic du médecin. Après l'annonce, il m'a donné des conseils et m'a orienté vers le centre Houphouet Boigny à « Abobo avocatier ». Mais je n'y suis pas allée tout de suite. J'étais convaincue que j'avais kôn na djeli(plaie de ventre). On ne pouvait pas me l'enlever. Et comme j'étais seule, j'ai gardé ses révélations pour moi seule. J'ai même déchiré les résultats à ma sortie. J'ai cherché des médicaments « indigénat » pour soigner le mal. C'est après un an sans amélioration que je me suis dirigé de nouveau vers l'hôpital. Mon état de santé s'était dégradé » ;

« Quand j'ai été déclaré positive au VIH, j'ai refusé de croire au résultat. Pour moi, c'est « koko »(hémorroïde) qui me fatiguait et c'est trois ans après que j'ai pris la chose au sérieux, car ça n'allait plus du tout ».

L'étiologie sorcière a été également évoquée Pour certains enquêtés, leur maladie émanait des sorciers, comme en témoignent les différents discours qui suivent :

« Moi, j'étais convaincu que le mec a posé un faux diagnostic. Pour moi, c'est comme ça, ils font pour tuer les gens. J'étais convaincu que ma tante voulait ma peau. C'est la sorcellerie ».

« Moi, j'avoue que j'ai cru au diagnostic du médecin. Mais j'étais aussi convaincu que les sorciers donnent aussi le sida à ceux qu'ils n'aimaient pas. Pour moi donc, même si le diagnostic est juste, il fallait plutôt soigner chez les féticheurs, car les ARV ne pouvaient rien, car c'était mystique ».

Ces propos démontrent ici que le diagnostic biomédical du sida n'est pas pertinent aux yeux de certains infectés après la révélation de la séropositivité. Certains enquêtés, après l'annonce du VIH, niait son existence pendant que d'autres lui attribuaient des étiologies de la nosographie locale.

Toutefois, même si l'auto-évaluation des symptômes est plus marquée chez la majorité des enquêtés, on constate qu'une frange a adhéré au diagnostic biomédical, comme en témoignent les propos d'une enquêtée. Faisant allusion à son passé, elle a plutôt exprimé le sentiment de culpabilité, se sentant elle-même victime de son imprudence.

« Moi, on m'a annoncé les résultats de mon test en présence de mon mari. Ça nous a beaucoup affectés ; moi personnellement, j'ai cru. J'ai commencé à faire le tour des personnes que j'ai connu dans la vie. Je me souviens que je sortais avec un homme qui est décédé il y'avait 3 ans. A sa mort, les gens disaient qu'il était mort du Sida. Tout de suite, je me suis dit qu'il est à la base de ma contamination, car il ne s'est jamais préservé avec moi ».

IV. Quelques expériences des enquêtés autour de leurs itinéraires thérapeutiques après l'annonce de leur sérologie positive

L'enquête a révélé des itinéraires thérapeutiques variés des infectés après l'annonce

de leur sérologie positive. D'une personne à une autre, l'expérience de la maladie peut être diversement vécue et exprimée. Les enquêtés étaient partagés entre secteur biomédical, « tradi-praticiens » et automédication. Ils mobilisaient ces divers systèmes de soins soit de façon successive, soit concomitamment.

Comme indiqué plus haut, 8/23 enquêtés soutiennent n'avoir eu recours qu'aux centres de santé après la découverte de leur sérologie positive. Selon un enquêté :

« C'est vrai que ça m'a bouleversé d'apprendre que je suis séropositif, mais je ne crois qu'en la médecine moderne. Quand on m'a annoncé que je suis séropositif, ça m'a fait très mal et pour ne rien vous cacher, j'ai gardé le secret pour moi seul. J'avais peur de la réaction des autres s'ils l'apprenaient. Vous savez, quand les gens savent que tu as ça, ils t'évitent ; ils se méfient de toi. Tu es stigmatisé. Moi, je ne crois qu'en la médecine. Je savais que le sida ne tue plus. Le sida est devenu une maladie chronique. J'ai immédiatement suivi les conseils du médecin, qui m' conseillé de me rendre aux infectieuses au CHU de Treichville. Là-bas, ils ont repris le test. Ils m'ont mis sous ARV».

Parmi les 15 enquêtés ayant emprunté d'autres recours thérapeutiques, la quasi-totalité atteste qu'elle a utilisé à un moment, soit avant ou après la mise sous ARV, l'automédication. Et pour chaque symptôme connu, un traitement y est associé.

« Quand on m'a annoncé ma séropositivité, mon tout 1er recours était l'automédication. Puisque je ne croyais pas au diagnostic du médecin, moi-même, j'ai commencé à me soigner. Quand je pense que j'ai le palu, je pars à la pharmacie et je demande de me donner des médicaments de palu. Tu sais dans nos pharmacies, on ne te demande même pas d'aller à l'hôpital quand ça ne va pas. Les gars veulent vendre seulement. Donc, je paye le médicament que je prends. J'avoue que souvent ça soulage, mais tu sens que tu n'es pas guérie, parce qu'après, tu rechutes encore. Dans le même temps, je demandais médicament indigénat ; tout ça, parce que j'étais convaincu que je n'ai pas le sida. Pour moi, je n'ai que le palu.En fait, je me soignais en fonction de ce que je ressentais ou de la maladie que je croyais avoir J'ai des amis qui m'ont conseillé d'aller à l'hôpital. Eux, quand ils te le demandent, souvent, ils soupçonnent le sida, mais ils ne te demanderont jamais de faire le test du sida, car c'est un sujet un peu tabou. Ils te disent simplement d'aller consulter un médecin. Moi, je leur répondais toujours que j'ai été à l'hôpital et que j'ai fait tous les examens, mais qu'ils n'ont rien vu. Bon cela était dû au déni de la maladie. Mais quand la maladie s'est aggravée à la maison, la famille m'a contraint d'aller à l'hôpital. J'y suis allé avec ma tante, car j'étais veuf. Arrivé là-bas, ils m'ont annoncé en sa présence après dépistage que j'avais ça. Je n'avais plus le choix. J'ai accepté de prendre les ARV, pour voir dans un premier temps, comment la maladie évoluerait. Là-bas, on m' dit d'arrêter mes médicaments indigénat et de ne prendre que ce qu'ils venaient de me donner. C'était gratuit. Mais la prise fatigue… Bon au départ, c'était difficile, mais après j'ai fini par m'habituer. Voilà un peu mon expérience et ce que j'ai fait après l'annonce de ma séropositivité ».

« Moi, quand on m'a révélé ma séropositivité. Je n'ai pas refusé de prendre les médicaments dêh. J'ai accepté de les prendre. Mais je faisais confiance aussi en la médecine traditionnelle. C'est pour cela, quand bien, je prenais les ARV, je continuais de prendre les médicaments indigénats. Et puis, souvent dans les coins de rue, on voit des affiches où on dit telle personne peut guérir le sida. A l'hôpital, les gens disent qu'on peut vivre avec, que c'est une maladie comme la tension et qu'il suffit juste de prendre ses médicaments. Mais si tu arrêtes de les prendre, tu rechutes encore. Donc tu ne peux pas guérir totalement. Comme je le disais souvent, on apprend qu'il ya des personnes qui guérissent totalement le sida. Voilà comment je me suis retrouvé chez un guérisseur. Cela faisait déjà 4 mois à peu près que j'étais sous ARV. Franchement, au moment où j'y allais, je me portais bien. Mais quand j'ai commencé à suivre les médicaments du guérisseur, ma maladie a repris. Je ne me portais pas bien comme quand j'allais chez. Pourtant je continuais de prendre les ARV. Après un mois d'indigénat et d'ARV, je

n'allais pas bien du tout. J'ai revu mon médecin suiveur qui m'a demandé si en plus des médicaments, je prenais d'autres médicaments. J'ai menti en lui disant non. Il a repris mes examens et il a renouvelé mes médicaments. Il m'a dit que quand on mélange les ARV avec les autres médicaments, notre santé prend un coup… C'est à partir de ce jour que j'ai arrêté leur affaire d'indigénat, j'ai arrêté de me soigner moi-même pour me consacrer exclusivement aux prescriptions du médecin; même quand ma tête me fait mal, je l'appelle et il me dit ce que je peux prendre ».

Les différentes expériences des enquêtés montrent que les choix thérapeutiques sont influencés ici par la perception de la maladie et de sa gravité.

Conclusion

D'un infecté à un autre, cette recherche descriptive a révélé que les itinéraires thérapeutiques varient après l'annonce de leur sérologie positive. Il ressort de l'enquête que les choix thérapeutiques du malade sont guidés par la cause présumée de la maladie telle que perçue par le malade lui-même.

Dans le contexte du VIH/SIDA, Ils se construisent entre automédication, médecines traditionnelles et biomédecine.

Références

- BENOÎT C. (1998), Le sida à Saint-Martin : représentations et recours aux soins dans une société pluriethnique, Paris, ANRS/Sidaction, rapport multigraphié, 77 p.
- BENOÎT C. (1999), Circuits des patients atteints de la drépanocytose et filières de soins en Guadeloupe : modèles culturels de la maladie et exclusion sociale dans une société pluriethnique, EHESS, Centre d'études africaines, rapport INSERM, appel d'offres « Filières, réseaux, séquences de soins et circuits des malades » de l'intercommission n° 6, 56 p.
- BOURDIER F. (2001), Trajectoires sociales entre l'Amazonie française et brésilienne des personnes contaminées par le VIH, Migration et santé, n° 104, pp. 79-90. BOURDIER F. (2002a), Le migrant, l'ethnologue et le médecin…, Dérades, vol. 9, pp. 59-68.
- Coulibaly-Traoré D, Vidal L. L'accès aux traitements des patients vivant avec le VIH/ sida en Côte d'Ivoire : une enquête qualitative. In : Msellati P, Vidal L, Moatti JP, eds. L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative Onusida/ministère de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux. Collection Sciences sociales et sida. Paris : ANRS, 2001 : 159-77.
- Desclaux A(2001). L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? In : Bessette D, Bungener M, Costagliola D, Flori YA, Matheron S, Morin M, et al., editors. L'observance aux traitements contre le

VIH/sida. Mesure, déterminants, évolution. Paris : ANRS – Collection sciences sociales et sida : 57-66.

- FASSIN D. (2001), Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun, in J.-P. Dozon et D. Fassin (ed.), Critique de la santé publique - Une approche anthropologique, Paris, Balland, pp. 181-208.
- Fainzang, S.(1989) "L'intérieur des choses". Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso. Paris, Harmattan.
- Fainzang, S. Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, coll. « Les cahiers de l'Homme ».
- Fassin D.(1992) Pouvoir et maladie en Afrique. Les Champs de la Santé. Paris : PUF, : 360 p.
- Guyane. BENOÎT C. (1997), Sida et itinéraires thérapeutiques à Saint-Martin/Sint Maarten : représentations culturelles ou pratiques sociales ?, Dérades, vol. 1, pp. 79-88.
- STOCK,R.(1987). Understanding health care behaviour. A model together with evidence from Nigeria. In Rais Atkhtar(ED° ; Health and Disease in tropical Africa. London : Hawood Academic Publishers. 279-92
- Vidal, L.(1992b)Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH (Abidjan-Côte d'Ivoire). Cahiers santé d'études et de recherches francophones, 2,5 : 312-321.
- Vidal, L.(1995), Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida : les expériences des séropositifs des centres antituberculeux d'Abidjan. In Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. ORSTOM Editions. Collection colloques et séminaires pp.177-186.
- Yoro Blé Marcel(2012), Itinéraires thérapeutiques d'un malade décède du sida à Abidjan (côte d'ivoire) In European Scientific Journal, June edition vol. 8, No.13

Approche géographique des déterminants de l'automédication chez les personnes en situation de handicap physique dans le contexte urbain saint-louisien (Sénégal)

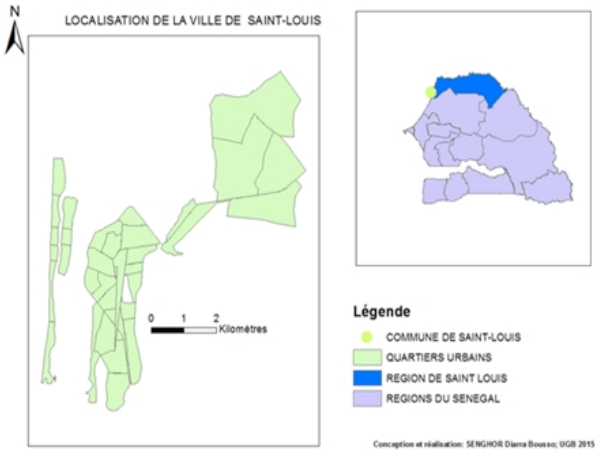
Diarra Bousso Senghor

Doctorante en géographie de la santé à l'Université Gaston Berger de Saint-Louis

Introduction

Dans les villes des pays en développement, notamment à Saint-Louis du Sénégal, l'automédication est une alternative tentante. En effet, face aux nombreux manquements du système de soins, les populations ont beaucoup de mal à accéder à des soins satisfaisants. Elles se tournent ainsi vers les alternatives qu'elles ont à portée de main, pour se soigner. Ce problème est plus accentué chez les personnes en situation de handicap physique, du fait de leurs capacités physiques limitées, des spécificités de leurs besoins de santé, de leurs faibles ressources et de leur susceptibilité face aux services de santé. Par ailleurs à Saint-Louis, les particularités spatiales, l'aménagement, le transport, l'architecture des services de santé ainsi que la prise en charge sociale des soins pour les démunis constituent de réels obstacles à l'accessibilité aux soins des personnes en situation de handicap physique. Il est ainsi fréquent que cette population, n'ayant pas la possibilité de satisfaire ses besoins de soins au niveau des services de santé se tourne vers l'automédication pour tenter de remédier à son mal. Ainsi, sur un échantillon de 105 personnes en situation de handicap physique, 37 ont recouru exclusivement à l'automédication lors de leur dernier épisode morbide soit 35%. Ce pourcentage est de 29,6% chez les adultes contre 47,1% chez les enfants et les cas d'infirmité motrice cérébrale. Chez les adultes, 4,2% ont associé l'automédication au recours à des soins traditionnels pour se soigner. On peut dès lors se poser la question à savoir ce qui pousse les Saint-Louisiens en situation de handicap physique à recourir autant à l'automédication. Cependant, les études menées au Sénégal sur le recours aux soins en général et sur l'automédication en particulier n'ont pas encore abordé le sujet sous l'angle du handicap physique. Cet article a ainsi pour objectif d'analyser les principaux déterminants de l'automédication chez les personnes en situation de handicap physique dans la ville de Saint-Louis.

Contexte et Méthodes



Cette étude se déroule dans la ville de Saint-Louis, située dans la région Nord du Sénégal. Elle couvre une superficie communale de 4579 hectares subdivisée en 33 quartiers et fait partie du district sanitaire de Saint-Louis. Au recensement général de la population de 2013, elle comptait 203881habitants.

L'échantillonnage répond à notre préoccupation de représentativité géographique. Il s'agit dans un premier temps, de faire ressortir les quatre sous-ensembles urbains à Saint-Louis et de choisir dans chacun excepté l'île (centre-ville essentiellement occupé par les services administratifs, commerciaux et touristiques), un quartier représentatif et qui renferme des caractéristiques pertinentes par rapport au handicap physique. Ce sont également des quartiers très différents les uns des autres sur le plan de la position dans la ville, de la desserte en services de santé et d'assistance la sociale, de l'accessibilité de l'espace et de la possibilité ou la facilité de se déplacer avec un fauteuil roulant ou des béquilles dans cet espace. Il s'agit de Ndar-Toute, le cas typique des quartiers les plus favorisés, Bango qui est intermédiaire et Sor-Diagne, l'exemple des plus désavantagés. Au niveau de ces trois quartiers ciblés, l'ensemble des personnes en situation de handicap physique de moins de 50ans ont été recensées, ensuite enquêtées excepté deux cas de refus. Chez les enfants et les cas d'infirmité motrice-cérébrale, c'est le tuteur qui est enquêté. Des récits de vie ont également été rapportés. Le logiciel Sphinx a été utilisé pour le traitement des données de l'enquête et a permis des analyses croisées.

Résultats

Dans la ville de Saint-Louis, le recours des personnes en situation de handicap physique à l'automédication est principalement lié à des problèmes d'accessibilité physique aux soins, de moyens financiers pour se soigner, aux réalités socio-culturelles mais également aux perceptions et attitudes individuelles.

I/ Les déterminants spatiaux

Du fait de leurs capacités physiques limitées, les personnes en situation de handicap physiques sont très affectées par les problèmes d'accessibilité de l'espace qui, entravent leur recours aux soins et les incite à l'automédication. Ainsi à Sor Diagne, 43% des enquêtés utilisent l'automédication contre 37% à Bango et 20% à Ndar-Toute. C'est en effet au niveau de Sor Diagne que les problèmes d'accessibilité spatiale sont plus accentués. Ce quartier, plus défavorisé que les deux autres, est caractérisé par une irrégularité de l'habitat, très enclavé et très éloigné du centre-ville. Excepté une case de santé à peine fonctionnelle, il ne dispose d'aucune structure de soins. L'espace est accidenté avec des parties hautes très sablonneuses et des parties basses inondables, des routes non bitumées, des voies très irrégulières tantôt étroites tantôt discontinues avec beaucoup d'obstacles à la mobilité des personnes en situation de handicap physique. Ainsi, les voitures ne peuvent arriver à l'intérieur du quartier. Il est également difficile voire impossible de s'y mouvoir en fauteuil roulant. Sortir du quartier et se rendre aux services de santé est ainsi une véritable équation.

En outre, c'est dans le quartier où ces problèmes d'accessibilité physique aux soins sont moins accentués, qu'on a enregistré le plus faible taux de recours à l'automédication. Il s'agit de Ndar-Toute, un quartier ancien avec une implantation régulière, très proche du centre-ville, de l'hôpital régional et du centre médical garnison Nord. Il dispose par ailleurs, de deux cabinets privés, d'un poste de santé, d'une pédiatrie catholique et d'un service social. L'accessibilité de l'espace est acceptable avec plusieurs axes, rues et ruelles bitumés qui relient les différents coins du quartier à ces structures de soins. Quant à Bango où on a enregistré un taux intermédiaire d'automédication, il est défavorisé sur certains aspects de l'accessibilité mais bénéficie d'avantages concernant l'offre de soins. En effet, cet ancien village devenu quartier périurbain, du fait de la croissance de la ville, est très excentré et très peu pourvu d'axes routiers et d'équipements publics en général. Cependant, la présence d'un centre médical garnison, d'un poste de santé et d'un cabinet paramédical en fait un quartier bien desservi en structures de soins mais dépourvu de service social.

On note par ailleurs, un recours assez important à l'automédication chez les enquêtés qui estiment que l'espace dans lequel ils évoluent n'est pas du tout accessible. Cette situation est plus accentuée chez les sujets à très faible autonomie. Ainsi, chez les enfants et les cas d'infirmité motrice cérébrale (IMC), 56% des parents qui estiment que l'espace n'est pas du tout accessible, ont pratiqué l'automédication contre 13% chez ceux qui considèrent que l'espace est largement accessible. De même, à Sor-Diagne, chez les enfants et les cas d'IMC, 69% des parents ont utilisé l'automédication au dernier épisode morbide, du fait des difficultés de les déplacer. En effet, les parents, la plupart du temps les mères , sont obligés de les porter pour les emmener se soigner alors qu'ils sont souvent trop lourds.

Tableaux 1 et 2 : La pratique de l'automédication liée à l'accessibilité de l'espace

Enfants et IMC

Accessibilité de l'espace	Automédication	Pourcentage
Pas du tout	9	56%
Un peu	0	0%
Moyennement	5	31%
Largement	2	13%
Total	16	100%

Adultes

Accessibilité de l'espace	Automédication	Pourcentage
Pas du tout	5	24%
Un peu	3	14
Moyennement	7	33%
Largement	6	29%
Total	21	100%

Ainsi des parents confient que souvent, après avoir fait l'effort de les porter pour les emmener se soigner, ce sont eux qui tombent malades à leur tour. Il est également très compliqué de les déplacer en fauteuil roulant dans cet espace ou de les aider à monter des escaliers ou dans un car surtout quand ils sont malades. Cette jeune fille affirme : *c'est difficile pour ma mère de me transporter avec mon fauteuil roulant car elle est vielle et les voies ne sont pas adaptées. Quand je suis malade, elle va acheter des pharmacopées ou chez le guérisseur pour m'apporter des médicaments*. Ainsi, les parents préfèrent souvent aller prendre les médicaments au poste de santé, à la pharmacie ou chez les guérisseurs traditionnels. Cependant, chez les adultes, l'influence de l'inaccessibilité de l'espace sur la pratique de l'automédication n'est pas accentuée. Il existe d'autres facteurs plus déterminants. On a ainsi constaté que ceux qui affirment ne pas avoir de problèmes d'accessibilité on plus recouru à l'automédication (29%) que ceux qui considèrent l'espace pas du tout accessible (24%).

II/ Les déterminants financiers

Du fait de la conjoncture économique qui affecte la ville de Saint-Louis et plus particulièrement ses habitants en situation de handicap physique, l'absence de moyens financiers est un autre facteur majeur de recours à l'automédication chez cette population. Parmi cette dernière, très peu arrive à avoir une source de revenus et ceux qui en ont, vivent avec de très faibles revenus. Par ailleurs, très peu d'entre eux ont une couverture médicale car ils évoluent essentiellement dans le secteur informel. A cela s'ajoute, le fait que l'exonération des soins, au niveau du service social de l'hôpital régional, leur est souvent refusée du fait d'un budget trop serré. Ainsi, chez les adultes enquêtés, seuls 5% de ceux qui sont largement autonomes financièrement ont recouru à l'automédication contre 57% de ceux qui ont peu ou pas d'autonomie financière.

Par contre, chez les enfants et les cas d'IMC, l'autonomie financière du tuteur n'est pas déterminante sur la pratique de l'automédication. Le niveau de recours à l'automédication est le même aussi bien chez les plus démunis que chez les plus aisés ; 25% chacun. Concernant la couverture médicale, aucun des adultes qui en bénéficient n'a recouru à l'automédication. Cependant, chez les enfants et les cas d'IMC, le fait de bénéficier d'une couverture médicale n'empêche pas la pratique de l'automédication. En effet, cette dernière est largement déterminée par leurs difficultés de déplacement et les démarches compliquées à l'hôpital. Ainsi, 75% des enquêtés concernés par ce cas de figure, ont recouru à l'automédication. Cette déclaration est très explicative de cette situation.

C'est pénible de la transporter sans oublier les démarches à l'hôpital et le temps d'attente alors que je sais ce qu'on va lui prescrire. Donc je vais directement à la pharmacie pour l'acheter.

Tableaux 3 et 4 : La pratique de l'automédication liée au niveau d'autonomie financière

Enfants et IMC

Autonomie financière	**Automédication**	**Pourcentage**
Pas du tout	4	25%
Un peu	3	19%
Moyennement	5	31%
Largement	4	25%
Total	16	100%

Adultes

Autonomie financière	**Automédication**	**Pourcentage**
Pas du tout	4	19%
Un peu	8	38%
Moyennement	8	38%
Largement	1	5%
Total	21	100%

Par ailleurs, certains de nos enquêtés nous confient qu'ils sont obligés de mendier ou de s'endetter pour pouvoir se soigner. Cette indigence les oblige souvent à rester chez eux quand ils sont malades et à essayer de se guérir eux même avec les moyens dont ils disposent. En effet, à l'hôpital régional de Saint-Louis la prise en charge sociale des soins est insignifiante. De même, leur transport pour aller se soigner est souvent coûteux car, il est rare qu'ils puissent prendre les transports en commun. Ces derniers sont inadaptés alors que les taxis sont coûteux et les surfacturent parfois à cause des contraintes et du temps perdu pour les faire monter et descendre. Ainsi, chez les adultes, 71% de ceux pour qui le coût des soins n'est pas accessible ont pratiqué l'automédication alors que seul 5% de ceux pour qui le coût des soins est très accessible ont recouru à cette pratique. Quant aux enfants et les cas d'IMC, 44% de ceux qui ont de sérieux problèmes d'accessibilité financière ont recouru à l'automédication contre 13% chez ceux qui ont une très bonne accessibilité financière.

Tableaux 5 et 6 : La pratique de l'automédication liée au coût des soins

Enfants et IMC

Accessibilité Coût des soins	**Automédication**	**Pourcentage**
Pas du tout	7	44%
Un peu	1	6%
Moyennement	6	37%
Très	2	13%
Total	16	100%

Adultes

Accessibilité du Coût des soins	**Automédication**	**Pourcentage**
Pas du tout	15	71%
Un peu	1	5%
Moyennement	4	19
Très	1	5%
Total	21	100%

En outre, la pharmacopée ainsi que les médicaments pseudo-génériques de la rue qui, peuvent coûter jusqu'à 15fois moins cher que les ordonnances prescrites sont une alternative tentante pour les personnes en situation de handicap physique qui n'ont pas les moyens de payer leurs soins. D'autres n'ayant pas suffisamment d'argent pour la consultation se limitent à la pharmacie pour acheter des médicaments pas chers. Ainsi une

mère de deux enfants atteints d'IMC justifie son recours à l'automédication en ces termes : *Ils avaient tous les deux la grippe et je n'avais pas assez d'argent pour les emmener se soigner. Alors je suis partie à la pharmacie pour acheter du sirop pour la fièvre que je leur donnais.* De même cet adulte qui affirme ne fréquenter que la pharmacie pour se soigner confie : *J'ai préféré aller à la pharmacie à côté où on me fait crédit d'une partie des médicaments, car je n'avais pas assez d'argent et je craignais qu'au Centre de santé ça me revienne cher.*

III/Les déterminants socio-culturels et individuels

Les réalités socio-culturelles et les caractéristiques individuelles sont également des facteurs de recours à l'automédication chez les personnes en situation de handicap physique. En effet, les disparités sociales au sein cette population influent sur l'accessibilité aux soins, et à terme, sur l'usage de l'automédication. Certains de nos enquêtés affirment avoir accès à une prise en charge sociale et recevoir des soins adéquats sans ne rien payer du fait de leurs bonnes relations avec les agents de l'assistance sociale. D'autres par contre, redoutent de se rendre à l'hôpital quand ils sont malades, à cause des difficultés qu'ils endurent là-bas et préfèrent souvent tenter de se soigner eux même. Ainsi, l'accueil (60%) ainsi que les comportements des agents de santé (56%) sont autant facteurs d'automédication évoqués par nos enquêtés. Par ailleurs les relations conflictuelles entre les patients en situation de handicap physique et les prestataires de soins conduisent parfois cette population à opter pour l'automédication. Le recours à d'autres alternatives de soins est également déterminé par le jugement négatif des enquêtés sur leur satisfaction (87%) et la compétence des prestataires (71%).

Le niveau d'étude est également très déterminant. En effet, Chez les adultes, 38% des non scolarisés ont recouru à l'automédication contre 19% pour ceux qui ont un niveau d'étude moyen et 5% pour le niveau secondaire. Par ailleurs, aucun de nos enquêté de niveau d'étude supérieur n'a recouru à l'automédication d'abord parce qu'ils sont plus avertis sur les risques liés à cette pratique, ensuite parce qu'ils sont fonctionnaires de l'État et bénéficient ainsi d'une couverture médicale. La situation est similaire voire plus accentuée au niveau des enfants et des cas d'IMC où, 56% des parents qui n'ont aucun niveau d'étude ont recouru à l'automédication pour leurs enfants

Tableaux 7 et 8 : La pratique de l'automédication liée au niveau d'étude

Enfants et IMC

Niveau d'étude	**Automédication**	**pourcentage**
Aucun	9	56%
Elémentaire	5	32%
Moyen	0	0%
Secondaire	1	6%
Supérieur	1	6%
Total	16	100%

Adulte

Niveau d'étude	**Automédication**	**Pourcentage**
Aucun	8	38%
Elémentaire	8	38%
Moyen	4	19%
Secondaire	1	5%
Supérieur	0	0%
Total	21	100%

Parmi les facteurs individuel on peut noter le rejet des services de santé lié à la susceptibilité de certains de nos enquêtés. Ils sont parfois sur la défensive et très hostiles au regard des soignants et à leur réaction face à leur handicap. Dès qu'ils se sentent stigmatisés, ils ont une réaction de révolte qui provoque parfois le renoncement aux soins au profit de l'automédication. Cependant, ce rejet est parfois lié à une expérience désagréable qu'ils ont subie dans le passé au niveau des services de santé. Ainsi, un enquêté qui affirme recourir fréquemment à l'automédication nous confie : *J'étais très malade mais je n'avais pas d'argent. Au centre de santé, j'ai demandé à être exonéré de mes soins. L'exonération a été accompagnée de reproches vexants. Alors j'ai juré de renoncer aux services de santé.* Il existe également des cas où, un complexe d'infériorité fait que la personne en situation de handicap physique renonce aux soins. Ainsi cette mère nous confie à propos de sa fille : *Elle refuse d'aller au poste de santé car elle serait vue entrain de ramper; ce qui la gêne énormément. Elle a préféré renoncer aux services de santé.* Ainsi, n'ayant pas la possibilité de déplacer l'agent de santé, sa mère se rend au poste de santé pour lui trouver des médicaments qu'elle lui donne.

Cette étude montre ainsi à quel point, des faits qu'on banalise souvent, peuvent être très contraignants pour les personnes en situation de handicap physique jusqu'à les mener à recourir à l'automédication, malgré tous les dangers que cela comporte.

Références

- C. Konin et al, 2015, *Recours à l'automédication chez l'hypertendu noir africain : ses facteurs et ses conséquences,* Annales de Cardiologie et d'Angéiologie
- Sharif et al 2015, *Self-medication of children with antibioticsParents' knowledge and attitude to self-medication of children with antibiotics*, Department of Pharmacy Practice and Pharmacotherapeutics, University of Sharjah
- Ocan et al, 2015, *Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries,* BMC Public Health
- Dimitrijević et al, 2014, *self-medication in primary healthcare in the territory of the city of niš,* Acta Medica Medianae
- Khan et al 2014*, Determinants of Increasing Trend of Self-Medication in a Pakistani Community,* Tropical Journal of Pharmaceutical Research
- Espinosa et al 2014, *Prevalence and determinants of self-medication with antibiotics in a community of Santiago de Cali in Colombia,* Revista Cubana de Farmacia.
- Hafeezullah KHAN et al, 2012, *Determinants of Increasing Trends of Self-Medication: Physicians, Perspectives* Latin American Journal of Pharmacy
- Larissa Grigoryan et al, 2008, *Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system,* Journal of Antimicrobial Chemotherapy

- Ndiaye et al, 2006, *l'automédication de la fièvre dans le district nord de Dakar, au Sénégal*, Med Trop
- Vincent Hamel, 2006, *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé.* LYON1 : Université Claude Bernard

Pourquoi le choix de l'automédication en matière de fièvre présumée palustre, à Madagascar ? Cas de Brickaville et d'Ankazobe.

Andry Herisoa Andrianasolo[1], Emma Raboanary, Chiarella Mattern, Thomas Kesteman, Dolorès Pourette, Christophe Rogier

Institut Pasteur de Madagascar

Généralités sur le paludisme à Madagascar

A Madagascar, la prévalence du paludisme a connu une baisse dans l'ensemble du pays durant les dix dernières années mais reste préoccupante que ce soit sur Hautes Terres (1 à 2%; EIPM, 2013) où l'endémie est traditionnellement faible, ou sur la côte est de l'île où elle est habituellement forte (15% ; EIPM, 2013). Le risque de fièvre due au paludisme est plus élevé de la naissance à l'âge de 19 ans, que chez les adultes âgés de 20 à 39 ans, et plus encore que chez ceux âgés de 40 ans et plus (projet MEDALI, Rogier et al., 2013).

La longueur du délai de recours aux soins médicaux professionnels, en particulier pour le diagnostic et un traitement approprié, est l'un des facteurs qui réduisent l'efficacité de la lutte contre cette pathologie (Chavez, 1991). Le retard aux soins est lié à des facteurs comme l'enclavement des populations et l'éloignement des structures de santé, les difficultés financières, l'absence de perception de la gravité des symptômes, le recours préférentiel aux tradipraticiens ou à l'automédication … (Pourette et al., 2013). La perception et la représentation de la fièvre (Mattern et al., 2016) déterminent l'initiative de la famille de recourir à l'automédication pour faire baisser la température (Helman, 2007). La proximité et la facilité d'accès aux pratiques thérapeutiques traditionnelles et aux médicaments sans prescription médicale favorisent l'automédication bien que les soins soient théoriquement gratuits dans les centres de santé officiels (Baxerres, Le Hesran, 2004).

La lutte contre le paludisme à Madagascar

Avant 2005, le diagnostic d'un épisode de paludisme était principalement présomptif, reposant sur le seul constat de l'état fébrile du patient. Désormais, le diagnostic de paludisme doit être confirmé par un test de diagnostic rapide (TDR) réalisé en quelques minutes à partir d'un prélèvement sanguin réalisé au bout d'un doigt.

Depuis l'apparition de la résistance du parasite à la chloroquine, le paludisme non

1 Doctorante en Sociologie : Unité d'Epidémiologie (Institut Pasteur de Madagascar) ; Laboratoire Soins, Vie et Vulnérabilité du Centre Georges Chevrier FRE 3499 (Université de Bourgogne) ; Axe Santé et Genre de l'UMR 196 (Centre Population et Développement – IRD)

compliqué doit être traité par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT, Artemisinin-based combination therapy) selon les recommandations de l'OMS.

En matière de prévention, des campagnes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD), ainsi que des campagnes d'aspersion intra-domiciliaire d'insecticide (CAID) sont organisées au bénéfice des populations. Les femmes enceintes doivent bénéficier d'un traitement préventif intermittent (TPI) par la Sulfadoxine-Pyriméthamine, à l'occasion de consultations prénatales dans les centres de santé de base (CSB).

Des séances d'information- éducation- communication (IEC) généralement assurées par du personnel de santé, des agents communautaires (AC[2]) ou des organisations non gouvernementales visent à faire adopter les comportements jugés les plus appropriés contre le paludisme.

La présente étude, réalisée par l'Institut Pasteur de Madagascar, a été conduite dans le cadre du projet PALEVALUT financé par l'Initiative 5%-Fonds Mondial, pour l'évaluation de l'efficacité de la lutte contre le paludisme et ses déterminants dans cinq pays africains, dont Madagascar.

Objectifs

La recherche présentée visait à :

analyser les recours aux soins médicaux en cas de fièvre potentiellement due au paludisme, en particulier les recours aux soins informels et les pratiques de l'automédication, dans le contexte malgache, où le diagnostic, le traitement et la prévention sont théoriquement gratuits,

mesurer la prévalence de l'automédication en cas de fièvre présumée palustre,

afin de proposer des recommandations pour réduire le délai de recours aux soins médicaux jugés appropriés.

L'automédication consiste à recourir à un traitement médicamenteux, de la propre initiative de l'individu ou celle d'un proche, dans l'objectif de soigner une affection ou un symptôme, que lui-même a reconnu, sans avoir recours à un professionnel de santé (WHO, 2000). L´automédication peut concerner aussi bien la médecine moderne (pouvant être pratiquée dans l'espace domestique ou en dehors du ménage avec l'achat/acquisition/prise de médicaments auprès des pharmacies, de dépôts de médicaments, de vendeurs ambulants ou d'épiciers) que la médecine traditionnelle (prise de plantes selon des modalités – infusion, inhalation, fumigations et en quantité variables) (Sanfo, 1999 ; Konate, 2005)

2 AC. Il s'agit d'habitants choisis et formés par le médecin chef de CSB pour prendre en charge chez eux les premiers soins des enfants en bas âge, et orienter vers le CSB les cas de maladie plus compliqués et ceux des adultes.

Méthodologie

Zones d'étude

Les districts de Brickaville sur la côte est (220km de la capitale) et Ankazobe sur les Hautes Terres (70km de la capitale) ont été choisis en raison de la diversité des politiques de lutte anti-paludique (MILD, CAID et TPI à Brickaville, CAID et TPI à Ankazobe), des contextes socio-culturels, linguistiques, géo-climatiques et épidémiologiques. La transmission du paludisme est saisonnière et faible à Ankazobe, et pérenne et importante à Brickaville.

Dans chaque district, des communes ont été sélectionnées suivant la présence d'un centre de santé de base (CSB), le taux de fréquentation et l'accessibilité du CSB, la sécurité, le taux de couverture de la CAID ou des MILD : communes de Ranomafana-Est et d'Anivorano-Est dans le district de Brickaville, et communes de Kiangara et de Marondry dans le district d'Ankazobe.

Collectes de données et échantillonnages

Une approche mixte a été utilisée. Les entretiens qualitatifs ont précédé les enquêtes quantitatives. Toutes les collectes de données se sont déroulées durant le premier semestre de 2014.

Dans chaque commune, les fokontany[3] investigués étaient différents pour les entretiens qualitatifs et l'enquête quantitative.

Données qualitatives

60 entretiens semi-directifs sur le paludisme ont été conduits en face à face dans deux *fokontany* de chaque commune, un proche et un éloigné des formations sanitaires avec différents acteurs et des habitants (après la signature d'un consentement écrit) : des médecins chefs de CSB, des AC, des tradipraticiens, une accoucheuse traditionnelle, un maire, de chefs (ou chefs adjoints) de *fokontany*, des chefs traditionnels, un directeur et une institutrice d'école primaire publique, des médecins inspecteurs, des responsables d'ONG partenaires, et des habitants (16 femmes et 9 hommes),

Les données qualitatives et les informations recueillies à l'issue d'observations ont été transcrites et traduites avant d'être analysées par la méthode d'analyse qualitative de codification thématique et de mise en évidence des récurrences/divergences dans les discours. A cet effet, des grilles d'analyse par thématique ont été construites selon les catégories d'acteurs.

Données quantitatives

Pour chaque individu, les données épidémiologiques, comportementales et relatives aux perceptions et savoirs populaires sur le paludisme et les mesures de lutte, ont été recueillies par questionnaire et saisies sur tablette avec le logiciel Microsoft Access, puis ont été converties en fichier pour être traitées et analysées sous Excel et avec le logiciel

3 Plus petite subdivision administrative et géographique à Madagascar

Stata.

Les individus inclus dans l'analyse étaient ceux qui étaient présents, avaient accepté de répondre aux questions (après avoir signé un formulaire de consentement) et avaient répondu à la totalité ou quasi-totalité des questions, en moyenne 95% des individus sollicités. Les nombres d'individus et de ménages inclus à Ankazobe et à Brickaville (9 *Fokontany* par district) étaient respectivement 2101 et 1942, et 405 et 398.

L'effet « grappe » dû à la non indépendance des observations effectuées dans un même fokontany, a été contrôlé dans les analyses en utilisant les fonctions Stata « svy » adaptées au plan d'échantillonnage, *i.e.* stratification par district et agrégation par fokontany. Les fonctions « svy » permettent de tenir compte du plan d'échantillonnage dans l'estimation des variances pour le calcul des intervalles de confiance et les tests de significativité en régression logistique ou linéaire, bi- ou multivariées.

Résultats

Les résultats des approches qualitatives et quantitatives sont présentés simultanément pour montrer leur complémentarité.

Représentation de la fièvre due au paludisme

Les réponses à une série de questions ouvertes sur la perception de la fièvre ont montré qu'une fièvre est facilement considérée comme étant le paludisme ou la grippe. Dans les entretiens, les enquêtés ont évoqué deux types de fièvre à savoir le « *tazotazo* » (qui se traduit par une fièvre peu sévère pouvant être compris comme du paludisme simple) et le « *tazomahery* » (qui se manifeste par une forte fièvre persistante pouvant signifier du paludisme fort). Les résultats statistiques ont montré une faible compréhension de la notion du paludisme des enquêtés. Sur une échelle de 1 à 10 (1= pas du tout, 10= très clairement), à la question « Comment comprenez-vous le paludisme ? », posée à 785 individus, la moyenne de score n'était qu'à 4,7. Dans l'ensemble, les populations craignaient fortement le paludisme à cause de leur mauvaise connaissance de son origine, qui le rendait difficile à traiter.

Recours aux soins

Malgré la gratuité supposée généralisée du diagnostic et du traitement, l'itinéraire thérapeutique était marqué par un délai de recours plus ou moins long.

> *J'ai commencé à avoir de la fièvre le 11 janvier et ce n'est que mi-février que je suis allée consulter un médecin [...] Les enfants ont été surpris au moment où je me suis évanouie, ce n'était pas juste la fatigue [Femme, 56 ans, Ankazobe].*

Ce délai entre la survenue des symptômes et le recours à des soins médicaux est lié à des facteurs, comme le manque d'argent, l'éloignement du centre de santé, la crainte de l'indisponibilité de médicaments dans le centre, ou l'absentéisme des professionnels de santé,. Face à ces situations, l'automédication était souvent la première action entreprise.

> *Quand on a le paludisme et qu'on a mal à la tête nous ne savons pas et nous sommes obligés de*

voir un médecin. Mais souvent nous n'arrivons pas à joindre le médecin et nous allons alors chez un revendeur de médicaments [Homme, 48 ans, Brickaville].

A Ankazobe, la mère avait la responsabilité de mettre en œuvre le choix de soins décidé par le couple. A Brickaville, la décision revenait souvent entièrement à la mère (ou une autre femme adulte).

L'automédication

L'automédication traditionnelle était très courante.

Les infusions et les « astuces de grand-mères » (du miel, du citron, du gingembre, de l'eau fraiche, un massage, ...) préparées à la maison constituaient la première action la plus fréquente des populations. Cette pratique, à caractère domestique et systématique, paraissait naturelle et normale dans la vie courante.

Le recours aux tradipraticiens a été par ailleurs souvent évoqué et observé durant les entretiens. La décision d'y recourir, était souvent prise communément entre les époux ou les autres adultes, à la suite de la persistance de la fièvre, ou en tant que solution alternative.

Quand l'enfant est tombé malade] ils sont allés voir le docteur mais c'était fermé. Là seulement ils ont décidé d'aller chez le guérisseur malgache. [Femme, 16 ans, Brickaville].

L'automédication traditionnelle était souvent assortie de prise de traitement sans prescription médicale, mais toujours dans le cadre domestique. Cela a concerné 13% des enquêtés ayant eu de la fièvre durant les deux semaines précédant l'enquête (N=532).

La fréquence de l'automédication était élevée. Parmi les 532 cas de fièvre, 34% ont pris un traitement médicamenteux en automédication obtenu en dehors du ménage (c'est-à-dire, auprès de pharmacies, de dépôts de médicaments, de professionnels non médicaux).

Les médicaments de l'automédication

D'après l'analyse quantitative, 36% des médicaments acquis l'ont été dans un but d'automédication. L'objectif principal de l'automédication était de diminuer la fièvre (réponses à une question ouverte sur le motif de la prise de traitement hors cadre médical). Le paracétamol, le cotrimoxazole et l'amoxicilline étaient les plus consommés d'après les entretiens.

Au marché, les vendeurs ambulants ont informé que les clients demandent presque systématiquement des médicaments à base de quinine (chloroquine, néoquine) pour un présumé paludisme. Les statistiques ont cependant montré que très peu ont pris des antipaludiques en automédication. Les ACT étaient peu connus. Ils n'ont été cités spontanément que par 33,4% (IC95% : 28,1-39,1) des personnes interrogées comme médicament de premier choix pour traiter le paludisme. Aucun n'avait reçu d'injection en automédication pour traiter le paludisme ou pour faire baisser une fièvre.

L'automédication ne différait pas selon le genre ou le site d'étude.

Lieu d'acquisition des médicaments utilisés en automédication

D'après l'analyse quantitative, l'essentiel des médicaments pharmaceutique pris en automédication dans le cadre domestique était obtenu sur les marchés informels et dans le stock du ménage, très secondairement dans les dépôts et pharmacies, et rarement ailleurs. En cas de recours externe sans professionnel de santé, les médicaments étaient obtenus aussi majoritairement sur le marché informel (2/3) et secondairement dans les dépôts et pharmacies (1/3), pratiquement jamais ailleurs.

A Brickaville, le marché informel était composé d'épiciers et de vendeurs ambulants (*besakôsy*, signifiant « grosses sacoches » servant au transport des marchandises), sans aucun contrôle de la part des autorités sanitaires. Les *besakôsy* étaient présents dans les villages, chaque jour du marché hebdomadaire. Les épiceries étaient souvent appelées aussi « pharmacies ». Ces vendeurs informels commercialisaient le plus souvent des comprimés et des gélules (rarement des sirops), mais jamais de pommades ni d'injectables.

Les médicaments destinés aux patients les plus âgés étaient plus souvent obtenus sur le marché informel et dans les pharmacies et dépôts de médicament (42,1% ; ≥30ans) que ceux destinés à des enfants (20,9% ; <5ans). Ces derniers étaient préférentiellement acquis dans les structures officielles (78,3% pour les <5 ans ; 52,8% pour les ≥30ans), probablement non pas à cause de leur gratuité (leur accessibilité est plus pénible et onéreuse que le marché informel), mais plutôt à cause de la perception d'une plus grande vulnérabilité des enfants exigeant plus de vigilance et d'attention.

Les pratiques d'automédication apparaissent différentes pour les adultes et les enfants. Les enfants de moins de 10 ans, mais surtout les bébés de moins de deux ans, ont été généralement plus souvent conduits auprès des professionnels de la santé pour une fièvre, par rapport aux individus des autres classes d'âge (qui n'ont reçu aucun traitement ou qui ont reçu des traitements en automédication). On peut faire l'hypothèse que les bébés et les enfants sont perçus comme étant plus vulnérables à la fièvre que les adultes.

La durée du déplacement pour consulter un professionnel médical prenant plus de temps que les autres recours , l'absentéisme ou l'indisponibilité de ces soignants, et la durée d'attente jugée trop longue dans les CSB, dissuadaient le recours aux professionnels médicaux. *A contrario* la proximité du marché informel, la familiarité avec les *besakôsy* et les épiciers, et la disponibilité de stocks de médicaments dans les ménages favorisaient l'automédication.

L'automédication était financièrement nettement moins couteuse en termes de transport ou de soins et fournitures (médiane à 800Ariary[0,3€]), par rapport au recours aux professionnels médicaux (médiane à 6500Ariary[2,2 €]). Moins de 3% des patients ont recherché une aide financière pour de l'automédication (contre 14,2% en cas de recours médical professionnel).

En revanche, la réalisation de diagnostic rapide du paludisme, la bonne connaissance de la cause du paludisme, la prise d'ACT pour traiter le paludisme, mais aussi le traitement par voie intraveineuse, étaient significativement liés au fait d'avoir recouru à une formation sanitaire officielle.

Discussion-conclusion

Nos résultats suggèrent que le choix du recours à l'automédication dépend d'un équilibre recherché entre d'une part le coût, la qualité, l'accessibilité et l'efficacité présumée de l'offre de soins officielle, des recours informels et de l'automédication, et d'autre part la perception des conséquences potentielles de l'épisode pathologique, liée à la connaissance de ses mécanismes et de sa gravité, mais aussi de la vulnérabilité du patient. Si la plus grande vulnérabilité des jeunes enfants est naturellement reconnue, celle tout aussi réelle des adultes vivant en zone de faible endémie et n'ayant pas acquis d'immunité contre le paludisme ne semble pas perçue. L'offre de soins et les connaissances et perceptions des populations devraient être améliorées pour faire reculer l'automédication inadaptée à l'état de santé des patients, et augmenter l'efficacité de la lutte contre le paludisme.

« Publication réalisée avec le soutien de l'IRD-DPF et du projet PALEVALUT de l'initiative 5% française (France expertise) – This publication was made possible through support provided by the IRD-DPF and by the PALEVALUT project of the French 5% initiative (France expertise) »

Référence

- Baxerres C., Le Hesran J-Y., *Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal entre contrainte économique et perception des maladies*. In : Sciences sociales et santé. Volume 22, n°4, 2004, pp. 5-23.
- Chavez MD (Ed.), *Risk factors and the process of empowerment*. In : Studies and evaluation papers. The Hague, Netherlands : Bernard van Leer Foundation, 1991.
- INSTAT Antananarivo, PNLP Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar, ICF International, Enquête sur les Indicateurs du Paludisme, 2013
- Helman C.G., Culture, Health and Illness, Fifth edition (Hodder Arnold Publication), Paperback 26 jan 2007.
- Konate L. *Etude de l'automédication dans les officines de la ville de Sikasso*. Thèse de doctorat, 2005. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako. 78 p.
- Mattern C., Pourette D., Raboanary E., Kesteman T., Piola P., Randrianarivelojosia M. et Rogier C.
- (2016) « "*Tazomoka Is Not a Problem*". Local Perspectives on Malaria, Fever Case Management and Bed Net Use in Madagascar », éd. par Vicki MARSH, *PLOS ONE*, 11 (3) (mars 4), p. e0151068.
- Pourette D., Mattern C., Raboanary E., (2013), *Etude qualitative MEDALI-Mission d'Etudes des Déterminants de l'Accès aux Méthodes de Lutte antipaludique et de leur Impact*, Rapport de recherche, Antananarivo : IRD, Institut Pasteur de Madagascar, Université Catholique de Madagascar, Le Fonds Mondial, FEI, MAE, 108 p.

- Sanfo L. *L'automédication dans la ville d'Ouagadougou : une enquête réalisée auprès des officines pharmaceutiques* : Thèse de doctorat n 25, 1999. Faculté des sciences de la santé, Université d' Ouagadougou, Ouagadougou.77p.
- WHO. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. WHO/EDM/QSM/002000.Disponible sur http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf. WPubMed | Google Scholar

Partie 4
L'automédication, un révélateur de significations sociales

L'addiction, une technique d'automédication ?

Mélanie Trouessin

ENS de Lyon

Introduction

Les comportements addictifs apparaissent comme fondamentalement paradoxaux : ils naissent lorsque des individus poursuivent un comportement qu'ils voudraient réduire ou arrêter, parce qu'ils ont conscience des conséquences négatives de celui-ci. S'il y a paradoxe, c'est parce que les individus semblent libres d'effectuer ce comportement : or, pourquoi faire librement quelque chose qui nous apporte plus de conséquences néfastes que d'effets bénéfiques ? Face à ce problème, certains défendent l'idée selon laquelle les individus auraient « perdu la liberté de s'abstenir » de consommer ou d'effectuer un comportement et seraient soumis à la compulsion ou perte de contrôle : c'est le principe de base de la plupart des conceptions – neuroscientifiques ou biopsychosociales – de l'addiction comme maladie. Critiquant cette idée de perte de contrôle, certains défendent la thèse selon laquelle les comportements addictifs seraient bien libres et rationnels: les individus y trouveraient leur compte, les bénéfices excédant toujours pour eux les coûts (Becker & Murphy, 1988). L'addiction satisferait les choix de l'individu et l'aspect conflictuel de l'addiction ne serait qu'une façade projetée face au monde et aux autres pour ne pas subir le blâme d'une société. Une variante de la théorie de l'addiction rationnelle, la thèse du « Primrose path », propose qu'à un moment, les coûts surpassent bien les bénéfices mais que les individus mettent du temps à le réaliser, ce qui expliquent leur enlisement dans la spirale addictive et leur difficulté à en sortir (Herrnstein & Vaughan, 1980). Enfin, il a été avancé, notamment dans le champ de la psychanalyse, que les addictions rempliraient une fonction d'autodestruction : les individus rechercheraient les effets néfastes d'un comportement, parce que cela leur procurerait un plaisir morbide.

On peut constater que la majorité des modèles explicatifs de l'addiction sont liés aux finalités de recherche du plaisir et d'évitement de la douleur, ce qui n'est pas tellement surprenant puisque ces deux finalités sont en général représentées comme les finalités de la vie (Freud) ou de la nature humaine (Bentham). Mais quel modèle unique des addictions peut-on alors construire, si certaines ont une visée plutôt divertissante et les autres, une visée plutôt sédative, consistant à apaiser la souffrance ? Une solution à ce problème est de de postuler que l'addiction a intrinsèquement un but sédatif d'apaiser la souffrance et que les plaisirs ne sont premiers qu'en apparence. Pour certains en effet, on peut continuer à promouvoir un modèle unique de l'addiction en émettant l'hypothèse selon laquelle la substance comme le comportement seraient utilisés par les individus pour lutter contre une souffrance antécédente. Cette thèse, dite de l'automédication, permet de faire place à une conception de l'addiction médiane, entre les conceptions médicales radicales qui annihilent tout contrôle et celles qui en font un choix autonome rationnel, dans laquelle il

ne s'agit pas pour autant de chercher à s'auto-détruire mais au contraire à se faire du bien.

Cependant, assimiler automédication et addiction peut sembler paradoxal : l'automédication, le fait de se soigner soi-même, n'est-elle pas une manifestation d'autonomie tandis que l'addiction serait la perte de cette dernière ? Au-delà de la seule question de savoir si cette assimilation est possible et souhaitable, il y a une question fondamentale concernant la nature de l'addiction et de la perte d'autonomie dans cette dernière. Nous proposons donc de mettre à l'épreuve cette hypothèse selon laquelle les addictions seraient *in fine* des techniques d'automédication et ce, afin de progresser quant à la question de la nature de l'addiction et de sa caractéristique centrale, la perte de contrôle.

Nous analyserons d'abord si, sur le plan conceptuel, une telle équivalence est possible et verrons quelles torsions – selon nous légitimes – cela fait subir au terme 'automédication'. Nous nous demanderons ensuite si la thèse de l'addiction comme automédication est pertinente quant à la nature intrinsèque de l'addiction. Enfin, nous examinerons comment cette thèse peut nous aider à mieux comprendre le concept de perte de contrôle, entre des théories où l'autonomie est totalement détruite et celles où elle reste entièrement intacte.

Peut-on conceptuellement appliquer le terme d'automédication à celui d'addiction ?

Au sens strict, on parle d'automédication lorsque l'on prend des médicaments pour traiter des cas bénins de maladie, sans faire appel à un médecin, mais parfois au pharmacien. Plus que l'usage d'un médicament, c'est sur l'acte d'automédication, en tant qu'il est une pratique qui valorise l'autonomie des individus, que l'accent est mis dans la plupart des définitions de l'automédication, par exemple chez Sylvie Fainzang :

« On envisagera ici l'automédication comme l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative, un médicament, sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine ou auprès d'une autre personne) »[1].

• La personne qui s'automédique est un sujet, un être actif, capable de prendre une décision, sans pression extérieure, quant à ce qui lui paraît être le mieux dans le but de se soigner. Il y a donc une indépendance par rapport à toute autorité extérieure, y compris celle du pharmacien quand l'automédication est dite « sauvage », qui fait de l'automédication une pratique autonome, manifeste dans les étapes de l'auto-diagnostic et de l'auto-prescription. Les comportements addictifs s'apparentent à une telle pratique dans la mesure où les individus consomment des substances psychoactives illicites ou licites, qui ne sont pas, à l'exception du cas des addictions aux médicaments proprement dites, prescrites par le corps médical. Il y a une dimension volontaire initiale à toute consommation de drogue – même si celle-ci peut être favorisée par tel ou tel contexte, ou prédisposée par tel ou tel déterminant biologique – qui atteste une certaine autonomie commune aux phénomènes d'addiction et d'automédication.

On pourrait cependant objecter que cette équivalence ne serait valable que pour les addictions classiques, c'est-à-dire aux substances psychoactives mais pas pour des

1 Fainzang, Sylvie. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: PUF, 2012.

addictions comportementales, c'est-à-dire au jeu, à internet, ou encore au sexe. Pouvons-nous considérer ces comportements comme des remèdes, des médicaments ? L'extension récente de la définition de l'addiction à ces addictions sans substance semble nous le permettre : les effets produits par certaines activités seraient similaires en nature, bien que peut-être moindre en termes de degrés, aux effets obtenus par les drogues, qui agissent de manière directe sur le cerveau. Il nous semble que l'extension du terme médicament à des comportements est légitime, dans la mesure où ceux-ci ont pour finalité de soigner. Jeammet, en 2000, évoque aussi la thèse de l'automédication en parlant des « conduites addictives comme 'pansement pour la psyché' », le mot « conduites » évoquant bien cette extension du terme d'addiction.

Mais qu'est-ce qui, précisément, est à soigner grâce à ces substances ou comportements? Tandis que dans l'automédication on a tendance à soigner des cas bénins, déjà connus, et appartenant le plus souvent au domaine de la santé physique, l'addiction semble liée à des troubles plus complexes et psychiques le plus souvent, qui appartiennent au champ général de la santé et de ce qui est susceptible de relever d'une automédication. Le cannabis, entre autres, a depuis longtemps été utilisé pour soigner certains maux physiques, que cela soit dans un cadre thérapeutique légal ou non (Quetermont, 2010, chapitre 4) ; mais c'est en général la question de la nature de l'association entre troubles mentaux et addiction qui a fait émerger la thèse de l'addiction comme automédication. Sont concernés en particulier les troubles schizophréniques, anxieux, *borderline* et dépressifs : dans chaque cas, trois types de thèses sont proposés pour expliquer ces comorbidités. Soit il existe chez les personnes présentant ces comorbidités des mécanismes communs, par exemple génétiques, qui prédisposent ou sensibilisent à la fois à des troubles mentaux et à des addictions. Soit les troubles mentaux sont « une conséquence de la conduite addictive liée aux effets pharmacologiques délétères des différents produits tout comme aux conséquences négatives de l'addiction » (*Alcool et troubles mentaux*, 2013, p. 3). Soit l'addiction est au contraire un moyen de soulager les troubles mentaux, d'en atténuer au moins les symptômes : c'est la thèse de l'automédication. Dès 1845, Moreau de Tours préconise ainsi l'usage du cannabis pour lutter contre les troubles mentaux (*Du hashish et de l'aliénation mentale*). Un des troubles les plus souvent envisagés dans cette optique est la schizophrénie, comme l'explique ici Michel Lejoyeux :

« Les substances psychoactives sont consommées par les patients psychotiques pour mieux supporter leurs symptômes. Les schizophrènes utiliseraient l'alcool et les autres substances psychoactives comme des médications « sauvages » pour offrir une réponse pharmacologique à des émotions négatives (…). Dans la perspective d'automédication, si les schizophrènes consomment autant de molécules psychoactives, c'est qu'ils y trouvent un bénéfice psychologique et une réduction temporaire de leur niveau de stress et de souffrance »[2].

Cette thèse de l'automédication est particulièrement développée dans le cadre psychanalytique. Bien qu'anticipée par de nombreux auteurs[3], c'est Edward Khantzian qui le premier explicite l'idée selon laquelle les individus consomment des drogues pour compenser des déficiences au niveau des mécanismes de l'ego et de protection. Il a montré que les individus addicts aux drogues expérimentent une plus grande détresse psychologique que les personnes non-addictes, ce qui les rend particulièrement vulnérables à la dépendance à la drogue, parce que chez eux :

2 Lejoyeux, Michel. *Addictologie*. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
3 Ferenczi est le premier à qualifier l'éthylisme de « tentative d'automédication » (1971).

« les effets psychotropes spécifiques de ces drogues interagissent avec les perturbations psychiatriques et les états affectifs douloureux afin de les rendre compulsifs (compelling) chez les individus susceptibles »[4].

Une chose primordiale dans la thèse de l'automédication est la fonction d'apaisement ou d'anesthésie des émotions qui est dévolue à l'addiction : il s'agit « de se débarrasser des affects », « d'atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables » (McDougall, 2001), de colmater au moins pour un temps la détresse psychologique, grâce aux effets sédatifs de certaines drogues. Ainsi, pour McDougall, « l'addiction se révèle être une tentative enfantine de se soigner ». Khantzian a ainsi montré que les individus choisissent des drogues en fonction de leurs effets et trouvent celles qui parviennent à apaiser certains états affectifs douloureux. A ce titre, les études montrent que les substances amoindrissent les symptômes négatifs de la schizophrénie, ceux précisément qui sont proche des symptômes dépressifs. Le lien entre dépression et addiction est, sans surprise, également très fort. Pour le sociologue Ehrenberg, l'addiction serait un moyen de « lutter contre la dépression », une véritable « forme d'automédication » contre cette frustration due à l'impossibilité à se trouver et se construire comme sujet autonome qui caractérise la dépression (Ehrenberg, 1998)[5].

Qu'il s'agisse de lutter contre des troubles mentaux définis, contre des troubles de la personnalité, des failles narcissiques ou des traumatismes, l'addiction apparaît comme une façon de se protéger contre une douleur ou une détresse psychique ; son statut est donc celui d'un symptôme d'un trouble antérieur. Cela implique alors que « le patient fasse état d'une prise délibérée de produit pour soulager la souffrance psychique » (*Alcool et troubles mentaux*, 2013, p. 3). Mais est-ce que, comme dans l'automédication, la personne est consciente de son trouble et s'auto-prescrit la substance ou le comportement qui deviendra addictif, suite à un auto-diagnostic ? Autrement dit : est-ce que l'addiction est, comme l'automédication, une démarche intentionnelle ? Ce point pourrait apporter une résistance à l'assimilation entre addiction et automédication dans la mesure où l'utilisation d'une substance ou d'un comportement ne semble pas aussi consciente que dans les cas classiques d'automédication. Mais faut-il forcément que cette utilisation soit consciente pour qu'il y ait automédication ? Pour Catherine Audibert, les « stratégies addictives », dont le but est la « survie psychique » face aux angoisses profondes liées à notre solitude et notre incapacité à être seul, sont profondément « inconscientes » ; elles peuvent à un moment devenir conscientes – et c'est là la seule façon de pouvoir envisager une sortie de l'addiction – mais seulement au terme d'une thérapie ou d'un accompagnement où on va élaborer ces « motivations inconscientes » et comprendre quelle « fonction psychique nécessaire » (Audibert, 2008) remplissait dans notre vie notre addiction. Il n'est donc pas nécessaire que l'addiction soit comprise dès le départ comme une stratégie consciente d'automédication : cette prise de conscience peut être très tardive, et même postérieure à la durée de l'addiction. C'est ce que nous avons pu remarquer lors de rencontres avec des membres des Alcooliques Anonymes, par exemple avec Edwige :

« Et j'ai méconnu l'alcool jusqu'à l'âge de 19 ans. Après la mort de ma mère, j'ai connu l'alcool et j'ai trouvé que, avant de boire, j'étais quelqu'un de déséquilibré et quand j'ai bu, l'alcool a été un

4 Khantzian, E. J. "The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence." *American Journal of Psychiatry* 142, no. 11 (1985): 1259–64.

5 Voir les travaux de Jean-Pol Tassin sur le découplage des neurones sérotoninergiques et noradrénergiques (2006) pour un étayage neuroscientifique de cette thèse sur le lien entre addiction et dépression.

médicament, c'est-à-dire il m'a apporté tout ce que je souhaitais : équilibrée, forte, gonflée même alors que j'étais d'un naturel timide, réservé. Là j'étais devenue l'opposée de ma nature. Avec l'alcool (…). Donc j'ai trouvé ce produit très pratique et je l'ai pas lâché pendant 19 ans »[6].

Nous voyons ici que l'alcool est considéré comme un remède « pratique », remplissant une fonction bien définie, aplanir sa personnalité (et ses émotions, de manière générale), et surtout, que cette fonction de l'alcool semble avoir été découverte a posteriori, tel un constat sur « sa vie avec l'alcool ».

En définitive, pour appliquer à l'addiction la thèse de l'automédication, il faut effectuer de légères distorsions – extension à des comportements-remèdes et utilisation ne devenant consciente qu'a posteriori – qui ne remettent pas en cause selon nous le sens intrinsèque du concept d'automédication. S'ensuit-il pour autant que l'on peut considérer que la nature de l'addiction est d'être une technique d'automédication ?

Toutes les addictions sont-elles des formes d'automédication ?

Dans la plupart des ouvrages qui examinent la thèse de l'automédication comme une des explications de la prévalence entre trouble mental et addiction, il est très clair qu'elle constitue une explication possible mais pas la seule (*Alcool et santé mentale*, 2013). Pour Michel Lejoyeux de même, si cette thèse était « parfaitement pertinente, les schizophrènes consommeraient des molécules différentes selon leurs symptômes » (Lejoyeux, 2013, p. 62). Tous les comportements et substances ne procurent pas les mêmes effets : certaines drogues ont des effets sédatifs, qui conviennent bien à la thèse de l'automédication, tandis que d'autres ont des effets plutôt hédoniques. Au moins depuis Freud, il est classique de distinguer les addictions selon qu'elles obéissent à une logique de recherche de sensation ou bien à un évitement de la souffrance. Toutes les grandes définitions de l'addiction font état de cette double fonction caractéristique de l'addiction, par exemple Goodman, qui définit l'addiction comme :

« un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par 1) l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et 2) la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion) »[7].

Si les addictions visent soit le plaisir soit le soulagement d'un malaise ou d'une souffrance, alors il n'y aurait pas de modèle fonctionnel unique des addictions, mais elles auraient seulement en commun un mode de fonctionnement, notamment neurochimique. C'est la thèse d'un modèle unique des addictions qui semble compromise.

En ce qui nous concerne, nous pensons que ce qui est intrinsèquement premier, c'est l'évitement du malaise et non le plaisir. Nous avons développé dans un autre travail[8] l'idée selon laquelle, seuls les plaisirs liés par nature à la douleur (les « plaisirs mélangés », selon la typologie de Platon dans le *Philèbe*) peuvent mener à une addiction, tandis que les « plaisirs purs » ne seraient pas susceptibles d'illimité et d'addiction. S'il peut y avoir

6 Entretien avec Edwige du 20 juin 2015. Le nom a été changé.

7 Goodman, Aviel. "Addiction: Definition and Implications." *British Journal of Addiction* 85 (1990): 1403–8.

8 Trouessin, Mélanie, « Tout peut-il être objet d'addiction ? Les addictions comportementales face à la notion de plaisir », *Implications Philosophiques*, 26 octobre 2015.

addiction sans plaisir, mais non addiction sans douleur, alors c'est la douleur qui est première et la recherche du plaisir apparente ne fait que colmater un manque, une détresse pré-existante, même si celle-ci n'est pas forcément consciente. En d'autres termes,

L'addiction est possible à partir du moment où on trouve le plaisir adapté à ce qui nous manque, celui qui colmaterait, de manière insidieuse, la souffrance et les problèmes sous-jacents.

Mais considérer ainsi l'addiction ne revient-il pas à surmédicaliser tout un pan de l'existence humaine ? Sans admettre la thèse de Thomas Szasz selon laquelle les addictions, en particulier l'alcoolisme, serait une solution aux « problèmes de l'existence », qui seraient médicalisés de manière légitime, nous pouvons cependant nous questionner pour savoir si nous sommes toujours dans le champ du soin. Pour pallier à cette critique, H. Pickard explique que les addictions véritables au sens d'incurables, face auxquelles pas de rétablissement naturel, sont celles qui cachent un véritable trouble mental chronique. On pourrait poursuivre cette hypothèse et proposer une sorte de continuum allant d'addictions véritablement pathologiques, qui seraient des réponses à des troubles mentaux chroniques, à des « addictions de la vie quotidienne » (Loonis, 2002), qui serviraient à soulager, à un moment donnée, des difficultés. Dans les deux cas, les consommations et comportements seraient, selon les termes de Pickard, des « moyens choisis pour des fins désirées rationnellement » (Pickard, 2012).

Nous sommes ici très loin de la vision classique de l'addiction caractérisée par une perte de contrôle : comment un comportement qui serait utilisé voire instrumentalisés serait-il compatible avec l'idée de compulsion dans son sens classique de perte de contrôle de ses actes ?

La redéfinition de la perte de contrôle grâce à la thèse de l'automédication.

Nous pensons justement que le nœud du problème concernant les addictions est lié à cette définition de la compulsion ou de la perte de contrôle, et que considérer les addictions comme des formes d'automédication pourrait nous aider à progresser dans l'examen de cette notion et de sa définition dans le cadre de l'addiction.

Deux conceptions inverses de l'addiction, en lien avec la perte de contrôle, sont possibles : à un bout, les conceptions qui font de l'addiction une maladie où la volonté de l'individu est totalement annihilée face à des désirs pathologiques et où il n'a absolument aucun contrôle sur ses actes ; à l'autre bout, les conceptions qui voient cette perte de contrôle comme une illusion plus ou moins consciente chez l'individu, qui s'en servirait pour couvrir un comportement qu'il maîtrise et qui lui apporte toujours des effets bénéfiques escomptés. Ces positions, bien que très schématiques, véhiculent des visions existantes de l'addiction, qui ne peuvent s'entendre parce que, précisément, elles partagent un présupposé que soit elles acceptent ou soit elles rejettent. Ce présupposé concerne la nature de la perte de contrôle, dont la vision standard est d'être irrémédiable ou définitive et surtout d'être une perte de contrôle sur nos actes. Nous pensons que ces deux caractéristiques peuvent être remises en question, afin d'aboutir à une thèse moins radicale quant à la perte de contrôle, qui pourrait en conséquence plus facilement être

acceptée par l'un et l'autre des camps en présence.

Premièrement, nous pensons que dans l'addiction, ce que nous appelons compulsion ou perte de contrôle est conditionnelle ou subordonnée à une souffrance psychique, et qu'elle dure tant que cette souffrance persiste. C'est nous semble-t-il ce que veut dire Joyce McDougall :

« A partir de la découverte de la solution addictive, il devient compulsif de chercher à la retrouver face à toute souffrance psychique »[9].

Nous pensons que, dans l'addiction, il y a bien une perte de contrôle, mais que celle-ci n'est pas inconditionnelle, première, mais conditionnée par la découverte du bon comportement. Autrement dit, un comportement ou une consommation de substance ne devient pas nécessairement compulsif, de manière inexorable, mais le devient seulement parce qu'il remplit une « fonction de survie » (Audibert, 2008). C'est dans ce sens que Pedinielli & Bonnet peuvent écrire que :

« Graduellement, la conduite devient un mode de réponse automatique à toute difficulté; elle revêt alors la forme d'une contrainte conduisant à la répétition, pour se transformer en solution unique et exclusive: 'passion du besoin' occupant toute la sphère psychique »[10].

C'est ce qui permet d'expliquer pourquoi, face à la même substance et au même contexte, deux personnes auront une consommation totalement différente, selon que celle-ci remplit ou non une fonction vitale pour elle. C'est ce qui permet aussi de comprendre pourquoi des phénomènes comme le rétablissement naturel peuvent être possibles : à partir du moment où il n'y a plus le stimulus – la souffrance à colmater –, la perte de contrôle n'est plus sollicitée.

Deuxièmement, nous avons tendance à considérer que les personnes addictes perdent le contrôle de leur consommation au sens où elles seraient dirigées par une force extérieure à elle, telles des automates, à consommer ou effectuer un comportement. Au contraire, nous pensons que la perte de contrôle dans l'addiction concerne avant tout nos pensées, au sens où la focalisation sur ce qui nous permet d'apaiser notre souffrance rend impossible de penser à autre chose. La compulsion peut à notre avis être redéfinie comme un désir obsédant – une obsession – et non irrésistible dans la mesure où l'individu ne serait pas obligé par une force extérieure et contraignante de le satisfaire, mais y serait obligé dans le sens où ce serait la seule façon d'avoir l'esprit libre pour un peu de temps.

Conclusion

En définitive, nous pensons que le cadre de l'automédication est fécond pour nous aider à progresser quant à la nature de l'addiction. Deux caractéristiques primordiales nous semblent légitimer le rapprochement entre automédication et addiction. D'une part, les deux phénomènes manifestent l'autonomie d'un individu qui peut se croire tout-puissant au point de ne pas prendre en compte les risques engendrés par son comportement, qui peut se prendre au piège de son sentiment d'invulnérabilité. De l'autre, il s'agit dans chaque cas d'une volonté de se faire du bien, de se soigner sans faire appel à

9 Marinov, Vladimir. Anorexie, addictions et fragilités narcissiques. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2001. Chapitre de McDougall, « l'économie psychique de l'addiction ».

10 Pedinielli, Jean-Louis, and Agnès Bonnet. "Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction." Psychotropes Vol. 14, no. 3 (2009): 41–54.

une aide extérieure. Peut-être que parler d'automédication dans tous les cas d'addiction serait forcer le trait : certaines addictions soignent des difficultés relatives, passagères et qui n'entrent pas dans le champ de la santé mentale sauf à surmédicaliser notre existence. Cependant, l'absence de limite claire entre ce qui relève de la maladie mentale et ce qui relève de la souffrance psychique, liée aux difficultés de l'existence, nous permet de penser un continuum des addictions, que nous reconnaissons intrinsèquement être des stratégies de lutte et d'apaisement contre une douleur, et non premièrement une recherche de plaisir. Les addictions véritables, celles qui persistent toute la vie, semblent être celles qui colmatent des troubles et souffrances sévères. Entre une vision de l'addiction comme pathologie première où la volonté est détruite et une vision de l'addiction comme choix rationnel autonome, la thèse de l'automédication offre un compromis dans la manière de pensée les addictions, sans les lier à une finalité de destruction de soi, mais en en faisant au contraire des béquilles, qui nous offrent la possibilité de mieux vivre.

Références

- Audibert, Catherine. *L'incapacité d'être seul : Essai sur l'amour, la solitude et les addictions*. Paris: Payot, 2008.
- Becker, G.S., Murphy, K.M. 1988. « A theory of rational addiction ». *The Journal of Political Economy* 96, 675-700.
- Benyamina, Amine, Michel Reynaud, and Henri-Jean Aubin. *Alcool et troubles mentaux: De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- Ehrenberg, Alain. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 1998.
- Fainzang, Sylvie. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris: PUF, 2012.
- Ferenczi, Sandor. *Sur les addictions*. Paris: Payot, 2008.
- Goodman, Aviel. "Addiction: Definition and Implications." *British Journal of Addiction* 85 (1990): 1403–8.
- Khantzian, E. J. "The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence." *The American Journal of Psychiatry* 142, no. 11 (1985): 1259–64.
- ———. "The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications." *Harvard Review of Psychiatry* 4, no. 5 (1997): 231–44.
- Lejoyeux, Michel. *Addictologie*. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.

- Le Poulichet, Sylvie. *Toxicomanies et psychanalyse*. 3rd ed. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2011.
- Loonis, Eric. *Théorie générale de l'addiction: introduction à l'hédonologie*. Paris: Publibook, 2002.
- Marinov, Vladimir. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF, 2001.
- Pedinielli, Jean-Louis, and Agnès Bonnet. "Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction." *Psychotropes* Vol. 14, no. 3 (2009): 41–54.
- Pickard, Hanna. "The Purpose in Chronic Addiction." *AJOB Neuroscience* 3, no. 2 (2012): 40–49.
- Seutin, Vincent, Jacqueline Scuvée-Moreau, and Etienne Quertemont, eds. *Regards croisés sur le cannabis*. Wavre, Belgique: Mardaga, 2010.

« Nous c'est du bio ». La purgation dans les groupes d'entraide des anciens dépendants

Line Pedersen

Laboratoire de sociologie et d'Anthropologie (LaSA-UFC), Université de Bourgogne Franche-Comté.

Introduction

Dans le cadre de cet atelier, je vais exposer quelques résultats et pistes d'analyses issues de mon travail de thèse sur les formes et les logiques de traitement des addictions pour contribuer aux questionnements que ce colloque entend élucider. En effet, le pari de ma recherche est de comprendre les trajectoires des personnes en prise avec des produits psycho-actifs inscrites dans une démarche d'arrêt ou de diminution des consommations d'alcool ou des drogues illicites. En suivant ces trajectoires de sortie, j'ai pu questionner le passage des « addicts » dans les Centres de soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et les groupes d'entraide (Vie Libre, Narcotiques et Alcooliques Anonymes). À partir d'une posture ethnographique, à la fois compréhensive et critique, j'ai ainsi exploré la construction de la « sortie » des addictions au regard des contraintes morales, sociales et institutionnelles.

Cette communication se propose d'explorer les significations attribuées à ce que les associations d'entraide nomment « la maladie de la dépendance » (ou maladie-alcoolique pour certains), mais également à « l'abstinence totale et définitive » comme seul remède légitime à ce « trouble » dans des groupes d'entraide. Les groupes d'entraide sont intéressants pour explorer les formes que peuvent prendre le « soigner soi-même ». D'abord parce qu'ils revendiquent détenir un savoir qui relève de leur expérience biographique, un savoir « expérientiel », qui rend leur soutien et accompagnement plus efficaces que quelconque médicament ou action médicale. Ensuite, parce que ce savoir englobe leur propre modèle étiologique (les causes) de la « maladie » duquel découle le remède inévitable pour s'en sortir, ici l'abstinence totale et définitive (contrairement à la thérapeutique médicamenteuse qui ne ferait qu'entretenir une addiction). Enfin, parce que la métaphysique des groupes d'entraide qui fait de l'abstinence un « choix obligé » traduit une question éthico-morale : éthique en ce sens que les malades doivent faire un « travail sur soi » pour (re)devenir « authentiques ». Morale car les « entraidants » doivent s'engager à tenir promesse de ne plus jamais rechuter pour s'approprier une place d'entraidant dans le groupe.

Je vais donc d'abord exposer quelques caractéristiques de ces groupes d'entraide ainsi qu'une description de leur conception de la maladie et la réponse à y apporter, avant de revenir sur les significations du trouble et la ritualisation du chemin de l'abstinence

heureuse.

1. Les groupes d'entraide dans le domaine de l'addictologie

Marie Jauffret-Roustide (2002) propose une distinction qui est ici opérationnelle : au sein de ce que l'on nomme *autosupport*, elle distingue les groupes d'intérêt comme par exemple l'association Auto-Support des Usagers de Drogues (groupe politique) et les groupes d'entraide (comme Vie Libre, Narcotiques Anonymes et Alcooliques Anonymes). La particularité de ces groupes c'est que les membres ne s'y trouvent pas rassemblés par des propriétés sociales, professionnelles ou politiques, mais par une perception partagée des conséquences indésirables de la situation problématique avec le produits (ne plus pouvoir se passer du produit, perdre son travail, perdre ses amis, ruptures familiales, problèmes financiers, retrait du permis, etc.).

Le statut du savoir élaboré et mobilisé dans les groupes d'entraide dans le domaine de l'addictologie dépasse la qualification du savoir dit profane, en ce sens que leur relative popularité et longévité[1] témoignent d'une réponse *a priori* efficace et alternative à la prise en charge médicale des addictions. Ils revendiquent une légitimité à aider les autres dépendants basée sur l'idée que eux « *c'est du BIO* ». Le « bio » fait ici référence à l'absence de l'utilisation des médicaments dans la thérapeutique de la dépendance, contrairement à la prise en charge médicale. Ainsi, les groupes font des réunions hebdomadaires, voire quotidiennes dans les grandes villes, dans le but soit d'atteindre soit de maintenir l'abstinence grâce aux partages et aux témoignages des autres membres. Le postulat de base est que les besoins des addicts sont mal pris en compte par les institutions et les professionnels, et que l'aide et le soutien des autres personnes dépendantes est une manière efficace et pertinente de pallier ces déficiences (Katz et Bender, 1976).

Il s'agit d'éviter toute forme de dépendance et les médicaments deviennent ici un danger autant qu'une béquille potentielle. Le groupe met donc les nouveaux en garde contre l'utilisation de tel ou tel médicament, tout en leur apprenant lesquels peuvent les aider à devenir totalement abstinent et comment les demander aux médecins. Le groupe amorce le « travail sur soi », mais il institue également des normes de consommations « saines » (tisanes, boissons sucrées non-alcoolisées) en s'échangeant des recettes entre autres. Il propose aussi des manières de faire face aux tentations et aux occasions de consommer des produits psycho-actifs auxquels ils sont/étaient dépendants, de l'évitement des rayons alcool aux supermarchés jusqu'à l'annonce à autrui de sa « maladie ».

2. Savoir profane ou savoir expérientiel ?

Les données mettent en évidence que les groupes d'entraide organisent leur trouble sous la *catégorie de maladie*. La caractéristique principale retenue pour cette définition est le fait de ne pas pouvoir s'arrêter une fois qu'on a commencé : « Si vous êtes comme nous, vous savez bien qu'une fois c'est trop et mille fois jamais suffisant » ou la célèbre phrase du docteur Fouquet « l'alcoolique est celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire »

1 Les premières esquisses d'alcooliques anonymes se font dans les années 1930aux États-Unis, Vie Libre voit le jour en 1956 en France, bien avant une spécialisation professionnelle en toxicomanie et alcoologie (Dargelos, 2008).

souvent reprise par les membres de Vie Libre ou des Alcooliques Anonymes. Ils font d'ailleurs souvent référence à la maladie diabétique ou à l'allergie pour justifier leur identification du trouble comme une maladie : « *nous on est comme eux, ils ne peuvent pas manger du sucre, nous il nous le [l'alcool] faut plus jamais dans le corps* ».

La définition du trouble, de ses différentes « composantes » (déni, rechute, abstinence) et des causes explicatives construisent ainsi un savoir basé sur l'expérience et sur l'observation de l'expérience des autres. D'une part le savoir concerne la « causalité » de la maladie (Fainzang, 1996). Certains évoquent l'idée d'un « mal-être », en admettant que celui-ci se manifeste à divers degrés et de différentes manières chez les malades (des « choses qui remontent à l'enfance », une dépression ancienne renforcée par la consommation, etc.). Toutefois, étant donné que tous ceux qui présentent un mal-être ne deviennent pas malades-dépendants, il y a quelque chose de l'ordre de l'affectif dans le rapport aux autres et à soi qui serait la cause de leur besoin « d'anesthésier les émotions » comme ils le disent à plusieurs reprises. Plusieurs personnes mettent ainsi l'accent sur l'idée de « gratter » ce qu'il y a derrière la maladie : une fois débarrassé du produit, il faut traiter ce qu'il y a en dessous, ce qui sous-entend faire un travail « de parole », soit avec un professionnel soit à travers le groupe. Il s'agit de mettre les choses à plat impliquant souvent une « confession » aux proches de leurs mensonges pendant la période de consommation. Le terme de maladie n'est pas accepté toute de suite par tout le monde (et certains continuent de le refuser), mais c'est tout l'enjeu dans l'accueil des nouveaux : faire comprendre que c'est une maladie.

D'autre part leur savoir concerne l'abstinence et la manière de l'entretenir. Ainsi, on peut noter que des conseils et des astuces pratiques concernant l'entretien de l'abstinence s'échangent pour éviter la rechute. Si un nouvel abstinent évoque des difficultés liées à l'abstinence, les « anciens » lui conseilleront différentes choses (par exemple de ne jamais avoir de l'alcool à la maison, comment faire/dire pour refuser l'alcool notamment pendant les pots et les apéros). L'abstinence à vie prend ainsi la forme de la seule véritable réponse au trouble et son efficacité permet de valider à la fois la définition et l'explication des causes du « trouble ». Les groupes d'entraide tirent donc leur légitimité de l'expérience de ce remède, car la rechute est là pour valider à la fois la définition de maladie (on retombe dans le même fonctionnement si l'on recommence à consommer) et le remède : ne jamais recommencer.

La rechute est une notion que les membres des groupes mobilisent pour désigner cette épreuve que presque toutes les personnes traversent sur le chemin de l'abstinence. Quand elle se « manifeste » elle donne « sens » à la période qui l'a précédée (la personne était en effet encore dans le déni si elle a pu rechuter). Quand elle reste une possibilité (on n'est jamais à l'abri), elle donne un sens à la période à venir : la rechute est ce qu'il faut éviter. Enfin, la rechute devient un « impossible » quand on « bascule » dans le rôle d'un(e) entraidant qui fait la « promesse » (Ricoeur, 1990) de ne pas rechuter.

Cette perspective renvoie aussi à la tension entre d'un côté la « guérison » et de l'autre l'abstinence. La guérison serait une lutte pour un objectif bien défini, sous-tendu par l'idée que les addicts peuvent arriver à « vivre normalement ». Cela marque une rupture avec l'ancien « mode de vie ». La guérison, c'est en effet quand on a fait le deuil du produit, quand on arrête de se battre contre. L'abstinence quant à elle serait plutôt un

« mode de vie » ou une « thérapie » (Fainzang, 1996) qui représente « l'éternité », mais qui ne peut jamais être totalement « acquise ». Même si on est « guéri » de la dépendance on reste malade.

« Les gens, qui que ce soit s'arrête pendant 15 jours de boire. Sauf qu'il sait pertinemment que le 16ème jour il va remettre le nez dedans. Il est capable de le faire parce qu'inconsciemment le 16ème il va compenser. Mais dire que plus jamais [accentuation forte] tu ne toucheras à l'alcool. Non, ah non. C'est comme euh... tu sais ça me fait penser un peu à ces dimensions que notre cerveau humain n'est pas capable de comprendre, tu sais quand on parle de l'espace... Voilà, l'univers, c'est où ? Il y a pas de fin » (entretien avec Sophie).

En ce sens, la continuité de l'abstinence permet d'éviter une répétition du passé : la rechute. Le collectif assure aux membres une continuité de l'expérience de l'abstinence en ravivant le souvenir de leurs parcours chaotiques et aliénants (Fernandez, 2008) par le partage de récits (les anciens membres disent souvent merci aux « nouveaux » car ça leur fait « piqûre de rappel), ainsi que l'échec de leurs prises en charge institutionnelles (éventuelles). Leur trajectoire de vie jusqu'à ce qu'ils nomment « l'abstinence heureuse » en est la preuve et devient la condition nécessaire de l'entraide. Le groupe d'entraide se constitue donc en collectif qui intervient pour transformer la « situation-trouble » de la dépendance aux produits psycho-actifs en créant une nouvelle situation : l'abstinence, et qui est stabilisée grâce à la participation aux réunions.

3. Se maintenir et se tenir : une question éthico-morale ?

L'abstinence comme seul remède possible fait d'elle une sorte de « choix obligé ». Choix, parce que les addicts peuvent choisir de continuer à consommer s'ils n'acceptent pas l'abstinence à vie, mais cela signifie qu'ils restent dans le « déni » selon le collectif d'entraide. Une obligation, parce que s'ils ne s'arrêtent pas, ils mourront à cause de ce trouble, ce que certains appellent le « suicide à petits feux ». Cette grille de lecture s'apparente à la philosophie existentialiste : la prise de conscience de la condition dépendante comme une forme de maladie implique de devenir abstinent, ce qu'il faut accepter et assumer en décidant du *sens* à donner à son existence[2]. Ceux qui n'acceptent pas leur condition sont de « mauvaise foi », ce que les anciens dépendants qualifient de « déni ».

En effet, l'abstinence « totale et définitive » signifie se sevrer physiquement du produit, mais aussi « psychiquement » : ils doivent vivre leur abstinence de manière « heureuse » et sereine, malgré la contrainte qu'un tel principe pourrait sous-entendre (se priver des produits « de plaisir »). Pour arriver à la vivre de manière heureuse, il est nécessaire de faire un « travail sur soi », que cela soit à l'aide du groupe, en individuel (comme le travail des étapes dans les groupes des Anonymes) ou à l'aide d'un thérapeute professionnel. Il est donc important de « devenir soi », authentique, et commencer à compter pour soi-même.

Le travail sur soi consiste donc à faire un « travail émotionnel », c'est-à-dire identifier des émotions qui empêchent « d'avancer » puis apprendre à les contrôler, sachant que certains ressentiments, notamment en début d'abstinence, sont « normaux »

2 À plusieurs reprises les personnes utilisent le vocabulaire de « nouvelle vie » et parlent souvent d'un avant (« avant j'étais comme ça, je faisais que picoler, maintenant c'est différent », etc.). Nous allons revenir sur cet aspect.

(« on est tous passés par là »). Il apparaît ainsi que le groupe participe à la mise en cohérence et à la construction du « sens » de l'expérience des nouveaux arrivants en rapportant les « fragments » partagés à leurs propres histoires, et donc de leur « travail biographique » déjà amorcé.

En effet, le « sens » que l'on décide de donner à sa vie peut être celui d'aider les autres malades à faire le même chemin que soi-même. Une fois basculée dans l'abstinence heureuse, la personne peut s'engager dans une carrière (Becker, 1986 ; Darmon, 2008) d'entraidant militant, où l'on participe à la « mise à nu » des autres malades. La rupture est donc ici catalyseur d'un « sens » presque inévitable de la suite de la trajectoire de certains entraidants qui consiste à donner de soi dans une démarche militante, trajectoire qui n'est pas forcément suivie par tous les malades abstinents. Nous avons déjà pu voir par exemple comment le président de Vie Libre, mais aussi d'autres personnes, peuvent « reprendre » certains membres quand ils parlent de « lutte » et de « combat » pour rester abstinent, ou intervenir si le terme de maladie est mis en cause. C'est également le cas concernant le médicament baclofène, qui, pendant mon travail de terrain, a fait débat publiquement et dans les groupes d'entraide. La plupart de membres sont farouchement opposés, mais certains tentent de nuancer en disant que ce médicament peut être utile pour des nouveaux abstinents par exemple aux personnes sortant d'une cure de sevrage. Il y a donc une forme de « discrétisation » de la connaissance experte consistant à « *transformer du continu en des éléments discrets et homogènes* » (Merchiers et Pharo, 1990), en ce sens que l'on identifie ce « nouveau » médicament à tous les autres médicaments dans le traitement de la maladie de la dépendance : on sait que les traitements médicamenteux ne sont pas la solution ou seulement de manière très temporaire, peu importe leurs caractéristiques pharmaceutiques. Ce processus de discrétisation est possible en appliquant une convention selon laquelle l'abstinence est la seule solution à toutes formes de dépendance, une convention suivie par les entraidants. Dans le cas des membres qui ont dans la discussion observée tenté de nuancer, ils n'ont pas appliqué la « bonne » convention, celle de l'abstinence en parlant des cas singuliers (on peut donner ce médicament à quelqu'un de manière exceptionnelle si la personne n'arrive vraiment pas à se sevrer), il n'y a pas eu une « montée en généralité » (Boltanski et Thévenot, 1991).

Dans la terminologie des groupes, pour expliquer comment un dépendant peut devenir une « personne aidante », les membres se réfèrent à la notion de basculement. Quand on s'est mis à nu, on peut à son tour mettre à nu les autres en passant dans le siège de professeur. L'épreuve de compétence consiste à se « mettre à parler » et la validation se manifeste dans l'écoute que les personnes encore dans le déni ou qui « résistent » à la théorie de la maladie accordent à la personne qui « s'est mis à parler ».

Pour basculer, se « mettre à parler » c'est une chose, encore faut-il que cela soit écouté de manière continue, que « ça se reproduit ».

« on se reconnaît. Mais ça se lit pas sur ton visage, mais, ouais j'étais malade. Ah. Et voilà on s'embrasse, parce qu'on a vécu les mêmes choses. Si tu as vécu les mêmes choses, c'est que tu as marché dans mes empreintes » (entretien avec Francis, NA).

Le rôle de l'entraidant devient donc de « tracer le chemin », de montrer où vont les empreintes : jusqu'à l'abstinence heureuse. Cette fonction morale implique aussi un *devoir-être*, une certaine conduite à tenir pour maintenir son mandat (Hughes, 1996), en l'occurrence celle de « promettre » de ne pas rechuter, jusqu'à la fin de ses jours, donc

avoir une conduite exemplaire en rapport avec les produits face aux autres :

« *Tu sais par rapport aussi à la rechute, les gens se mettent aussi une pression, mais une bonne pression, parce que tu peux.... ça serait très mal vu en tant que, entre guillemets, professeur tu te mets à retomber... tant que tu es élève tu peux te permettre d'avoir, de te casser la figure, mais dès que tu es passé dans le siège de professeur tu peux plus te casser la figure* » (entretien avec Julien, Vie Libre).

Dans les groupes d'entraide, l'acquisition du savoir sur la maladie de la dépendance n'est pas seulement une question de « socialisation » entre les anciens et les nouveaux, mais on peut suggérer qu'il fait aussi l'objet d'une transmission (Jacques-Jouvenot, 1997) s'inscrivant dans un processus de désignation de « ceux qui savent » et qui peuvent donc aider les autres. Le processus d'assignation des places dans les groupes d'entraide ne dépend pourtant pas de l'expérience de la dépendance, mais bien de l'appropriation de la place d'un « abstinent heureux » ayant une conduite exemplaire à l'égard des produits psycho-actifs. Autrement dit, la personne « désignée » doit « tenir promesse » (ne pas rechuter ou chuter tout court), lui conférant le « droit » à mettre en œuvre une capacité à aider d'autres. Le « successeur » ne reçoit pas un savoir ou des compétences, mais bien une *place* qu'il doit s'approprier.

Cela entre en résonance avec l'idée qu'évoquent plusieurs entraidants : redonner ce que l'on a reçu soi-même dans les groupes. La désignation d'un ou d'une successeur dans une logique de transmission des places engage donc le nouveau « père-pair » non pas à faire preuve d'une maîtrise des savoirs sur la maladie, mais à accepter ce choix et à se montrer digne de l'assumer (Jacques-Jouvenot, 1997) en évitant la rechute. Dans cette perspective de dons et de dettes, la filiation, en tant que lien de dépendance et de continuité créé entre deux entraidants, participe à la pérennisation des groupes d'entraide.

Conclusion

L'abstinence heureuse implique que la personne devienne concernée par son devenir en passant d'une « logique d'externalité » à une « logique d'intériorité » en ce sens qu'il faut aussi, selon les membres, identifier et travailler sur les causes endogènes. La maladie serait ainsi intimement liée à l'individu qui en souffre (malgré la pression sociale, la publicité, les conditions sociales défavorables, tout le monde ne devient pas dépendant). Les groupes d'entraide « n'échappent » en quelque sorte pas non plus à l'injonction de « jouer le jeu de la responsabilité » (Soulet, 2005) et à l'exigence d'authenticité consistant à structurer à eux seuls leur existence.

Ce travail introspectif peut ici être considéré comme une « technique de soi » au sens de Foucault (1994), c'est-à-dire une forme de subjectivation à travers laquelle le sujet peut se transformer par des exercices concrets (méditation, écriture de soi, lectures, thérapies) seul ou avec l'aide d'autres personnes. Foucault, attentif aux variations historiques de ces techniques, montre que la constitution du sujet s'exprime selon des modalités différentes. Selon lui les formes de subjectivation contemporaines sont héritées de la tradition chrétienne. En ce sens on peut dire les groupes d'entraide contribuent à distinguer ce qui peut être dit ou pas en proposant une trame narrative aux personnes dépendantes (Grard, 2011). La narration devient la condition d'accès à la « Cité », parce que, en se mettant en récit, le sujet capable s'atteste moralement en sujet responsable.Il ne faut donc pas occulter l'aspect contraignant de ce processus, en ce sens que l'obligation de

se mettre en récit participe aussi à construire un sujet moral capable de s'auto-contrôler. On retrouve là une vision de l'individu historiquement et socialement situé qui se traduit dans des notions, telles que autonomisation, responsabilisation et *empowerment*. La « purgation » dont font preuve certains addicts peut donc être rapprochée à une sorte de confession laïque (Hahn, 1986) témoignant de la ritualisation du « chemin de l'abstinence heureuse ».

Références

- BECKER Howard Saul, 1985, *Outsiders: études de sociologie de la déviance,* Paris, Métailié.
- BOLTANSKI Luc & THEVENOT Laurent, 1991, *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- DARGELOS Bertrand, 2008, *La lutte antialcoolique en France depuis le XIXe siècle,* Paris, Dalloz.
- DARMON Muriel, 2008, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, N° 82(2), 149-167.
- FAINZANG Sylvie, 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques: la liberté ou la mort,* Paris, Presses universitaires de France.
- FERNANDEZ Fabrice, 2008, « « Dépasser les mots » . Étude sur le pouvoir des émotions au sein d'une fraternité de dépendants », *In* Fernandez, Lézé, & Marche, *Le langage social des émotions: études sur les rapports au corps et à la santé,* Paris, Economica : Anthropos.
- FOUCAULT Michel, 1994, *Dits et écrits, 1954-1988* (Vol. IV), Paris, Gallimard.
- GRARD Julien, 2011, *Frontières invisibles : expériences de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France* (thèse de doctorat inédite), École des hautes études en sciences sociales (EHESS). repéré à : https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/699269/filename/frontieres_invisibles-these-ehess-j.grard.pdf
- HAHN Aloïs, 1986, « Contribution à la sociologie de la confession et autres formes institutionnalisées d'aveu », *Actes de la recherche en sciences sociales*, *62*(1), 54-68.
- HUGHES Everett, 1996, *Le regard sociologique: essais choisis,* Paris, éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- JACQUES-JOUVENOT Dominique, 1997, *Choix du successeur et transmission patrimoniale,* Paris, L'Harmattan.
- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, 2002, « Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues Mise en œuvre de nouvelles formes d'expertise », *In* Faugeron & Kokoreff, *Société avec drogues. Enjeux et limites* (p. 165-181), Paris, ERES.
- KATZ Alfred & BENDER Eugene, 1976, *The Strength in Us: Self-Help Groups in the*

Modern World, New York, New Viewpoints.

- MERCHIERS Jacques & PHARO Patrick, 1990, « Compétence et connaissance expertes. Propriétés publiques et cognitives-pratiques », *Sociétés contemporaines*, *4*(1), 89-108.
- RICOEUR Paul, 1990, *Soi-même comme un autre,* Paris, Éd. du Seuil.
- SOULET Marc-Henry, 2005, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle*, *10*(2), 49-59.

L'automédication des « possédés » et des « ensorcelés » suivant les rituels de rouqya(France, Algérie, Egypte)

Fatima Zohra Cherak

Docteure en anthropologie, Chercheure associée GRAS (Oran)

La *rouqya* ou exorcisme est une pratique dite thérapeutique, inspirée des textes de l'islam sunnite, visible depuis les années 1990 dans plusieurs pays à présence musulmane comme la France, l'Algérie, et l'Egypte (Cherak, 2007, 2013). Dans le cadre de mes enquêtes de terrain qui concernent les représentations sur le mal et la maladie en lien avec la pratique de la *rouqya*, j'ai observé des rituels individuels et collectifs en France (29 rituels à Marseille et à Paris : 1996, 1998, 2002, 2004, 2005), en Algérie (70 rituels à Oran et sa région :1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2007), et en Egypte (44 rituels au Caire, au village de Sendoub dans le delta, et un village à al-Charqiya : 1999, 2001).

Le discours des souffrants et de leurs familles sur la maladie implique le choix des soins prescrits, recommandés, suggérés, ou essayés délibérément dans le cadre de la médecine officielle, mais aussi et surtout en consultant les *râqis*, praticiens de la *rouqya*.

Comment ces malades construisent-ils un sens à leur "automédication" et comment s'engagent-ils dans un parcours thérapeutique, pour répondre à une demande de soin complexe (physique, psychique) et de solutions leur promettant d'apporter de l'ordre social, en complément à des soins médicaux ou en rupture avec la biomédecine ?

Qualifiée de thérapeutique, la *rouqya* est considérée par ses adeptes comme un complément aux soins médicaux, dans d'autres cas comme une alternative quand le patient déclare une non efficacité thérapeutique allopathique ou un retard de guérison qu'il renvoie à l'incompétence médicale (Fainzang : 2010).

1- Les représentations sur l'origine du mal et de la maladie

La volonté divine, affirmée comme transcendante, permet ou non la manifestation d'un mal quelle que soit son origine. Cependant, la part de la possession et de l'ensorcellement paraît importante dans l'étiologie d'où dépend le recours aux *râqis* si aucune explication causale plausible n'est pas avancée. Les adeptes de la *rouqya* reconnaissent les maux venant des djinns, êtres invisibles cités dans le Coran, et ceux issus d'une intervention humaine malveillante (sorcellerie, mauvais œil). Le djinn est perçu comme un agent pathogène car il « pénètre » le corps de sa victime pour provoquer un désordre visible à travers des signes physiques, psychiques et ayant des répercussions sur les relations sociales. Il se venge s'il est offensé notamment dans les lieux qu'il fréquente (jet d'un liquide brûlant dans l'évier ou les latrines), mais il est aussi vu comme l'exécuteur du sort.

Celui-ci renvoie souvent à une vengeance, à une jalousie ou à une domination sociale.

2- Les rituels de la *rouqya*

La *rouqya* se présente comme un rituel thérapeutique qui se caractérise par le recours au Coran récité par les *râqis*. Ce rituel implique une « construction » et une « identification » des symptômes (Fainzang, 2012 : 52) afin de définir la part du pathologique.

2-1- Le Coran

Les *râqis* considèrent la récitation coranique comme un moyen incontournable dans le diagnostic de la possession et de l'ensorcellement. Considérés comme une source de guérison, certains versets sont réputés provoquer le djinn, voire le brûler, d'autres l'apaiser ou le chasser. Ritualisée, la récitation coranique prend une dimension thérapeutique à travers l'organisation d'un espace/temps : silence, séparation des sexes, voile pour les femmes, absence d'images d'êtres vivants et de musique.

2-2- Le diagnostic

Le corps est le support sur lequel les signes d'une atteinte par un djinn ou d'un sort sont révélés. Les réactions physiques et psychiques sont interprétées par le *râqi* et appuient la démarche thérapeutique à suivre. Par exemple si un djinn chrétien est identifié, des versets coraniques sont recommandés, si une sorcellerie en dépend, un programme est à déterminer selon le type d'ensorcellement et sa gravité. Même avant la récitation coranique, à la rencontre du *râqi*, le patient peut manifester des signes précurseurs à valider lors du rituel. Il peut exprimer aussi des signes interprétables par son entourage, comme les cauchemars, l'entrée en transe, l'évanouissement, à vérifier auprès du *râqi*. En dehors des signes constatés à domicile, le corps malade est celui qui réagit à la récitation coranique : tremblement, pleurs, nausées, cris, violence physique et/ou verbale envers le *râqi*. D'autres signes relèvent aussi du domaine de la *rouqya* comme les symptômes psychosomatiques, les maux féminins (troubles du cycle menstruel, infécondité, fausses couches) et l'impuissance masculine, souvent reconnue comme un nouement magique. Le corps souffrant est censé traduire l'impact des dysfonctionnements sociaux et relationnels : le prolongement du célibat, le divorce, ainsi que d'autres infortunes seraient des signes alarmants.

3- Les traitements chez le *râqi*

Lors du rituel de *rouqya*, le corps du malade est touché[1], le Coran est récité à voix haute à proximité de l'oreille, le visage est aspergé d'eau coranisée, le musc[2] est approché des narines.

Si le patient s'agite et résiste à la récitation coranique, censée bouleverser son djinn, le *râqi* a recours à la maîtrise du corps : immobiliser les mains, les écarter des oreilles pour

1 Plusieurs *râqis* évitent de toucher directement une femme.
2 Le musc, que le malade doit sentir, est utilisé pour provoquer le djinn ou le faire fuir.

l'obliger à écouter le Coran. Certains *râqis* procèdent à des gestes censés apaiser le corps (passer une cuillère métallique sur une paresthésie, comme le fait le *râqi* oranais Hassni), ou censés menacer, voire punir l'être possesseur : le *râqi* oranais Toufiq utilise un bâton. D'autres *râqis* (Marseille, Oran, village de Sendoub) considèrent que l'huile d'olive sur laquelle une récitation est effectuée, appliquée sur le corps, est dotée de pouvoir thérapeutique. Le costus indien, *Cheilocostus speciosus*, réduit en poudre et mélangé à de l'huile d'olive coranisée, est instillé dans les narines dans le cas d'un sort ayant élu domicile dans la tête. Malika, une possédée rencontrée chez le *râqi* oranais Toufiq, me dit trouver une efficacité dans le costus indien pour soigner sa sinusite. Une variété d'outils, de produits et de méthodes utilisés, témoigne d'une volonté d'élargir le champ du soin. Les acteurs de la *rouqya* évoquent la médecine du prophète, mais se positionnent aussi dans la catégorie des soins traditionnels, notamment par le recours aux graines de *harmel* (Peganum harmala) prescrites par le *taleb* dans le traitement des djinns (Claisse-Dauchy, 1996), et des fumigations de bois d'aloès (*Aquilaria)*[3] (Le Caire, Oran) pour contraindre le djinn à parler par la bouche du possédé.

Costus indien (*Cheilocostus speciosus*)
© Hans Hillewaert
https://en.wikipedia.org/wiki/Cheilocostus_speciosus

harmel (*Peganum harmala*)
© Kurt Stüber
https://fr.wikipedia.org/wiki/Peganum_harmala

3-1- La « médecine » du prophète

Les *râqis* se réfèrent à ce qu'ils appellent la médecine du prophète. Cette dernière consiste à utiliser des simples et des ingrédients vendus chez des herboristes et des boutiques islamiques[4] : des flacons d'huiles, de gelée royale, de propolis, etc, constituent des soins annexes à la *rouqya*. Les graines de nigelle (*nigella sativa*) moulues, sont consommées mélangées à de l'huile d'olive et du miel, un complexe appelé *'aqda* à Oran. L'application

3 Nommé à Oran *'oud qmari* (bâton de lune ou des Comores), voir : Persoon (2012) <https://ethnoecologie.revues.org/704>.

4 Des produits « islamiques » sont vendus (livres, vêtements, supports audio-visuels), et des produits à usage thérapeutique et cosmétique (plantes, épices, parfums, encens...), voir <http://www.iqrashop.com>. Sur l'ampleur que semblent présenter des produits similaires au Sénégal, voir Alice Desclaux (2015).

des ventouses appelée *hijama,* scarification (France, Algérie, Egypte) est censée retirer le sang contaminé par la sorcellerie alimentaire. Des *râqis* qui se spécialisent consacrent des jours selon le sexe, ils sollicitent souvent une aide féminine pour les patientes.

Le sort ingéré, souvent diagnostiqué pendant le rituel si le malade éructe ou vomit au moment de la récitation des versets qui citent la magie[5], est traité à l'aide de purifications internes. Le malade est invité à boire de l'eau sur laquelle le *râqi* a récité des versets coraniques : on parle d'eau de *rouqya* ou d'eau coranisée. Le sel peut y être ajouté pour en renforcer l'effet purgatif. Certains *râqis* prescrivent la tisane de séné mecquois, réputée nettoyer le système digestif de la sorcellerie qui s'y colle. Le *râqi* oranais Hassni prescrit parfois *habbat al-moulouk*, graine des rois (*Croton tiglium*)[6], réputé pour son pouvoir purgatif.

Faire vomir l'ensorcelé est souvent recommandé pour traiter le sort ingéré : l'eau coranisée avec ou sans sel est utilisée. Pour cet effet, le *râqi* oranais Réda emploie le lait coranisé. Le vomi est interprété : les couleurs rouge et jaune indiqueraient une atteinte. Pour la purification du corps ensorcelé, les *râqis* proposent des douches avec de l'eau coranisée à laquelle on ajoute des feuilles de jujubier ou l'eau de rose[7]. L'eau de mer, ayant le pouvoir de défaire le sort selon les croyances à Oran, est perçue de manière positive.

habbat al-moulouk, graine des rois (*Croton tiglium*)
© Franz Eugen Köhler
https://fr.wikipedia.org/wiki/Croton_cathartique

nigelle (*nigella sativa*)
© Andre Holz
https://fr.wikipedia.org/wiki/Nigelle_cultiv%C3%A9e

3-2- Les innovations dans les soins

La simple récitation coranique nécessite un effort considérable pour le *râqi* qui effectue cette activité pour chaque malade pendant que d'autres attendent leur tour. L'innovation dans la transmission du Coran sur un support (cassette, CD) et dans l'amplification de la voix du *râqi* à l'aide d'un microphone a un meilleur rendu thérapeutique selon certains

5 Verset 102, Sourate 2 ; les versets 69 et 70, Sourate 20.
6 Voir <http://mieldejujubier.com/fr/boutique/26-habbat-al-moulouk-contre-la-sorcellerie-sihr-avalee.html>.
7 Un *râqi* au Caire prescrit de l'eau coranisée à laquelle il ajoute un colorant rougeâtre, présenté comme étant du safran. Le patient boit quelques gorgées et se lave avec le reste.

râqis, surtout lors d'un rituel collectif avec un nombre important de patients (une mosquée observée au Caire).

Le *râqi* égyptien Jaber, au village de Sendoub, vante l'efficacité des écouteurs qu'il utilise pour émettre le Coran récité, placés directement sur les endroits douloureux ou censés être habités par des djinns. Il s'agit du même principe que des *râqis* appliquent : des fils, ressemblant à des électrodes, liés à un diffuseur de Coran récité, sont placés sur le corps du malade. Celui-ci assis sur une chaise « coranique » est censé recevoir une énergie coranique annulant son sort.

Le sérum physiologique coranisé rejoint l'idée d'une purification interne. Il circule dans le sang « contaminé » par un sort ingéré, et en « annule » l'effet. Cette méthode est souvent utilisée par des *râqis* professionnels à Oran qui organisent leur travail autour de ce qu'ils appellent la clinique coranique où d'autres programmes de soins sont appliqués.

Les *râqis* adoptent l'idée selon laquelle le Coran psalmodié est efficace sous toutes ses formes. Ainsi il peut être récité non seulement sur le malade mais aussi sur les produits à consommer et les outils de soins : la baraka du Coran est une croyance partagée par les adeptes de la *rouqya*.

4- Les traitements à domicile

En plus des soins administrés durant le rituel, d'autres en complément sont prescrits par le *râqi*. Impliqué dans l'observance de son traitement à domicile (Sarradon-Eck, 2007), le malade procède à la purification de son corps au niveau physique (émétiques, purgatifs, douche) et symbolique (écouter des versets et réciter des invocations). Ces méthodes qui s'inscrivent dans une logique de soin et de protection contre les récidives engagent aussi le malade à renforcer ses pratiques religieuses : faire la prière à son heure, de préférence à la mosquée, et porter le voile pour les femmes. Les signes qui apparaissent à la suite de ces traitements, interprétés par le *râqi*, indiqueraient l'état du malade : une amélioration, une régression, une continuité ou une rupture dans l'efficacité thérapeutique.

La situation dans laquelle le patient s'engage dans la *rouqya* nous amène à nous interroger sur la part de l'automédication au sens large par rapport au système biomédical et nous nous demandons s'il peut s'agir d'une automédication.

Le malade, en recherche d'un sens à sa maladie et à sa souffrance (Augé, Herzlich, 1984), passe d'un registre à un autre : médecine officielle/explication surnaturelle. L'essai d'une automédication (Doliprane) pour soulager des céphalées intenses figure en premier comme est le cas pour Yaqout. Cette enseignante vacataire dans un lycée à Oran croit au début que son hypertension diagnostiquée est une maladie héréditaire (Sarradon-Eck, 2007 : 11). Les médecins soupçonnent une pathologie rénale sans confirmation. Or, d'autres éléments ajoutent un sens à sa maladie (être célibataire à 38 ans, en recherche d'un poste) l'interpellent quand son amie lui conseille la *rouqya*. Les *râqis* lui révèlent qu'elle est plutôt ensorcelée. Les symptômes qui se manifestent par la suite renforcent cette croyance et permettent de placer la maladie dans la catégorie de l'ensorcellement : l'enflure au cou pour laquelle un médecin est consulté, l'engourdissement des bras et des pieds, même si elle pense aux séquelles de l'hypertension, signaleraient un sort encore actif. L'efficacité symbolique de la *rouqya* lui permet de s'engager dans une alternative à la

médecine. L'automédication de Yaqout consiste à soulager une céphalée « banalisée » depuis ses études à la fac, mais étant chronique elle consulte le médecin. A la rencontre des *râqis*, le sens de l'automédication change avec l'évolution des signes : remédier à une maladie qui aurait pour origine un dysfonctionnement social (célibat, précarité d'emploi) causé par un sort.

Cas	Âge/sexe/ situation	Signes	Automédication	Diagnostic médical	Interprétation du malade	Diagnostic des *râqis*	Soins à domicile
Yaqout	38 ans, F célibataire	Céphalée, puis enflure au cou, membres engourdis	Doliprane	Hypertension (18), soupçon de problème rénal	Hérédité	Mauvais sorts	Huile d'olive, eau, *hijama*, séné

Conclusion

Les représentations sur la souffrance et la maladie liées à l'intervention d'agents invisibles (djinns, sorcellerie) marquent une étiologie pour laquelle les « possédés » et les « ensorcelés », ont parfois recours à une prise médicamenteuse comme des analgésiques (Mbutiwi Ikwa Ndol, 2013), suivie de visites chez les professionnels de santé, mais se tournent ensuite vers la *rouqya*. Celle-ci, médiatisée, se présente comme une forme d'automédication dans le sens où ses adeptes s'orientent vers des soins non réglementés suite à un diagnostic qui leur paraît flou, à un échec de leur traitement allopathique ou en complément médical. Le malade s'oriente vers la *rouqya* et ses annexes de soins suite à la recommandation de l'entourage (Konin, 2015), à l'influence des médias, mais aussi par désir d'essayer un soin accessible en complément ou en alternatif. Il s'agit aussi d'une intériorisation d'un choix thérapeutique privilégié par un discours religieux sur un nouveau soin qui rivalise avec les soins traditionnels (*talebs*, visite des tombeaux de saints, confréries, voyantes) et qui se dit conforme à l'islam. Un autre discours implicite implique la croyance en l'innocuité du Coran récité et de l'eau coranisée. Or, la *rouqya*, non reconnue comme un soin officiel, reste dans les marges même si certains professionnels de la santé l'adoptent (cas d'un psychologue et cas d'un médecin généraliste à Oran et sa région) et d'autres s'engagent dans une « innovation » thérapeutique.

Références

- AL-SUYÛTÎ (al-Imam Jalâl al-Dîn)., 1997, *La médecine du prophète*, (Nouvelle édition de la traduction du Dr. Perron), Paris, Ed. Al-Bustane
- AUGE Marc, HERZLICH Claudine. (dir.), 1984, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des Archives contemporaines
- CHERAK Fatima Zohra., 2013, « La thérapeutique de la rouqiya entre Algérie, Egypte et France », in MOULIN Anne-Marie (dir.), *Islam et révolutions médicales*.

Le labyrinthe du corps, Paris, IRD / Karthala

- CHERAK Fatima Zohra., 2007, *Anthropologie de "l'exorcisme" en islam : représentations et pratiques de la rouqya en Algérie, en Egypte et en France*, Thèse de Doctorat en anthropologie, Université Aix-Marseille I
- CLAISSE-DAUCHY Renée., 1996. *Médecine traditionnelle du Maghreb. Rituels d'envoûtement et de guérison au Maroc,* Paris/Montréal, L'Harmattan
- DESCLAUX Alice., 2015, « Un médicament qui n'est pas un médicament : la pharmaceuticalisation par les plantes médicinales, étude de cas au Sénégal », p. 235-250, in DESCLAUX Alice & ERGOT Marc., *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- FAINZANG Sylvie., 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France
- FAINZANG Sylvie., 2010, « L'automédication : une pratique qui peut cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, n°1, vol 34, p.115-133
- KONIN C. et al., 2015, « Recours à l'automédication chez l'hypertendu noir africain : ses facteurs et ses conséquences », *Annales de cardiologie et d'Angéiologie*, 64, p.232-236
- LONGUENESSE Elisabeth., 1995, *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan
- MBUTIWI IKWA NDOL Fiston et al., 2013, « L'automédication chez des patients reçus aux urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa », *Santé Publique*, n°2, vol 25, p.233-240
- PERSOON Gerard A., 2012, « Le bois d'aloès, "le Bois des Dieux" », *Revue d'ethnoécologie*, n°1, <http://ethnoecologie.revues.org/704>
- SARRADON-ECK Aline., 2007, « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences Sociales et Santé*, n°2, vol. 25, juin, p.5-36

Développement de l'automédication ou banalisation du médicament ? De la vente en ligne à l'accès direct

Guillaume Rousset

Maître de conférences HDR en droit
Université Jean Moulin – Lyon 3 (IFROSS)

Bien que l'automédication ne soit pas une notion juridique, elle fait l'objet d'un encadrement normatif important. De tout temps, les pouvoirs publics ont permis que l'automédication existe, mais les politiques publiques des années 2000 l'ont développée de manière très importante. Cela se traduit par deux réformes. La *première* est ce qui est officiellement nommé « l'accès direct » aux médicaments aussi appelé médication familiale ou officinale ou médicaments *over-the-counter*. La *seconde* réforme développant l'automédication est la vente sur internet des médicaments sans prescription. Toutes deux permettent de s'interroger sur le rôle que peut jouer l'automédication : est-elle en plein développement ou favorise-t-elle une banalisation du médicament ?

I – Développer l'automédication par la médication familiale

Mise en place par un décret du 30 juin 2008[1], la médication familiale (aussi appelée accès direct, médication officinale ou médicaments *over-the-counter*) a pour objectif de permettre aux patients d'accéder à certains médicaments sans prescription sans qu'aucun intermédiaire, spécialement le pharmacien, ne s'insère entre lui et le produit.

Avant d'envisager en quoi cette évolution traduit une évolution de l'automédication, il est bon de préciser que le décret impose à la médication officinale un cadre assez strict qui se manifeste de trois manières. D'abord, le champ d'application est limité puisque les médicaments ne peuvent faire l'objet d'un accès direct que s'ils répondent à quatre conditions[2]. Les trois premières paraissent tout à fait logiques : les médicaments ne doivent pas être soumis à prescriptions[3] ; les indications thérapeutiques, la durée de traitement et les informations figurant dans la notice doivent permettre leur utilisation, avec le conseil du pharmacien, sans qu'une prescription médicale n'ait été établie ; le contenu du conditionnement en poids, en volume ou en nombre d'unités de prise doit être adapté à la posologie et à la durée de traitement précisés par la notice. La quatrième condition surprend davantage : l'AMM ou la décision d'enregistrement du produit ne doit pas comporter « d'interdiction ou de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique».

Ensuite, les médicaments qui peuvent bénéficier d'un accès direct doivent être inscrits sur

1 Décret du 30 juin 2008 *relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie, JORF* n° 152 du 1er juill. 2008, p. 10 577.
2 Art. R. 5121-202 C. santé pub.
3 Cela comprend tous les types de prescriptions prévus par l'art. R. 5121-36 c. santé pub.

une liste établie par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)[4]. Quant à l'organisation de cet accès direct, un certain nombre de garanties sont prévues. Le pharmacien officinal a l'obligation de mettre en place un espace dédié destiné à empêcher tout mélange avec les autres produits de santé déjà disponibles en accès direct (produits cosmétiques etc.). Cet espace doit être clairement identifié et doit être à proximité immédiate des postes de dispensation de médicaments et d'alimentation du dossier pharmaceutique. Le but de ces précisions matérielles est de permettre un contrôle effectif du pharmacien, ce dernier devant mettre à la disposition du public les informations officielles sur le bon usage de ces médicaments de médication officinale.

Aussi encadré qu'il soit, ce dispositif laisse pourtant apparaître certaines incertitudes. En premier lieu, il est possible de s'interroger sur les modalités d'exécution du devoir de conseil du pharmacien. Sans cet intermédiaire essentiel entre le patient et le médicament, à quel moment ce professionnel peut-il exécuter ce devoir ? En toute logique, le premier contact que le patient aura avec l'officinal est au moment du règlement financier du produit. Concrètement, ce n'est alors qu'à cette occasion que le conseil pourra être délivré, celui-ci devenant bien illusoire en pratique puisque le patient aura déjà décidé de son achat et ne sera probablement pas dans les dispositions d'esprit les plus adaptées pour discuter de la pertinence de ce choix, voire potentiellement pour le remettre en cause, à moins, bien sûr, que le patient n'ait fait lui-même avant la démarche de demander conseil au pharmacien. Or, cette inexécution potentielle du devoir de conseil est problématique en termes de responsabilité du pharmacien au vu des risques iatrogéniques, de surconsommation, de surdosage, d'incompatibilités médicamenteuses et de mésusages. Cette réforme n'est d'ailleurs pas innocente puisqu'elle a rendu obligatoire la modification de deux dispositions déontologiques importantes. D'une part, l'article R. 5125-9, alinéa 5 du Code de la santé publique dispose que le mobilier pharmaceutique ne doit permettre aucun accès direct du public aux médicaments et aux autres produits dont la vente est réservée aux officines. D'autre part, l'article R. 4265-55 du même Code affirme que le pharmacien doit veiller à ce que le public ne puisse pas accéder directement aux médicaments. Dans les deux cas, une exception a été introduite afin de permettre l'accès direct.

Ces éléments s'insèrent dans un contexte économique spécifique puisqu'un argument en faveur de la médication officinale est souvent avancé : l'accès direct permettrait au patient de connaître plus facilement le prix des produits. Il pourrait ainsi mieux mesurer l'ampleur des écarts d'une officine à l'autre. Certes, les variations de prix sont parfois importantes, surtout depuis les différentes vagues de déremboursement, mais ce qui est fréquemment avancé comme un élément clef n'est pas forcément aussi déterminant car il n'est pas certain que ces patients devenus consommateurs réalisent vraiment une étude comparée avant de décider d'acheter comme cela peut se faire pour les produits de consommation courante.

Comment interpréter cette évolution dans ce cas ? Deux pistes sont possibles. D'abord, l'on peut penser, comme les promoteurs de la réforme, que cette possibilité est intéressante car elle permet aux clients de comparer les prix de produits dont on sait que les écarts entre officines sont parfois importants. En ce sens, l'accès direct développerait l'automédication

4 Art. R. 5121-202 c. santé pub.

en permettant aux clients de soigner à moindre prix. Ensuite, au contraire, cette réforme peut être analysée comme banalisant le médicament du fait des difficultés d'exécution du devoir de conseil que cette réforme induit pour le pharmacien. Dans l'hypothèse d'inexécution du devoir de conseil, qu'est-ce qui différencie alors le pharmacien d'un commerçant ordinaire et le médicament d'un bien de consommation courante ? La question mérite d'être posée.

II – Développer l'automédication par la vente en ligne des médicaments

Depuis 2012, sur injonction de l'Union européenne[5], la France a autorisé ce nouveau mode de dispensation[6] : dorénavant, il est possible d'acheter certains types de médicaments sur internet. Bien entendu, un cadre est posé et le régime mis en place peut être résumé ainsi : un pharmacien titulaire ou gérant peut vendre sur un site internet lié à son officine traditionnelle des médicaments à usage humain disponibles sans prescription médicale. Pour cela, le pharmacien doit disposer d'autorisations administratives portant sur l'officine, laquelle doit être ouverte de manière effective, et sur le site internet. Certaines informations doivent être obligatoirement mentionnées sur le site[7], le pharmacien étant responsable du contenu mis en ligne. La violation de ces règles permet à l'ARS de fermer provisoirement le site et de prononcer des amendes administratives.

Pour autant, même si cela peut avoir pour effet de développer l'automédication, deux problèmes majeurs semblent se poser, interrogeant tant l'utilité de la réforme (A) que sa pertinence (B).

A) Une utilité incertaine

S'interroger sur l'utilité de cette réforme paraît simple mais c'est une apparence. Au-delà des fameuses libertés du commerce et de circulation des biens, il faut se demander pour qui cette nouvelle possibilité de vente peut constituer une évolution intéressante.

L'une des premières pistes qui vient à l'esprit, bien que cela ne soit pas explicitement dit par les rédacteurs de l'ordonnance et du décret de fin 2012, renvoie à un accès facilité au médicament. Vendre des médicaments sur internet favoriserait un recours plus rapide de la population aux soins, oeuvrant pour la santé publique. Affirmer cela est-il totalement pertinent ? Nous ne le pensons pas car ce mode d'achat complexifie la chaine de traitement de la demande de médicament. Au lieu d'avoir une réponse immédiate du pharmacien à la demande formulée par le client dans son officine, s'ajoutent dans la vente en ligne le

5 Cour de justice des communautés européennes (CJCE), 11 déc. 2003, C-322/01, *DocMorris*, puis Directive 2011/62/UE *du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaine d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés*.

6 Ordonnance n° 2012-1427 du 19 déc. 2012 *relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments*.

7 Coordonnées de l'ANSM, lien hypertexte vers le site internet de l'Ordre national des pharmaciens et du ministère chargé de la santé ainsi que logo commun mis en place au niveau communautaire.

traitement de la commande et plus encore son acheminement postal. Il est probable que les pharmaciens veillent à réduire au maximum les délais d'envoi, cela étant dans leur intérêt, mais ces professionnels ne peuvent maitriser totalement le délai d'acheminement. Or, s'il ne s'agit pas de remettre en cause l'efficacité des services postaux, il est classique de constater des temps de livraison de lettre ou de colis correspondant à plusieurs jours, de deux à cinq, le tout connaissant un certain aléa[8]. Les médicaments disponibles en ligne étant à prescription médicale facultative, ils concernent des petits pathologies ou des maux du quotidien comme des migraines ou des rhumes, est-il alors pertinent d'attendre ne serait-ce que deux jours, au mieux, pour recevoir le traitement ? Cet argument pourrait avoir un sens, malgré tout, si l'on voulait compenser une densité d'officines éventuellement insuffisante, révélant un maillage territorial défaillant. Mais, ce maillage n'est pas habituellement décrit comme insatisfaisant. L'argument de l'accès aux soins est parfois avancé pour des personnes qui peinent à se déplacer, lesquelles ne bénéficient pas ou peu du réseau officinal quelle qu'en soit l'étendue. La population fréquemment visée est constituée des personnes âgées, spécialement dépendantes. Favoriser l'accès aux médicaments de ce public est assurément louable[9], mais l'effet de cette réforme paraît peu crédible d'un simple point de vue matériel. Au-delà d'éventuelles statistiques sur le taux d'équipement informatique des séniors, peut-on penser qu'une personne âgée dépendante va être volontaire et en capacité de se connecter à internet, d'identifier un site de vente en ligne, de réaliser une commande, de payer en ligne en entrant ses références bancaires ? Bien entendu, privons-nous de toute généralité réductrice, mais avouons que cette hypothèse est peu probable. Justifier la vente en ligne par une volonté d'amélioration de l'accès aux médicaments parait donc peu pertinent.

Une autre utilité serait constituée par la baisse du prix des médicaments que favoriserait le jeu de la concurrence induit par cet accroissement des possibilités de vente[10]. Pourtant, rien n'est certain. D'abord, parce qu'il n'est pas acquis que la main invisible du marché agisse réellement dans le sens d'une baisse. Ensuite, parce que la politique des prix en matière de médicament est encadrée par les pouvoirs publics, les laboratoires ne fixant pas seuls le prix de vente[11]. Sur ce point, il faut d'ailleurs noter que l'arrêté du 20 juin 2013 (aujourd'hui annulé) se contente d'une formule elliptique par laquelle « le pharmacien fixe le prix des médicaments dans le respect des dispositions du code de la santé publique et du code de commerce ».[12]. Quelle que soit la politique tarifaire retenue, l'achat sur internet risque de ne pas être économiquement intéressant pour les clients puisqu'il faut ajouter à ce prix les frais de livraison, lesquels peuvent parfois correspondre, selon les tests réalisés, à 100% du prix du médicament ou bien plus encore[13]. L'utilité de la baisse des prix est donc contestable. Au mieux, cela peut-il favoriser la comparaison des prix ? C'est probablement

8 Les sites de vente en ligne annoncent des délais d'envoi de 48h à 72h généralement.

9 Bien que les problèmes que connaissent ces personnes en matière de médicament ne soit probablement pas celui de leur accès, mais davantage celui de leur excès d'utilisation, comme en témoigne les fréquentes difficultés liées à leur polymédication, source de risques importants.

10 Comme l'annonce l'Autorité de la concurrence dans l'avis rendu lors de la préparation de cette réforme, Avis n° 12-A-23 du 13 déc. 2012, point n° 62.

11 Art. L. 162-16-4 c. sécu. soc.

12 Arrêté du 20 juin 2013 *relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique* ; Autorité de la concurrence, Avis n° 13-A-12 du 10 avr. 2013.

13 Par ex., certains sites proposent un tarif unique de 5 euros pour les frais de port, ce qui correspond à doubler le coût d'achat d'un médicament vendu à ce montant (+100%), la multiplication du coût étant de 3,5 pour l'achat d'une boite de paracétamol vendu à 2 euros (+350%) !

le cas, comme le recherchait d'ailleurs la mise en place de l'accès direct en 2008, mais sans que les résultats concrets n'en aient été mesurés.

Si cette réforme est peu utile pour la population, l'est-elle pour les pharmaciens ? Ce nouveau mode de vente pourrait-il développer leur activité, laquelle connaît des difficultés économiques[14] ? Il faut distinguer ici la position de certains pharmaciens qui ouvrent des sites, pour l'instant peu nombreux, et celle des représentants de ce corps. Ces derniers, pour diverses raisons, paraissent peu enthousiastes face à cette réforme, s'en inquiétant parfois même. Par exemple, l'Académie nationale de pharmacie prend acte de cette évolution mais se montre très attentive à son application en formulant des recommandations destinées à sécuriser ce nouveau mode de vente[15]. D'autres organisations prennent position de manière beaucoup plus tranchée, comme l'Ordre national des pharmaciens qui a pu réagir à travers un communiqué de presse dont l'intitulé est pour le moins clair[16], tout comme certaines phrases relatives au danger que ce dispositif constitue pour la santé publique[17]. De façon plus marquée encore, différents syndicats de pharmaciens manifestent clairement leur opposition, certes avant la publication de l'ordonnance[18]. Tous formulent des critiques fortes tenant essentiellement à la banalisation du médicament que cette réforme induirait.

B) Une pertinence discutable

La pertinence de cette réforme de l'automédication est discutable pour deux raisons principales.

La première tient aux modalités de vente des médicaments en ligne. Une étude de terrain démontre que les pharmaciens respectent de manière variable le cadre juridique, glissant encore trop vers la commercialité aux dépens de la santé publique[19]. Plusieurs pratiques observées le laissent. Ainsi, la dispense des frais d'envoi lorsque la commande dépasse un certain montant, le système d'achat associé, les bons de réduction pour les nouveaux clients ou la limite trop haute de commande du nombre de boites de médicaments en attestent.

La seconde raison pour laquelle la pertinence de cette réforme peut être discutée tient à des exigences de santé publique insatisfaites. L'une des exigences probablement la plus importante porte sur l'exécution du devoir de conseil dont le pharmacien est investi à l'égard du patient. Classiquement, ce devoir s'exécute au sein de l'officine par une suite

14 V. not. Observatoire des métiers dans les professions libérales, *Pharmacie d'officine : de l'état des lieux à la prospective*, 2012, 32 p.

15 Académie nationale de pharmacie, *Recommandations, Ventes de médicaments à partir de sites internet*, 6 mars 2013.

16 Ordre national des pharmaciens, *Vente en ligne de médicaments : Une décision brutale ! Plus de risques que d'avancées*, communiqué de presse, 20 déc. 2012.

17 « L'autorisation de vente en ligne était peut-être juridiquement inéluctable mais elle est sanitairement inopportune et dangereuse pour la santé publique, aussi longtemps que ces périls ne seront pas jugulés. L'Ordre se battra pour qu'ils le soient. »

18 Union des syndicats de pharmaciens d'officine, « L'USPO réaffirme son opposition à la vente des médicaments sur Internet en France », nov. 2012 ; Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, « Non à la vente des médicaments par correspondance », nov. 2012

19 Rousset G., « Le respect des bonnes pratiques de vente en ligne des médicaments : les pharmaciens au milieu du gué », *Revue générale de droit médical – Panorama de droit pharmaceutique 2014*, 2015, p. 187.

d'échanges entre le pharmacien et le client, permettant au premier de déterminer les besoins du second afin de mieux y répondre et, plus encore, de l'informer sur les précautions à prendre lors de l'usage du produit. Dans le cadre de la vente en ligne, un échange ainsi organisé est impossible par nature. Quelles modalités sont alors possibles pour exécuter malgré tout cette obligation déontologique et légale ? La pratique montre que certains sites utilisent plusieurs dispositifs pour délivrer ce conseil : questionnaire de santé rempli par l'acheteur, possibilité d'appeler la pharmacie ou de poser des questions par mail, mise à disposition des notices, parfois automatiquement… Reprenons tout cela afin d'en examiner la pertinence.

Il ne nous semble pas que le devoir de conseil s'exécute par la mise à disposition de notices, même de manière automatique. Il faut réaliser en effet que, dans le cas d'une dispensation traditionnelle, le fait que le client dispose de la notice en achetant le médicament ne libère pas le pharmacien de la délivrance de conseils. Il y a ici en fait une confusion entre l'information prévue par le producteur et le conseil que doit donner le vendeur, rendant cette information nécessaire mais pas suffisante. La possibilité donnée au client de consulter le pharmacien par téléphone ou par mail ne paraît pas plus adaptée. Cela révèle une erreur quant aux exigences relatives au devoir de conseil : le pharmacien doit prendre l'initiative de délivrer les informations et non pas le faire uniquement en réponse à la demande du client, traduisant une mauvaise appréciation de l'origine de l'impulsion en la matière. Le pharmacien n'est pas seulement à la disposition du patient, il doit initier l'échange. En substance, c'est ce qu'indique l'arrêté du 20 juin 2013 lorsqu'il affirme qu'« une réponse automatisée à une question posée par le patient n'est pas suffisante pour assurer une information et un conseil adaptés au cas particulier du patient », insistant beaucoup sur l'échange et le dialogue interactifs entre patient et pharmacien. Que penser, enfin, du questionnaire ? Il constitue une piste centrale préconisée par l'arrêté mais, au-delà du fait que le test réalisé sur les sites autorisés avant la publication de ce texte montre que cet outil n'est pas proposé par l'ensemble des sites, tout dépend de la manière dont il est rédigé. Dans certains cas, il est assez bien construit, constitué d'items correspondant à l'âge, au sexe (avec une sous question sur une éventuelle grossesse si l'on coche la case « femme »), à la taille et au poids, le tout étant suivi de questions portant sur les pathologies dont le visiteur serait atteint et sur les médicaments qu'il prendrait. La question consiste alors à savoir si les informations ainsi récoltées sont bien analysées et si d'éventuelles incompatibilités empêchent l'envoi de la commande. A l'inverse, certains sites ne demandent que des renseignements basiques comme le sexe et l'âge sans que ces réponses ne soient obligatoires pour valider la commande, n'interrogeant ni sur la taille ou poids ni, surtout, sur les maladies et traitements éventuels. Le seul élément relatif au conseil consiste à donner au visiteur la possibilité d'appeler le pharmacien. Pour éviter cette inégalité de pratiques, l'arrêté encadre précisément le contenu du questionnaire, lequel doit obligatoirement être rempli pour que le médicament puisse être délivré. Il faut ainsi indiquer son âge, son poids, son sexe, ses traitements en cours, ses antécédents allergiques et, le cas échéant, son état de grossesse ou d'allaitement, le patient devant attester de la véracité de ces informations. De ces trois méthodes destinées à exécuter le devoir de conseil, il ressort que seul le questionnaire respectant le contenu cité paraît adapté. L'emploi d'autres méthodes paraît problématique lorsque l'on sait que le conseil est un élément fondamental de la profession pharmaceutique, justifiant la distinction du pharmacien des autres commerçants et expliquant l'existence même du

monopole pharmaceutique en ce qu'il est censé témoigner de la compétence du débiteur de cette obligation. Ces craintes sont encore plus fortes lorsque l'on sait que ce devoir de conseil est renforcé par les textes en matière de médicament à prescription médicale facultative[20], ce devoir permettant de « participer au soutien apporté au patient »[21]. Certes, différentes études[22] ont pu démontrer que le devoir de conseil n'est pas toujours respecté en officine, c'est une réalité qu'on ne peut pas nier, spécialement en matière de médicaments à prescription médicale facultative, mais face à la violation des règles juridiques et déontologiques de certains pharmaciens, la réaction nécessaire ne doit pas être l'affaiblissement de la règle que permet cette vente en ligne, mais son renforcement par la réalisation de contrôle et la sanction des comportements inadaptés de ces professionnels lorsqu'ils sont avérés.

En somme, ces deux réformes témoignent parfaitement des injonctions contradictoires des politiques contemporaines en la matière, entre santé publique et marché. Alors que le *leitmotiv* officiel est assez régulièrement centré sur l'autonomie du patient, les risques naturels liés au développement de l'automédication ne paraissent pas assez pris en compte. Leur application pousse d'ailleurs à réfléchir sur les modes de distribution et sur la place accordée au pharmacien d'officine ; si un médicament peut être librement accessible sur internet et qu'il est en libre accès en officine, une question certainement hâtive peut alors se poser : qu'est-ce qui justifie encore le monopole pharmaceutique ?

20 Art. R. 4235-48 c. santé publ.

21 *Ibid*.

22 Spé. UFC-Que Choisir, *Automédication : contre les maux diagnostiqués, l'UFC-Que Choisir propose son antidote*, 2012, 26 p., p. 11.

L'automédication des plus de soixante ans via le Web : causes et conséquences

Eloria Vigouroux-Zugasti (1), Olivier Le Deuff (1).

1. Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Ingénieur d'études – Laboratoire MICA, Bordeaux Montaigne
2. Maître de conférences en sciences de l'information et de la communication – Laboratoire MICA, Bordeaux Montaigne

Introduction

Contexte de l'étude

« L'accès généralisé et attrayant aux banques d'informations et aux services Internet [...] crée chez certains l'illusion que l'ordinateur contient toutes les informations pertinentes. » (Le Coadic, 2004). Dans un contexte où la production d'information est facilitée, l'information devient abondante et a priori facile d'accès. Cependant, comme l'indique la citation précédente, cette aisance de façade des moteurs de recherche ne garantit pas que l'information trouvée soit nécessairement la plus pertinente. Il en résulte un risque informationnel dont les conséquences peuvent aller de la réception d'un mail frauduleux à la prise de décision périlleuse, notamment en matière de santé. Il convient, par conséquent, de développer les compétences des usagers sur trois plans : l'*information literacy* (la culture informationnelle), la *digital literacy* (la culture numérique) et la *health literacy* (la culture de santé), formant la *digital health literacy*.

Or, certains, telles que les personnes de plus de soixante ans, présentent un profil inédit. Effectivement, et d'après l'étude de l'Eurobarometer de la Commission Européenne réalisée en 2014, ces générations montrent un niveau de *digital literacy* plus faible que les autres, du fait qu'elles aient connu l'informatique à un âge avancé de leur vie. De plus, le vieillissement va de pair des problèmes de santé grandissants, pouvant encourager les recherches Internet sur ce sujet, ainsi que les risques informationnels et de santé associés.« L'accès généralisé et attrayant aux banques d'informations et aux services Internet [...] crée chez certains l'illusion que l'ordinateur contient toutes les informations pertinentes. » (Le Coadic, 2004). Dans un contexte où la production d'information est facilitée, l'information devient abondante et a priori facile d'accès. Cependant, comme l'indique la citation précédente, cette aisance de façade des moteurs de recherche ne garantit pas que l'information trouvée soit nécessairement la plus pertinente. Il en résulte un risque informationnel dont les conséquences peuvent aller de la réception d'un mail frauduleux à la prise de décision périlleuse, notamment en matière de santé. Il convient, par conséquent, de développer les compétences des usagers sur trois plans : l'*information*

literacy (la culture informationnelle), la *digital literacy* (la culture numérique) et la *health literacy* (la culture de santé), formant la *digital health literacy*.

Or, certains, telles que les personnes de plus de soixante ans, présentent un profil inédit. Effectivement, et d'après l'étude de l'Eurobarometer de la Commission Européenne réalisée en 2014, ces générations montrent un niveau de *digital literacy* plus faible que les autres, du fait qu'elles aient connu l'informatique à un âge avancé de leur vie. De plus, le vieillissement va de pair des problèmes de santé grandissants, pouvant encourager les recherches Internet sur ce sujet, ainsi que les risques informationnels et de santé associés.

Le projet Risque Informationnel Chez les Seniors et Automédication

Cet article présente les premiers résultats du projet Risque Informationnel Chez les Seniors et Automédication (RICSA). Financé par la Fondation MAIF, en collaboration avec l'université Bordeaux Montaigne et le laboratoire MICA. Le projet cherche aborde l'angle de la santé par le prisme des sciences de l'information et de la communication. Le projet réunit des partenaires interdisciplinaires issus de plusieurs organismes de recherche : CNRS, INSERM, EHESP, CERMES, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, le laboratoire Santé-Environnement-Vieillissement.

L'étude vise à mesurer les risques informationnels des personne de plus de soixante ans pratiquant la recherche d'information de santé, voire l'automédication. Effectivement, le risque informationnel issu d'une désinformation ou d'une mauvaise information conduit à des risques d'importance sur la santé des usagers, dont la culture numérique et informationnelle est parfois insuffisante (manque d'expérience, etc.). Ceci s'applique notamment pour notre public, dont le niveau d'acculturation numérique est moins élevé que dans les autres groupes sociaux, d'après les études annuelles du CREDOC, *La Diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*.

Nous avions pour but de mieux comprendre les pratiques et les habitudes des usagers de plus de soixante ans en matière de recherche d'information sur le web lorsqu'ils recherchent de l''information liée à leur état de santé, notamment à des fins d'automédication.

Nous souhaitions comprendre en quoi et comment le numérique participe aux pratiques d'automédication chez les personnes de plus de soixante ans, dont les problèmes croissants de santé laisseraient penser à une consultation professionnelle rigoureuse, au détriment de l'automédication. Nous souhaitions également nous questionner sur les déterminants sociaux et territoriaux favorisant cette pratique chez cette population de plus de soixante ans, que nos premiers résultats laissent apparaître comme tout à fait hétéroclite.

Méthodologie d'enquête

Notre étude s'appuie sur une méthodologie à trois volets complémentaires. Les deux premiers volets, qui cherchent à explorer notre population, ont été volontairement cantonnés aux personnes de plus de soixante ans qui utilisent les dispositifs informatiques. Ceci nous a semblé pertinent pour deux raisons. Tout d'abord, les logiques régissant

l'usage ou le non-usage des technologies répondent à des problématiques distinctes, dont les tenants et les aboutissants divergent. Il nous semblait ainsi plus pertinent de ne traiter qu'une seule thématique, afin de l'explorer avec davantage de profondeur. La seconde raison de notre choix réside dans l'acculturation toujours plus massive des individus à la sphère numérique. Comme l'explique Laurence Le Douarin, « Il est probable que chaque génération [de retraités] augmentera significativement son degré de pratique au cours des prochaines décennies », puisque « chaque génération serait marquée par une affinité particulière avec certaines technologies, celles qu'elle a découverte dans son enfance ou dans sa jeunesse » (Le Douarin, 2012). Cette citation vient appuyer les résultats des études du CREDOC précédemment citées, qui présentent un taux d'équipement de retraités en constante augmentation depuis 2004. Il nous est ainsi paru pertinent, dans une optique prospective, de centrer notre étude sur les usagers des dispositifs numériques, puisqu'ils tendent à s'imposer, au détriment des non-usagers, dont le nombre recul d'année en année.

Enquête en ligne nationale

L'enquête quantitative vise à mesurer les compétences informationnelles et numériques des personnes de plus de soixante ans. Il s'agit d'identifier les pratiques à risque liées à la recherche d'information de santé sur le net ainsi qu'à l'automédication. Nous cherchons, par cette enquête, à collecter des données nécessaires pour répondre aux objectifs identifiés ci-dessous :

Estimer le niveau de compétences numériques et informationnelles ;

Identifier les logiques de recherche d'information générales et médicales ;

Identifier les réflexes et les démarches en matière d'évaluation de l'information, de mieux cerner quels sont les sites de confiance ;

Détecter d'éventuelles pratiques à risque ou, au contraire, des bonnes pratiques ;

Identifier les sites web de santé emblématiques pour les usagers de plus de soixante ans.

L'étude quantitative a été réalisée au niveau micro, c'est-à-dire au niveau de l'usager lui-même. Il semble effectivement pertinent de se concentrer sur un seul niveau d'analyse. Nous faisons le choix de focaliser notre étude sur les usagers. Cela nous offre la possibilité d'aborder des problématiques précises et particulièrement approfondies, contrairement à une étude à plusieurs niveaux qui serait davantage superficielle. Cette enquête a été effectuée au niveau national, par le biais de diffusion massive sur les réseaux sociaux et par le biais de newsletters destinées aux personnes de plus de soixante ans. Nous avons actuellement 393 réponses.

Enquête qualitative régionale

L'enquête qualitative vise à mesurer les compétences informationnelles et numériques des personnes de plus de soixante ans. Il s'agit d'identifier les pratiques à risque liées à la recherche d'information de santé sur le net ainsi qu'à l'automédication. Nous cherchions, par cette enquête, à collecter des données nécessaires pour répondre aux objectifs identifiés ci-dessous :

Estimer le niveau de compétences numériques et informationnelles ;

Identifier les logiques de recherche d'information générales et médicales ;

Comprendre le rapport qu'entretient l'usager avec l'automédication ;

Comprendre la perception par l'usager de sa relation avec l'institution médicale ;

Détecter d'éventuelles pratiques à risque ou, au contraire, des bonnes pratiques ;

Identifier les figures de "médiateurs" pouvant orienter l'usager dans sa pratique.

Par souci pratique, l'enquête qualitative a été effectuée au niveau régional, en Aquitaine, auprès de 35 personnes, dont un groupe de médecin s'exprimant sur l'automédication et la relation médecin-patient, répartis de la manière suivante :

Sexe	Hommes	13
	Femmes	18
Âge	60 / 64 ans	11
	65 / 69 ans	10
	70 / 74 ans	5
	74 / 78 ans	5
Statut familial	Vit en couple	21
	Vit seul	7
	Vit avec un des enfants	3
	Vit en collocation	1
Lieu de vie	0 >2000 habitants	5
	2001 >10 000 habitants	5
	10 001 > 30 000 habitants	6
	30 001 > 60 000 habitants	6
	60 001 > 100 000 habitants	5
	> 100 001 habitants	4
Département de vie	Pyrénées Atlantiques	7
	Landes	5
	Gironde	12
	Dordogne	3
	Lot-et-Garonne	4
Origine socio-professionnelle / Niveau d'études	Supérieurs : Médecin, cadre supérieur, ingénieur, cadre, etc.	8
	Moyens : employé de bureau, technicien de laboratoire, enseignant, etc.	12
	Bas : femme au foyer, secrétaire, caissier, chauffeur, aide ménagère, etc.	11

Cartographie et analyse des sites Internet les plus populaires

Le sujet de la qualité de l'information disponible sur Internet fait débat. Grâce à l'appui d'un groupe de médecin des Landes, nous avons réalisé une liste de symptômes susceptibles de faire l'objet de recherches Internet par notre public. Nous avons ainsi cherché à nous projeter « dans la peau d'un usager » de plus de soixante lors de sa recherche Internet. Après avoir entré nos mots-clefs sur Google, principal moyen d'accès à l'information des usagers d'après nos enquêtes, nous avons sélectionné, puis analysé et cartographié, par une technique de *crawl*, entre quatre et cinq sites par symptômes. Nous cherchons ainsi à répondre aux objectifs suivants :

Identifier les sites web les plus susceptibles d'être consultés lors de recherches Internet ;

Analyser la qualité des sites web et les risques associés ;

Analyser l'environnement de l'information de santé et les risques engendrés ;

Repérer les liens qui existent entre les différents sites Internet dédiés à la santé.

Premiers résultats

L'effet micro-générationnel sur la diffusion des usages

Les réponses à l'enquête quantitative par questionnaire laissent apparaître un effet micro-générationnel dans la diffusion des technologies de l'information et de la communication, ainsi qu'en ce qui concerne les usages associés. Nous pouvons ainsi faire une distinction entre trois groupes d'usagers. Les premiers, âgés entre soixante et soixante-dix ans (76,59 % des réponses) sont les plus acculturés à la sphère numérique. Plus nombreux à répondre au questionnaire, ils sont également, selon le CREDOC, les personnes de plus de soixante ans étant les plus équipées et, par conséquent, ayant les plus fort taux de connexion chez les plus de soixante ans. Cela s'explique, comme le confirme Laurence Le Douarin dans la citation ci-dessus, par l'acculturation à la sphère numérique durant la vie professionnelle, qui apparaît comme un déterminant crucial dans la diffusion des usages. Selon les classes sociales, celle-ci a eu lieu entre les années 1960et les années 1990, les plus hauts gradés ayant été acculturés plus tôt que les autres. Ceci est confirmé par notre enquête qualitative.

Viennent ensuite les personnes âgées entre soixante-et-onze et quatre-vingt ans. Elles sont moins nombreuses que les précédentes (20,86 % des réponses), mais, comme le montre notre enquête qualitative, elles présentent des usages qui sont plus intenses que les micro-génération précédente. Plus tardif lors de leur acculturation, les usagers interviewés faisant partie de ce groupe montrent un intérêt bien plus forts que le groupe précédent, qui découle sur des usages plus développés, qu'ils soient sociaux ou techniques (usages des réseaux sociaux, connaissances sur le fonctionnement d'un ordinateur, etc.).

Le troisième groupe, enfin, âgé de plus de quatre-vingts ans (2,03 % des réponses), apparaît comme un groupe peu usager des dispositifs numériques, ce qui se voit être confirmé par les études annuelles du CREDOC. Les causes, qui ne seront ici que citées, sont multiples : pas d'acculturation durant la vie professionnelle, déprise, obstacles cognitifs et physiques, peu de prise de sens du dispositif dans les activités quotidiennes,

etc.

Quelques chiffres

Pour ce qui concerne la relation entre santé et usages des dispositifs, notre étude laisse voir quelques données significatives :

88% utilisent Internet pour se tenir informés de l'actualité ;

99% font des recherches par Internet pour avoir de l'information ;

98 % utilisent plusieurs sources pour vérifier l'information ;

95 % choisissent Internet pour la facilité d'accès à l'information.

Cette transition numérique des usages de recherche trouvent échos chez nos enquêtés, dont l''ensemble déclare avoir abandonné leurs anciennes méthodes de recherche (livres, dictionnaire, encyclopédie, etc.) au profit de la recherche par mots-clefs sur Google, principal mode d'accès à l'information. Ceci est un phénomène général sur lequel les effets micro-générationnel n'ont que peu de répercussions. Cela démontre une évolution de la manière de consulter l'information médicale.

93 % font des recherches Internet liées à la santé, pour eux-mêmes ou pour des proches ;

20% le font pour chaque question qu'ils ont ;

11% font des recherches dans le but de se soigner ;

51% achètent des produits sur Internet dans le but de se soigner ;

93 % choisissent des sites Internet dédiés à la santé dont les textes ne sont pas vérifiés par des professionnels.

L'automédication : par qui et pour quoi ?

Les raisons avancées pour ces usages sont multiples : curiosité, prévention, vérification de termes inconnus, voire manque de confiance en l'institution médicale. L'enquête qualitative laisse apparaître que les pratiques d'automédication concernent principalement les remèdes non médicamenteux. Cette notion laisse entrevoir un phénomène lié à la culture de santé (*health literacy*), qui apparaît à des niveaux divers chez nos enquêtés. Cela concerne notamment les traitements pour les maladies chroniques et pour les vaccins. Certains des enquêtés tentent, par leur recherche Internet, de trouver des médecines naturelles ou des remèdes alternatifs pour remplacer leurs traitements médicamenteux. La cause principale avancée concerne les effets secondaires indésirables allant de pair avec les dits traitements. Or, par cette démarche, les usagers tendent à se mettre en danger, en cessant de suivre leur traitement ou en refusant des vaccins pourtant cruciaux pour leur santé. Ces usagers mettent des conseils non vérifiés sur le même pied d'égalité que des traitements indispensables à leur santé (vaccins, statines, etc.). Nous pouvons ainsi constater un manque de culture de santé permettant aux usagers de développer des comportements sécuritaires.

Le sentiment d'expertise de soi-même est un phénomène tout à fait récurrent dans l'enquête qualitative, lequel se trouve souvent être à l'origine de comportements à risque.

L'occurrence importante de réponses telles que « à mon âge, je sais ce qui me va » , « depuis le temps, je connais mon corps » ou encore « je sais quel médicament me va » laissent à penser que les sujets présentant le plus de comportements à risque sur Internet font montre d'un sentiment d'expertise supérieur aux autres, lequel, paradoxalement, est corrélé avec un niveau de culture de santé bas. Ces profils tendent à prendre davantage de risque de santé en effectuant des prise de décisions non légitimes sans consultation de médecin. De plus, ces profils tendent également à pratiquer ce que l'on pourrait appeler « la rhétorique socialisante » auprès de leurs proches, en effectuant des recherches les concernant pour ensuite leur transmettre leur interprétation des informations trouvées, interprétation parfois litigieuse et effectuée à partir d'informations peu légitimes.

Internet et Information de santé : marketing et vulgarisation

Le système de Google est basé sur des mécanismes de popularité. Ces derniers reposent sur le fait qu'un site est bien classé s'il se trouve mentionné par d'autres sites et, notamment, par des sites eux-mêmes déjà bien cités par d'autres. Ce système rentre donc en contradiction avec les systèmes classiques de classification des savoirs qui privilégient l'autorité pour attester de la qualité et de la véracité des informations. Pour ce qui concerne l'information de santé, le problème repose sur le fait que l'on peut trouver de l'information qui n'émane pas nécessairement de spécialistes diplômés. Si cela peut s'avérer opportun lorsqu'il s'agit d'avis et de retours d'expériences de patients, cela peut être néfaste quand l'information est produite par un non-spécialiste qui outrepasse ses compétences. La plupart des sites d'information de santé sont sous le contrôle de médecins, mais ce n'est pas le cas de tous. Il s'agit parfois de simples vérifications d'usages à la va-vite. Le moteur va donc privilégier d'autres mécanismes de reconnaissance de l'importance de l'information.

En clair, si un site web créé par un professeur est cité par deux autres sites de professeurs éminents dans leur domaine, il est probable qu'il soit moins bien référencé que la page web d'un site grand public qui est davantage cité par une série de blogs ou de sites non professionnels.

Une des bases de l'évaluation de l'information réside dans le fait de pouvoir savoir qui est l'auteur de l'information proposée et quelle est son expertise dans le domaine. Or l'information de santé n'est parfois pas la plus facile à identifier. Ainsi, le plus étonnant vient de l'identification des propriétaires de site. Elle révèle effectivement que certains sont fortement éloignés du domaine de la santé, comme pour le site Passeportsanté qui appartient au groupe Oxygem et dont les enregistrements en tant que nom de domaine font apparaître le nom de cuisine AZ. Passeportsanté est pourtant un site qui apparaît régulièrement dans les résultats de Google et en bonne position. Il est également plébiscité par les répondants à notre enquête en ligne. Nous comprenons que ces mécanismes d'évaluation de l'information échappent aux usagers qui n'ont pas toujours les moyens de vérifier quels sont les auteurs réels des informations qu'ils consultent. Nous constatons d'ailleurs que les sites les mieux référencés sont possédés par des structures qui ne sont pas nécessairement de nature médicale. Si nous retrouvons les organismes de presse et de médias, ce qui n'est guère étonnant puisqu'ils avaient déjà investi ce créneau au sein de la presse magazine et de la radio et de la télévision, d'autres acteurs sont plus complexes à

appréhender. Ce sont les entreprises de gestion de contenus sur le web dont la logique repose sur une maximisation des revenus associés aux contenus proposés.

Conclusion

L'analyse des résultats est toujours en cours et se déroule dans une optique de forte conceptualisation de ce domaine d'étude encore émergent. Nos premiers résultats nous encouragent à étudier en profondeur cette population de plus de soixante ans, qui, malgré les représentations sociales qui lui sont liées, présente non pas un seul, mais de multiples profils du fait de la diversité sociologique des individus qui la composent.

Cette thématique de la recherche d'information de santé et de l'automédication tend à s'imposer comme un sujet prépondérant au sein des débats actuels. Si on ne peut plus aujourd'hui endiguer ce phénomène, il s'avère indispensable d'encadrer et de guider les pratiques, afin de limiter les risques de mésusage de l'information et leurs conséquences sur la santé. Cette thématique doit s'inscrire dans une réflexion plus large incluant aussi bien les professionnels que les institutions médicales. La perte de confiance en l'institution ou le manque d'éducation à la santé sont des problèmes qui ne peuvent être résolu qu'en encourager le dialogue et l'intercompréhension entre professionnels et usagers de santé.

L'équipe de RICSA tient à remercier la Fondation MAIF ainsi que l'université de Bordeaux Montaigne pour leur soutien auprès de ce projet d'avenir.

Références

- Al Sayah, Fatima et ali. “Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures ». H*ealth Education & Behavior,* February 1, 2013 40:1 42-55
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, *38*(1), 33–42.
- Bouisson J., Brisset C., Tournier I., Vion C. (Dir.), *Vieillissement et vieillesse, vulnérabilité et ressources : regards croisés*. Maison des sciences de l’homme d’Aquitaine, 2011.
- Dubourg, S., & Patrick Dréno. (2011). *Maîtrise de l’information en D.E.S. de médecine générale à Nantes en 2011: état des lieux, besoins de formation, perspectives*. France.
- Eurobarometer for European Commission. (2014, November). European citizen’s digital health literacy report. Flash Eurobarometer 404 - TNS Political & Social.
- Goody, J., Privat, J.-M., & Maniez, C. (2007). *Pouvoirs et savoirs de l’écrit*. La Dispute.

- Guérin S. *La nouvelle société des seniors*. Michalon, 2011
- Joüet J., Rieffel R. *S'informer à l'ère du numérique*. Presses Universitaires de Rennes, 2013.
- Le Douarin L. « TIC : grands-parents et leurs petits-enfants : vers un conflit des générations technologiques ? », in A. Chamahian, C. Lefraçois (dir.), *Vivre les âges de la vie*, Paris, L'Harmattan, 2012. p. 253-276.
- Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, *27*(6), 947–960.
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(1).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267.
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., & Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, *27*(1), 33–39.
- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, *16*(2), 207–214.

Pratiques d'auto soin des mangeurs sains : réflexion autour des espaces frontaliers et des identités professionnelle.

Camille Adamiec

L'incorporation cristallise les enjeux, les risques et les périls d'une future fusion entre le corps du mangeur et l'élément extérieur. On comprend alors que les choix relatifs aux techniques de soins revêtent une importance décisive pour qui se préoccupe du devenir sain. Quelles sont les stratégies de soin mises en œuvre par les mangeurs intéressés aux questions d'alimentation-santé ? Les propos de nos interlocuteurs révèlent une méfiance importante vis-à-vis des institutions médicales. La remise en question constante des savoirs médicaux dispensés par des autorités institutionnelles les oblige à se tourner vers des pratiques de soin nouvelles. Par ailleurs, le désir de maîtriser l'ensemble des incorporations (alimentation et médicament) passe par l'appropriation des savoirs sur le corps, la santé et la maladie. Cette volonté de maitrise génère des situations conflictuelles et nécessite de redéfinir, individuellement et collectivement, les catégories du risque. Nous mettons en exergue deux éléments essentiels à la construction des discours et des pratiques d'auto-soin des mangeurs sains : l'importance du caractère frontalier de leurs espaces de vie et l'influence de leurs appartenances professionnelles sur les rapports critiques entretenus avec les savoirs médicaux.

1. Démarches méthodologiques

L'étude a été circonscrite à un espace en particulier – Strasbourg. Dans un premier temps, nous avons entrepris l'observation des lieux de vente, ainsi que des espaces de communication et de rencontre voués à l'alimentation et à la santé. Nous avons ensuite mené une cinquantaine d'entretiens semi-directifs avec des mangeurs, des commerçants d'aliment-santé et des professionnels de santé. Ces entretiens ont été suivis d'observations de type ethnographique, au long cours, avec des familles conjuguant au quotidien des préoccupations alimentaires et sanitaires. Nous avons ainsi interrogé une soixantaine de personnes, hommes et femmes, entre 20 et 80 ans. Nous avons choisi de nous concentrer sur la France et tout particulièrement sur la région Alsace et la ville de Strasbourg. Le choix de cette région frontalière et d'une ville à proximité de l'espace rhénan s'explique par le positionnement particulier des espaces germaniques et helvétiques en matière d'alimentation-santé. Cela permet de tenir compte de possibles co-influences et permet de s'engager en recherche avec des mangeurs « mobiles » : travailleurs transfrontaliers, individus séjournant régulièrement en Allemagne et en Suisse, individus ayant des connaissances linguistiques, individus familiarisés avec la culture germanique et helvétique par les parents ou les grands-parents.

2. Échanges et influences transfrontaliers en matière d'auto-soin : le cas des mangeurs sains alsaciens.

L'Alsace est un espace fertile pour les échanges de représentations, de savoirs, voire de produits de soin et de produits pharmaceutiques. Les influences transfrontalières en matière de soin rappellent que chaque pays et chaque culture construit un rapport au corps, à la santé et à la douleur qui lui est particulier. Les frontières avec la Suisse, notamment pour ceux qui vivent ou ont vécu dans le Haut-Rhin, sont très présentes à l'esprit. La Suisse, est décrite comme un pays plus avancé en matière d'écologie, de produits naturels et de soin alternatifs. Auriane, qui a grandi dans un village située à la frontière suisse, se considère davantage citoyenne suisse que française :

«(…) en Alsace, le bio y en a quand même beaucoup plus, mais ça c'est l'influence de l'Allemagne et de la Suisse, c'est que ça…les Français sont en retard, que ce soit au niveau de l'économie et tout ça, ou dans la tête aussi, les Française sont très fermés en fait, je me sens pas Française moi, je me sens comme un étranger, je me suis dit je vais me barrer en Suisse un jour…l'Alsace c'est un pays à part, c'est pas français, c'est pas une question de discrimination, c'est un fait observable… » (Auriane, 19 ans, étudiante en deuxième année de psychologie).

Les particularités de la Suisse ou de l'Allemagne en matière de soin résident, notamment, dans la place que ces pays accordent aux thérapeutiques naturelles, aux plantes et à l'homéopathie, ainsi qu'aux médecines alternatives[1]. Certaines prescriptions (iode, cannabis thérapeutique, vaccins, homéopathie) y sont autorisées à la vente et interdites en France[2]. Or, faire le choix de pratiques de soin particulière, qui peuvent être considérées comme transgressives ou illégales au regard de son pays, interroge plus généralement l'inscription des individus dans le corps social ainsi que la construction du rapport au risque. Ainsi, le cannabis médical acquis légalement en Suisse par Niels lui a valu a contrario d'être jugé en France pour détention de drogue. Par ailleurs, face à l'impossibilité de trouver en France des traitements ou des solutions efficaces, les mangeurs sains aux prises avec la maladie chronique, relatent leurs expériences thérapeutiques faites dans les pays limitrophes. Le fait de devoir chercher des solutions de soins ailleurs renforce la méfiance vis-à-vis des institutions médicales du pays d'origine, notamment en cas de désaccord profond sur les méthodes de traitement.

3. Professions intermédiaires et rapport au risque

Face à une offre de soin différente, les mangeurs sains s'engagent dans une réflexivité constante, source d'inquiétude et de créativité. Une réflexivité renforcée par les professions exercées par ces individus, à savoir essentiellement des professions intermédiaires dans le domaine du médical et de l'éducation. Nos interlocuteurs ont en commun d'avoir tous fait des études (de Bac à Bac+8). Cette caractéristique, si elle ne préjuge ni de leur niveau de revenu, ni des emplois qu'ils occupent actuellement, a une influence sur le rapport qu'ils entretiennent avec le savoir. Leur quête d'information, leur besoin constant de renouveler leurs connaissances et leur manière active d'assouvir cette dynamique participent à la

1 BORGETTO B., 2002, « Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland Österreichische», *Zeitschrift für Soziologie*, vol. 27, n° 4, pp 115-125.

2 LEHENKARI A, 2003, « On The Borderline Of Food And Drug: Constructing Credibility and Markets for a Functional Food Product », *Science as Culture*, n°12, vol. 4, pp. 499-525

construction d'une attitude particulière vis-à-vis des savoirs[3]. Etre acteur de ses choix, en matière d'alimentation, de soin ou de savoir, définit leurs engagements. Héritage direct de l'Etat Providence, la catégorie des professions intermédiaires s'est découvert progressivement de nouvelles identités sociales et politiques, avec comme base une remise en cause morale et une plus grande liberté face aux autorités traditionnelles[4].

Sylvie Fainzang a montré comment les pratiques d'automédication venaient dire la part active que veut prendre l'individu dans son rapport au corps et à la santé, mettant en exergue l'importance prise par les autodiagnostics dans l'appréhension du corps douloureux ou en difficulté[5]. L'individu se constitue un savoir et veut, par ce savoir, être sujet et maître de ses consommations. Maîtriser ses incorporations, c'est retrouver le contrôle et la charge des orifices du corps[6] : « C'est une façon de contrôler, tout bêtement, et d'avoir l'illusion qu'il y a quelque chose qu'on puisse contrôler (...)» (Régina, 50 ans, indépendant). L'accès au savoir et le profilage des risques deviennent des moyens importants de conquérir ou de préserver sa santé. Ainsi, la confiance, en soi ou envers les autres, n'est assurée que par la possibilité d'un contrôle constant. L'impression de maîtrise se créée dans la sensation de pouvoir, à tout moment, réinterroger la confiance préalable. Or l'institution médicale ne permet pas suffisamment, aux yeux de nos interlocuteurs, de tisser une relation de confiance, de demander des gages et de pouvoir réinterroger constamment, d'un côté comme de l'autre, la relation initiale. Ce sont ces mêmes individus qui, aujourd'hui, interrogent l'unilatéralité des savoirs relayés par les institutions du médical et redéfinissent les catégories du risque.

Par ailleurs, la société du risque a soumis ces catégories professionnelles à des injonctions paradoxales, où le soin est perçu comme une affaire à la fois collective et individuelle, engageant la responsabilité et l'autonomisation des acteurs sociaux. L'anthropologie du médicament a bien montré les effets sur les individus des crises successives autour de certaines substances médicamenteuses. Une incertitude qui a pour effet de favoriser les usages non prévus des substances pharmaceutiques et qui fait émerger une nouvelle gestion de la pharmacopée, à la fois plus collective (responsabilité des pharmaciens dans l'éducation à la santé des populations) et plus intime (constitution et gestion individuelle de la pharmacie privée, gestion personnelle des traitements, des posologies, etc.). Sandrine a travaillé en médecine du travail tout au long de sa carrière. Tout juste retraitée, elle vient d'entamer une formation pour appendre la médecine traditionnelle chinoise. Si elle reconnaît qu'au départ elle a eu du mal à concilier les deux images de la médecine, elle s'est peu à peu libérée de ses réticences et considère que l'agencement des diverses modes de représentations, d'appréhension et de traitement de la maladie ne peuvent qu'enrichir le savoir médical . Les médecines alternatives, appréciées par nos interlocuteurs, sont pensées comme une marche vers une autonomisation des savoirs car elles engendrent un rapport d'équité quant au savoir et à la définition de la santé et de la maladie. Dans la lignée de Canguilhem, elles approchent l'individu et son corps comme seuls capables de

3 GIDDENS A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.

4 ROSANVALLON P., 1995, *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat Providence*, Paris, Seuil, DUBET F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

5 FAINZANG S., 2010, « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol 34, n°1, pp. 115-133.

6 DOUGLAS M., CALVEZ M., 2011, « L'individu comme preneur de risques. Une théorie culturelle de la contagion en lien avec le sida », *Tracés*, n° 21, p. 208.

définir la maladie et son état de santé.

Enfin, dans le refus des médicamentations conventionnelles et dans la volonté de négocier les frontières du risque, se dessine la position liminaire et dissidente que les mangeurs sains s'assignent en distinction et refusent en négociation. L'expérience de la maladie et sa mise en récit génèrent des positionnements parfois radicaux vis-à-vis des représentants des autorités normatives et scientifiques. La sclérose en plaque de Niels fait suite à une vaccination en 1996 contre l'hépatite B dans l'établissement scolaire qu'il fréquentait. Il avait alors 16 ans. En 2008, 12 ans après la vaccination, les médecins diagnostiquent une sclérose en plaque. Ses explications quand aux conditions de survenue de la maladie sont radicales et flirtent avec les théories du complot. Pour lui, il est évident que les campagnes de vaccination étaient un moyen d'éradiquer une partie de la population et que les membres de l'institution médicale étaient au courant des risques du vaccin, puisque ces derniers auraient volontairement soustrait leurs propres enfants à ce type de soin. Niels met en cause diverses institutions : la médecine, l'institution scolaire et l'Etat. Sa critique est tout à la fois sociale, médicale et politique, pointant du doigt l'impossibilité, au sein des institutions, de faire entendre sa voix[7]. Elle fait écho à l'affirmation par Ivan Illich d'une entreprise médicale qui menace la santé.

En conclusion, nous aimerions souligner que l'alimentation-santé peut être perçue comme une forme d'action politique au sens d'une action à la fois citoyenne et de positionnement par rapports aux institutions étatiques. La définition de la santé et de ce qui la met en péril est une question aussi bien médicale que politique. Elle complète et retravaille la métaphore du corps social. En outre, la forte suspicion vis-à-vis des institutions qui normalisent et contraignent les corps, notamment les corps enfantins est un aspect essentiel dans l'émergence de pratiques dissidentes.

7 ILLICH I., 1975, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil.

L'automédication, une norme sociale chez les artisans ?

Olivier Crasset

Centre nantais de sociologie (Cens, FRE 3706)

Introduction

Certaines catégories socio-professionnelles sont plus particulièrement concernées par l'automédication. En effet, selon l'enquête décennale santé de 2002-2003 (Insee), la consommation de médicaments non prescrits par le médecin et librement accessibles en pharmacie est 1,4 fois plus fréquente chez les artisans et les cadres que chez les ouvriers non-qualifiés (Raynaud, 2008).

Un rapport de l'Ordre des médecins se base sur une autre définition, mais arrive à des conclusions à peu près similaires. Ce rapport considère que *"l'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens."* (Pouillard, 2001 : 1). Le rapport observe que *"Le recours à l'automédication est plus important chez les cadres, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, les personnes diplômées, ou à comportement dit " préventif "."* (idem, p.3).

Dans la suite de cette communication qui vise à comprendre pourquoi l'automédication est si impoprtante chez les artisans, on élargira quelque peu cette définition en considérant que le terme d'automédication *"renvoie à toutes les réponses, y compris non médicamenteuses, que les personnes utilisent pour traiter un trouble ou améliorer leur état de santé."* (Guienne et Le Hesran, 2015 : 156).

Les différentes sources évoquées font apparaitre un point commun entre les catégories socio-professionnelles les plus impliquées dans le phénomène, c'est le fait d'avoir un temps de travail hebdomadaire moyen plus élevé que la moyenne de la population active. En effet, parmi les travailleurs indépendants (dont font partie les artisans, commerçants et chefs d'entreprise), 45 % déclarent travailler plus de 50 heures par semaine, contre 3 % des salariés (Algava et Vinck, 2009). D'après l'enquête *Emploi 2007* de l'Insee, les indépendants travaillent en moyenne 53,3 heures par semaine, contre 37,6 heures pour l'ensemble de la population active occupée (cité par Inserm, 2011 : 15). Quant aux cadres, ils déclarent travailler en moyenne 44,5 heures par semaine (Insee, 2009).

A partir de ces deux faits – l'automédication et le temps de travail élevé – des auteurs ont établi à plusieurs reprises un rapport de causalité en affirmant que c'est le manque de temps qui incite les indépendants et les cadres à l'automédication. On peut ainsi lire dans un article de Denis Raynaud :

"Ainsi, toutes choses égales par ailleurs et donc a revenus donnés, les cadres et les artisans ont une plus forte probabilité de recours a l'automédication que les ouvriers. Le recours a l'automédication est source de gains de temps en évitant une consultation chez un médecin, les artisans et les cadres ayant des journées de travail généralement plus longues. Cette raison est ainsi fréquemment avancée pour expliquer le recours a l'automédication dans les enquêtes qualitatives (DGS, 2002). Par ailleurs, les artisans ont la probabilité de recours a la pharmacie prescrite la plus faible, ce qui renforce l'interprétation précédente." (Raynaud, 2008 : 86).

Selon cet auteur, dans le cas particulier des artisans, le fait que les artisans recourent peu à la « pharmacie prescrite », c'est-à-dire les médicaments prescrits par le médecin suite à une visite, vient confirmer l'explication en terme de contraintes temporelles. En effet, il est exact que les artisans fréquentent peu leur médecin généraliste. Selon le baromètre Arti-Santé-BTP (IRIS-ST, 2015)[1], « *43% d'entre eux ne consultent pas, ou à de très rares occasions et uniquement à visée curative, un professionnel de santé.»*

L'argument selon lequel les artisans recourent à l'automédication en raison de contraintes temporelles semble fondé. Néanmoins, ce seul argument nous semble insuffisant à expliquer le comportement des artisans pour les raisons suivantes :

Premièrement, un autre argument tout aussi rationnel et pratique va en sens inverse. En effet, les indépendants jouissent d'une grande autonomie dans l'organisation de leur travail. La capacité à organiser son travail est d'ailleurs une compétence indispensable pour des gens qui doivent entre autres choses gérer une clientèle, respecter des délais, planifier des achats et souvent encadrer leur personnel. Sont-ils matériellement dans l'incapacité d'insérer dans ce programme une heure de visite chez un médecin s'ils le souhaitent ? On peut en douter.

Deuxièmement, le manque de temps est une contrainte objective parmi d'autres qui semblent au moins aussi importantes. Il faut ajouter à la contrainte temporelle toutes celles qui sont en rapport avec le système de protection sociale des indépendants, ce que nous allons examiner (1.1.). Troisièmement, il faut aussi tenir compte du facteur culturel, en l'espèce la culture professionnelle des artisans et de leur rapport au corps et à la santé dans le cadre de leur travail (1.2.). On verra ensuite quels sont les types d'automédication couramment rencontrés chez les artisans (2.).

1. Des contraintes objectives sous-tendues par des valeurs

Comme y invite Sylvie Faizang, il faut chercher à élargir l'explication de l'automédication au-delà des raisons pratiques et envisager le facteur culturel (Faizang, 2012).

Pour rendre compte de cette dimension, on reviendra d'abord brièvement sur la genèse du système de protection sociale des artisans et sur les contraintes qu'il impose, puis on verra comment l'éthique artisanale favorise l'automédication.

1.1. Des contraintes objectives liées au régime de protection sociale

Pour comprendre la place que les soins de santé occupent chez les artisans, il faut remonter à la naissance de leur régime de protection sociale.

1 Enquête par questionnaire en ligne réalisée auprès de 2783 artisans du bâtiment en 2015.

Lors de la mise en place du système de protection sociale en 1945, le gouvernement a souhaité établir un système unique et universel, conformémement aux voeux du Conseil National de la Résistance. Or, ce projet n'a pas été concrétisé suite à une forte opposition de la part des travailleurs indépendants. Suite à la mobilisation des indépendants, la loi du 22 mai 1946 a finalement généralisé la Sécurité sociale à toute la population, à l'exception des travailleurs non-salariés.

C'est avec un réticence certaine et à reculons que les indépendants ont fini par accepter en 1948 la création de régimes de retraite qui leur soit dédié (loi du 17 janvier 1948). En 1948, on crée trois organismes de retraites séparés : professions libérales, artisans et commerçants. Puis en 1952, celui des agriculteurs. Ce sont des systèmes par répartition avec cotisations obligatoires, mais à minima, avec une possibilité laissée à la capitalisation sur base volontaire. Il faut attendre 1963 pour que soit instauré un régime d'assurances invalidité-décès pour les artisans.

Par la suite, les indépendants admettent tardivement l'idée de créer une branche maladie pour leur propre système. La loi du 12 juillet 1966, permet l'instauration de la Caisse nationale d'assurances maladie des travailleurs indépendants. Elle regroupe 2,4 millions d'adhérents, plus de cinq millions de personnes avec les ayants droit et porte le taux de couverture sociale à 98,5 % de la population. Mais là encore, les non-salariés avancent timidement. La couverture maladie reste partielle puisqu'il y a une distinction entre les « gros risques » qui sont couverts et les petits risques qui ne le sont pas. Les risques couverst – les gros – concernent les hospitalisation et les accouchements. Pour les enfants et les personnes âgées, la couverture est étendue aux petits risques[2].

Progressivement, le système de protection sociale des artisans évoluera vers un rapprochement avec le Régime général à la demande des indépendants eux-mêmes et par un curieux revirement idéologique analysé par François Gresle (1977).

La création du Régime Social des Indépendants (RSI) en 2006 est la dernière étape importante dans l'évolution des régimes sociaux des indépendants[3].

Les régimes sociaux des indépendants ont été construits a minima et en ayant toujours un temps de retard sur celui des salariés du Régime général. On peut retenir plusieurs choses de ce rapide survol de la protection sociale des indépendants. Premièrement, leur capacité à financer la protection sociale est limitée par le fait qu'ils doivent s'acquitter de cotisations plus coûteuses que les salariés puisqu'ils doivent assumer à la fois les cotisations salariales et patronales. Deuxièmement, leur système repose sur des cotisations minimales et laisse la possibilité à ceux qui en veulent plus de cotiser à des assurances complémentaires. Troisièmement, les indépendants n'ont pas souhaité mettre leurs ressources en commun avec les salariés du Régime général, notamment parce qu'ils reprochaient à ceux-ci de s'arrêter de travailler à la moindre occasion.

La distinction entre petits et gros risques illustre bien les moindres possibilités de

2 La loi du 06 janvier 1970 étendra la couverture du petit risque au taux de 50 % à tous les bénéficiaires (Kocher-Marbooeuf, 2003)

3 Il a consisté en la fusion de plusieurs organismes qui couvraient différentes catégories d'indépendants : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (Canam-AMPI), de l'Organisation Autonome Nationale de l'Industrie et du Commerce (ORGANIC) et de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Artisans (CANCAVA).

bénéficier de remboursements en cas de maladie[4]. Au fil du temps, les artisans ont donc appris à compter avant tout sur eux-mêmes et à recourir le moins possible à un système envers lequel ils restent méfiants et dont ils ignorent souvent les règles. Le taux de non-recours aux prestation sociales reste très élevé dans cette population (Latil *et al.*, 2013)[5].

D'un côté, ce système de protection sociale correspond à ce que les artisans ont souhaité. Il reflète en partie leurs valeurs. On peut alors considérer que les artisans sont une population qui, ne recourant pas volontiers aux services de la médecine, a cherché la solution la moins coûteuse. Mais d'un autre côté, la moindre générosité du système dissuade les artisans de se faire suivre régulièrement par leur médecin. Ils n'y recourent donc que dans les situations où ils ne peuvent pas faire autrement. Quoi qu'il en soit, leur rapport avec leur organisme de protection sociale (RSI depuis 2006) est distant et teinté de méfiance, ceux-ci étant perçus avant tout comme une administration coûteuse et peu efficace.

1.2. Une éthique de l'acharnement au travail

Après avoir été réticents à l'instauration de la protection sociales, les indépendants ont fini par réclamer plus de droits pour être traités à égalité avec les salariés, ce qu'ils ont obtenu à peu près (ou on peut dire a minima que le niveau des prestations s'est beaucoup rapproché). Malgré cela, certaines différences persistent entre le Régime général et celui des artisans. Il n'existe toujours pas de branche AT-MP dans ce régime qui reste légèrement moins favorable à ses ressortissants que le Régime général (voir tableau 1).

4 Sans parler d'indemnités journalière qui n'existeront qu'à partir de 1995 pour les artisans et à partir de 2000 pour les commerçants.

5 Sur base de données du RSI concernant 129 patients malades du coeur, Latil *et al.* (2013) indiquent un taux de non-recours155 aux indemnités journalières d'environ 30 %, soit par méconnaissance de leurs droits, soit parce qu'ils n'arrivent pas à les faire valoir ou qu'ils y renoncent.

Tableau 1 : conditions d'indemnisation dans le Régime général et dans le RSI

	Indemnités journalières **arrêt maladie**	**Indemnités journalières** **arrêt AT-MP**	**Mi-temps thérapeutique**
	Régime général		
	Carence : 3 jours Durée : maxi 360j/3 ans pour maladie ordinaire ; 3 ans si ALD > 3 mois, ; renouvelé si reprise au moins un an. Montant de l'IJ au prorata du salaire journalier, **max 63,23€**	Carence : 0 jour Montant de l'IJ : 1-28 jours : 60% salaire journalier de base 173,23€ ; 29ème jour d'arrêt de travail 80% max 230,98€ 30ème jour, revalorisation	Possible sous réserve de l'accord de la caisse d'assurance maladie La durée et les horaires de travail sont à négocier avec l'employeur
	RSI		
Artisans, industriels, commerçants	Carence : 3 jours si hospitalisation ; 7 jours si maladie ou accident Durée : maxi 360j/3 ans et 3 ans si ALD > 6 mois **Montant de l'IJ entre 20,57 € et 51,44 € selon le revenu des trois dernières années.**	**Assurance AT-MP uniquement sur base volontaire** les AT et MP sont indemnisés comme des arrêts-maladie ordinaires.	**Non prévu**

Source : d'après le tableau présenté par Algava *et al.*, 2011.

Les récentes améliorations ne changent pas fondamentalement la situation dans la mesure où s'arrêter de travailler pour se soigner reste très difficile pour les artisans. Une étude menée sur des indépendants touchés par le cancer montre que *"l'activité professionnelle se maintient pendant la maladie et son traitement"* (Amiel *et al.*, 2013 : 107)[6]. Elle fait l'objet d'aménagements et d'adaptations à l'état de santé des indépendants, mais ceux-ci font en sorte de ne pas s'arrêter complètement de travailler s'ils le peuvent.

6 Enquête IndepCan en 2010 par l'Unité de recherche en sciences humaines et sociales (URSHS) de l'Institut Gustave Roussy (IGR) portant sur 500 travailleurs indépendants.

En effet, les artisans (comme les autres indépendants semble-t-il) déclarent qu'ils ne s'arrêtent de travailler que lorsque leur corps leur fait complètement défaut. *« tant qu'on tient debout, on va travailler »*, disent-ils. Cette réticence aux arrêts de travail s'explique à la fois par des raisons économiques et morales.

Les améliorations continues de la protection sociale des indépendants ont considérablement réduit les écarts entre le régime des indépendants et le Régime général, mais quelles que soient les prestations dont il bénéficie, un indépendant est incité à ne pas s'arrêter de travailler pour maintenir l'équilibre financier de son entreprise. Pour le dire simplement, s'arrêter de travailler coûte cher à un indépendant en raison des dépenses auxquelles il doit faire face même si son activité est provisoirement interrompue.

Par ailleurs, S'il est en arrêt, l'artisan doit théoriquement interrompre totalement ses activités professionnelles, ce qui semble peu réaliste car les tâches administratives et l'éventuelle supervision des salariés ne peuvent pas être ajournées.

Enfin, à l'inverse des salariés qui sont soumis à une obligation de moyens, les indépendants sont soumis à une obligation de résultat. Le type de contrat qu'ils passent est un contrat d'entreprise. Leur entreprise s'engage à fournir tel résultat pour telle date. S'ils sont malades, leurs obligations n'en sont pas modifiées pour autant et ils risquent parfois de devoir payer des pénalités de retard. Ils risquent également de passer aux yeux de leurs pairs pour des personnes peu fiables avec qui il est risqué de faire des affaires.

Une autre raison pousse les artisans à travailler quand ils sont malades, c'est l'obligation morale de remplir leurs engagements. Respecter la parole donnée ou, à défaut, montrer qu'on fait tout pour y arriver, est crucial dans un univers où les offres d'ouvrage se présentent surtout par le bouche-à-oreille, et où la bonne réputation d'un artisan est sa meilleure carte de visite. Une des fonctions du réseau social des artisans est de se garantir des incertitudes en renforçant les liens avec des personnes qui sont fiables, quoi qu'il leur en coûte. Le jugement sur l'arrêt de travail s'accompagne d'un jugement moral de la personne concernée (Dodier, 1986). L'arrêt de travail n'est envisageable que si on a montré par son « courage » qu'il était impossible de faire autrement. Cette notion de courage, développée par Schepens (2013) à propos des entrepreneurs en travaux forestiers, repose sur un mépris du corps qu'il ne faut pas écouter sous peine d'interrompre le travail.

« Pour cette population, « être courageux », c'est (…) être capable de beaucoup travailler, mais cela quel que soit le niveau de fatigue ou de douleur lié aux accidents et maladies. Ne pas montrer que l'on possède cette qualité, c'est rendre incertaine, aux yeux des clients et collègues, sa capacité à être un bon professionnel. » (Schepens, 2013 : 65).

Ainsi, la santé est mise entièrement au service du travail et de l'entreprise, on peut même dire qu'elle est compromise par un certain acharnement au travail, afin de garantir la viabilité de l'entreprise.

Les différents points que nous avons soulevés montrent que l'automédiaction des artisans ne s'explique pas uniquement par des contraintes temporelles, même si celles-ci sont à prendre en compte.

Les artisans sont indifférents, voire hostiles envers les organismes de protection sociale perçus comme des organismes bureaucratiques inefficaces et coûteux. Ils ne recourent pas

volontiers à leurs services, préférant ne compter que sur eux pour surmonter les problèmes. Ils rencontrent de grandes difficultés à interrompre le travail pour se soigner en raison du coût important des arrêts de travail (malgré des prestations revues à la hausse) et de la nécessité de tenir leurs engagements envers les confrères et les clients.

2. Différents types d'automédication chez les artisans

Encadré 14 : matériaux et méthodologie de l'enquête

Les données examinées dans cette communication résultent d'une enquête menée en Bretagne entre 2011 et 2012 pour les besoins d'une thèse en sociologie soutenue à l'Université de Nantes (Crasset : 2014). Elles consistent en une série de 44 entretiens approfondis portant sur les liens entre santé et travail au fil de leur parcours professionnel. Par ailleurs, des observations participantes ont été menées durant plusieurs mois dans des entreprises de 0 à 10 salariés dans l'artisanat du bâtiment (carrelage, charpente), l'artisanat rural (maréchalerie) et dans l'artisanat d'art (ferronnerie, taille de pierre).

Lorsqu'il s'agit de parler de l'artisanat, les définitions les plus couramment employées sont de nature économique ou juridique. Cependant, elles ne donnent pas une définition satisfaisante des artisans du point de vue de leurs conditions de travail. Pour les définir dans le cadre de l'enquête de terrain, trois critères ont été retenus. Premièrement, le fait d'exercer un travail indépendant à titre principal. Deuxièmement, avoir une pratique effective d'un métier manuel, c'est-à-dire un travail dont le résultat repose sur un engagement du corps. Les chefs d'entreprise exerçant uniquement des tâches de gestion sont donc exclus du champ de l'enquête. Troisièmement, employer au maximum dix salariés, seuil qui permet de mobiliser certaines enquêtes quantitatives retenant ce critère et au-delà duquel les employeurs ne participent jamais à la production.

On désigne ici par le terme d'artisan un travailleur indépendant exerçant seul ou employant au plus dix salariés, participant directement à la production dans le cadre d'un travail manuel qualifié dont il maîtrise tout le processus. Cette définition se base sur les conditions de travail, indifféremment du statut de l'entreprise ou de son régime social.

Au cours de l'enquête de terrain que nous avons menée (voir les données méthodologiques dans l'encadré 1), nous avons rencontré fréquemment des artisans qui recouraient à l'automédication. Les cas qui ont été rencontrés durant l'enquête peuvent être classés en trois catégories : automédication routinière, de crise et relative à des savoir-faire de métier.

2.1. Automédication routinière

L'automédication peut être considérée comme routinière lorsqu'elle est régulière, voire quotidienne, et qu'elle rend possible l'exercice quotidien du travail.

Nombreux sont les artisans qui, avant de débuter leur journée de travail, prennent un antidouleur (Doliprane), utilisent des moyens mécaniques pour soulager les articulations

(attelles, ceinture abdominale) ou massent les zones douloureuses avec une pommade chauffante. Ces pratiques leur permettent de se maintenir en activité et de garder leurs habitudes de travail malgré des douleurs persistantes. Elles permettent de différer des soins ou de supporter des douleurs chroniques souvent liées à des troubles musculo-squelettiques (TMS).

Lors d'un symposium de tailleurs de pierre, j'ai pu observer que des conseils et des recettes circulaient entre les artisans à ce propos, ce qui montre que ces pratiques sont tout à fait banales et considérées comme normales.

Chacun a ses recettes pour éviter de ressentir pendant la nuit *« les gants de douleurs »* provoqués par les vibrations des machines ou pour reprendre le travail malgré leur présence. Chacun adopte des moyens préventifs (attelles au poignet, gants rembourrés) et cherche à se soulager (pommade chauffante, Doliprane matinal). Par contre, personne ne se plaint ouvertement de ressentir des douleurs. *« Tout le monde a mal la nuit mais personne n'en parle »*, me dit quelqu'un en aparté. En effet, lorsque je pose la question de manière directe, j'obtiens des réponses évasives. Les douleurs liées aux vibrations sont un sujet de préoccupation pour tout le monde mais chacun évite d'en établir une liste détaillée face aux autres membres du groupe.

En somme, cette pratique consiste à suivre un traitement médical qui permet de ne rien changer à ses habitudes de travail. En faisant disparaître la douleur, les limites de l'organisme sont repoussées, mais avec un risque accru de complications. Dans le cas d'un ferronnier d'art interrogé, les tendons de l'épaule ont fini par se rompre complètement.

Anatole : « J'avais mal depuis longtemps mais ... voilà, j'avais ... je considérais que j'avais autre chose à foutre que de m'occuper de ça. Bon, une petite douleur dans les épaules, OK, on prend un Doliprane ou je-ne-sais-pas-quoi et puis vas-y-que-je-te. Ça c'est de la connerie, faut pas faire ça, mais bon voilà, c'est toujours pareil, on est ... Jusqu'au jour où c'est tombé définitivement, quand le dernier tendon a pété et que j'en arrivais à plus pouvoir lever le bras autrement qu'en le soulevant avec l'autre. Je me suis dit « là, il y a un problème quoi ».

(...) Ça m'est arrivé tout bêtement en mettant va veste. J'ai senti comme un coup de fouet dans l'épaule et puis flap – je me suis rendu compte que mon bras, je ne pouvais plus le lever, j'avais plus rien pour lever le bras. Donc c'était une rupture totale de la coiffe des rotateurs, comme ils appellent ça. Donc tous les tendons pétés, le biceps détaché là, rendu là (il montre le milieu de son bras en riant), c'était ... là il n'y a pas le choix. » (Anatole, 60 ans, ferronnier d'art).

Suite à ce problème, Anatole subit une opération pour remettre les tendons en place et il écourte sa convalescence.

Au bout de quelques jours je défaisais les sangles de l'avant-bras et puis j'arrivais à travailler quand même, à écrire, à ... (rire). »

Il reprend le travail d'atelier trop vite et compromet le résultat de l'opération.

« Ça aurait pu aller plus vite, sauf que j'ai repris le travail trop vite dans l'atelier, et que j'ai re-pété un tendon, Donc il a fallu réopérer une deuxième fois. »

2.2. Automédication de crise

On peut parler d'automédication de crise lorsque celle-ci permet de différer les soins pour les ajuster au calendrier de l'entreprise. Il s'agit pour l'artisan d'arriver à reporter les soins

au moment où l'arrêt de travail sera le moins gênant pour l'entreprise. Ces situations concernent souvent des opérations suivies d'un arrêt de travail de plusieurs semaines.

L'automédication est alors temporaire et s'interrompt lorsque l'artisan a pu intégrer son arrêt de travail au calendrier de son entreprise. Le "bon moment" pour s'arrêter peut correspondre à la fin d'un chantier, une période où l'activité est au ralenti (par exemple en hiver), ou les congés du bâtiment.

Cette pratique ne relève pas toujours de l'automédication dans la mesure où elle se déroule parfois en concertation avec le médecin et que l'artisan peut négocier avec lui pour obtenir des médicaments qui permettent de rester en activité en attendant les soins.

C'est le cas pour Roland, artisan plaquiste qui, au moment de notre entretien, doit subir une opération du genou suite à une fracture du genou survenue en pratiquant la boxe.

Même sans disposer d'informations détaillées sur la pathologie dont souffre Roland, on peut se demander si cette opération aurait été nécessaire si Roland avait soigné une blessure qui, au départ, ne lui semblait pas si grave. Mais il a poursuivi le travail en prenant des anti-inflammatoires et le genou s'est mal remis.

Roland : « Je vais être obligé d'être arrêté un mois.

OC : Comment vous allez arriver à gérer ça si vous ne pouvez pas vous arrêter ?

Roland : Je vais prendre ça pendant les vacances.

OC : Pendant les vacances, pendant les congés du bâtiment ?

Roland : On a droit à cinq semaines, hein ...

OC : Et la reprise, à la fin des congés du bâtiment ?

Roland : Peut-être pas parce que je crois que c'est un mois et demi minimum d'arrêt. On verra bien, mais s'il faut se promener en béquilles, on y arrivera hein. »

Les commentaires de Roland laissent penser qu'il recourra à nouveau à l'automédication pour arriver à reprendre le travail précocement.

2.3. Automédication relative à des savoir-faire de métier

Les deux premiers types d'automédication témoignent d'un certain acharnement au travail. Les artisans pensent avant tout à l'équilibre économique de leur entreprise. Ils minorent ou dénient les problèmes de santé qu'ils rencontrent, pensent qu'ils ont mieux à faire que de s'occuper de leur santé.

Une troisième forme d'automédication relève de savoir-faire de métier lorsqu'il existe une culture de métier spécifique à certaines pathologies. La situation est alors différente dans la mesure où, à l'inverse des deux premiers cas, elle peut permettre de régler un problème de santé rapidement et de façon définitive.

Cette forme d'automédication consiste en savoirs relatifs à des petits accidents qui reviennent fréquemment et typiquement dans certains métiers.

L'exemple suivant concerne les travailleurs du métal qui manipulent quotidiennement une

meuleuse. C'est un outil électroportatif au bout duquel tourne un plateau abrasif qui sert à découper ou abraser le métal. Durant son utilisation, la meule produit une gerbe d'étincelles. Tous les artisans du métal qui ont été interrogés ont déclaré qu'ils recevaient occasionnellement un « grain de meule » dans l'œil.

«Qu'est-ce que j'ai eu comme accident ? Je me suis coupé le doigt une fois avec la meuleuse. Bon, des grains dans l'œil, ça m'est arrivé plusieurs fois. Mais non, je ne me blessais pas. » (Max, 53 ans, ferronnier d'art)

« J'ai eu des grains de meules dans l'œil, c'est vieux maintenant. Et autrement des petites coupures, mais de réels accidents, jamais. » (Franck, métallier, 33 ans)

Même lorsqu'ils portent des lunettes, de petites particules rebondissent sur le visage et passent parfois sur le côté. Le grain de meule, sorte de petite aiguille métallique, vient alors se planter dans l'œil. Tous les artisans expérimentés connaissent les conséquences de cet événement assez banal. Selon l'endroit de l'œil où le grain s'est accroché, il est parfois possible de continuer à travailler et certains s'y essaient la première fois où cela leur arrive, mais on peut être certain que la gêne ressentie ira en grandissant et que, même si on arrive à terminer sa journée de travail, on ne pourra pas dormir de la nuit. Si on attend trop, le grain de meule se met à rouiller dans l'œil et les conséquences sont potentiellement plus graves.

Dans la plupart des cas, l'interruption du travail est immédiate car il est difficile de garder l'œil ouvert. Il faut retirer le grain et il est difficile d'y arriver soi-même. Une pratique courante dans les métiers du métal consiste à décrocher le grain de l'œil en l'attrapant avec un morceau de papier absorbant, comme en témoigne ce couple de ferronniers.

Pascale : « Les lunettes, on les met. Des éclats qui rebondissent sous la lunette, ça arrive. Je sais que je fais attention.

Georges : Mais on se débrouille bien tous les deux pour se les retirer. C'est quand même rare qu'on aille chez l'ophtalmo, ça arrive de temps en temps. Quelquefois, c'est un éclat que tu as pris sans t'en rendre compte, qui reste rouiller là-dedans, Quand il ressort ça fait mal. Mais autrement [quand]on prend un éclat – hopla - on vient à la maison, à la lumière, et puis on arrive à les prendre avec un petit bout de papier.

Pascale : Si tu interviens tout de suite, c'est bon. » (Georges, 59 ans, Pascale, 55 ans, couple de ferronniers d'art)

Retirer les grains de meule est un savoir-faire qui se transmet dans les ateliers par observation et imitation. L'expérience y joue un rôle puisqu'on apprend à corriger le réflexe socialement conditionné qui consisterait à continuer le travail en serrant les dents, malgré la gêne et la douleur. Après une première expérience, on sait que cette réaction est contre productive. Le collectif de travail, s'il est présent au moment de l'événement, joue un rôle important en avertissant le novice de ce qui l'attend et en le dissuadant de poursuivre le travail sans se soigner. Un savoir-faire de métier, efficace bien qu'illégitime du point de vue médical, permet de minimiser les conséquences de ce qui est qualifié de *bricole* et en aucun cas d'*accident*.

Retirer les grains de meule d'un œil est un geste technique car il requiert de savoir comment utiliser le morceau de papier. La notion de prudence consiste à interrompre le travail sous peine de voir s'aggraver l'état du blessé et à contrevenir à la norme sociale qui impose de continuer le travail malgré la douleur. Cette injonction à transgresser la norme

est donnée par un travailleur expérimenté en direction d'un novice qui ignore les suites possibles de l'événement. On voit l'importance de l'âge et de l'expérience individuelle et collective dans la transmission des savoir-faire de prudence, c'est-à-dire leur dimension sociale. On note également que cette pratique n'est pas légitime au regard des règles de la sécurité prescrite selon lesquelles seul un membre du corps médical serait habilité à intervenir.

Conclusion

Les différents points évoqués permettent de mieux comprendre pourquoi l'automédication est si fréquente chez les artisans. Souvent évoqué, le manque de temps pour consulter un médecin fait certainement partie des facteurs à prendre en considération, mais d'autres semblent tout aussi décisifs.

Certaines causes sont liées au régime de protection sociale des artisans et sont probablement pertinentes pour d'autres travailleurs indépendants. Au premier rang de celles-ci , il faut invoquer le coût financier des arrêts de travail qui reste très dissuasif malgré les avancées en la matière. Un autre point est le rapport distant des artisans envers leur régime de protection sociale considéré par eux comme coûteux et peu efficace. Les artisans ont le sentiment de ne pouvoir compter que sur eux-mêmes, ce dont témoigne un non-recours aux prestations qui est important.

Un deuxième type de facteurs est lié à la culture du groupe social des artisans. La pression sociale des pairs pour se maintenir en activité à tout prix est très forte. L'automédication s'apprend collectivement par l'observation d'autrui et la circulation de "recettes". C'est un comportement banalisé et intériorisé par chacun.

Nocive lorsqu'elle permet de repousser les soins ou de ne pas changer ses habitudes de travail malgré des pathologies, l'automédication a pourtant des aspects positifs lorsqu'elle consiste en ficelles de métier collectivement élaborées et testées de longue date. Bien qu'illégitimes au regard des normes médicales, elles n'en sont pas moins efficaces.

Dans tous les cas, on peut donc dire que l'automédication fait partie des comportements appris et attendus par le groupe social des artisans, et qu'en ce sens, elle est une norme sociale.

Références

- Algava É. et Vinck L., « Les conditions de travail des non-salariés en 2005 », DARES, *Premières synthèses*, n°50-1, décembre 2009.
- Amiel P., Dumas A., Rubio V., « Les indépendants face au cancer et l'enjeu du maintien de l'activité », *in* Célérier S. (dir.) *Travail indépendant : santé et conditions de travail*, Actes du colloque du 18 septembre 2013 (Paris), Rapport de recherche du Centre d'études de l'emploi n°85, mai 2014.

- IRIS-ST, *Baromètre Arti-Santé-BTP, conditions de travail et santé des artisans du BTP*, 2me édition, novembre 2015, http://www.iris-st.org/upload/document/Etudes/Synthese-barometre-2015-V2.pdf, consulté le 22-04-2016.
- Crasset O., *La santé des artisans au fil du parcours professionnel. De l'acharnement au travail au souci de soi*, thèse de sociologie, Université de de Nantes, UFR de sociologie, novembre 2014.
- Dodier N., « Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes du travail », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 4, 1986, p. 603-628.
- Fainzang S., *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Presses universitaires de France, 2012.
- Gresle F., « Indépendance professionnelle et protection sociale. Pratiques de classe et fluctuations idéologiques du petit patronat », *Revue française de sociologie,* 1977, 18-4. pp. 577-599.
- Guienne V. et Le Hesran A.-L., "Les bricolages singuliers de l'automédication Entre déterminations et émancipations", Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automedication et de ses determinants, 2015.
- Insee Premières, *« En 2007, les salariés à temps complet ont dépassé, en moyenne, les "35 heures" »*, N° 1249 – Juillet 2009.
- INSERM, *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*, Expertise collective, Paris, Inserm, 2011.
- Kocher-Marboeuf E., « La loi du 12 juillet 1966 sur l'assurance-maladie des travailleurs non salariés » in *Le patricien et le général. Jean-Marcel Jeanneney et Charles de Gaulle 1958-1969*, Vol.2, Vincennes, Institut de la gestion publique et du développement économique, 2003.
- Latil F. *et* al., « Le non recours aux prestations en santé. L'exemple des indemnités journalières (IJ) pour syndrome coronarien aigu au RSI », communication au colloque *Le travail indépendant : santé et conditions de travail*, Centre d'étude de l'emploi, 18 septembre 2013, Paris.
- Raynaud D., « Les déterminants du recours à l'automédication », *Revue française des affaires sociales*, 2008/1 (n° 1), p. 81-94.
- Coulomb A., Baumelou A., *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs*, Paris, La Documentation française, 2007, 32 p.
- Pouillard J., *L'automédication*, rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2001.

Self-Medication Practices Among Industrial Workers in Perm Region

Natalia Lebedeva-Nesevria (1, 2), Ekaterina Ryazanova (1)

1. Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies (FBSI "FSC MPHRMT") – Russie
2. Perm State University – Russie

Introduction

The studies of self-medication practices among workers in different countries are aimed mainly at analyzing human behavior in illness prevention, self-diagnostics, and selection of the treatment order. Such studies usually focus on unskilled or semi-skilled workers (e.g., migrants from different countries).

Many researchers have come to the conclusion that self-medication is the leading treatment practice among migrant workers.

P. Wickramasekera reports that a lack of medical insurance and government support force migrant workers from Asia to forego professional medical treatment (Wickramasekera, 2002).

In studies on self-medication practices among Latino migrant workers it is proved, that self-medication is not merely a pharmacological process, but a sociocultural one. When facing a health issue, the migrant workers rely on their own prior experience or the experience of family and friends, as well as family traditions and cultural preferences (Sánchez, 2014). J.S. Horton and A. Stewart, on the contrary, emphasize that occupational vulnerability, rather than lack of medical insurance or official documents, is the main factor that pushes the workers to self-medication (Horton et al., 2012). A study conducted by T. Naing et al. among factory workers, rubber tappers, and construction workers in Thailand showed that despite having free access to government healthcare facilities, legal migrants used self-medication for general illnesses. Care at a professional facility was sought out only for serious medical problems that occurred in the workplace, work-related lifestyle, and socioeconomic conditions (Naing et al., 2012). Y. Peng et al. indicated that the main reasons for self-medication among migrants in China were based upon socio-economic conditions and their level of income (Peng et al., 2010). According to Litdavone M. and Santhat S., stigmatization from healthcare providers was another important reason for using self-medication (Litdavone et al., 2007). A series of in-depth interviews with female garment factory workers in Lao PDR showed that even light obstetric symptoms made women start taking antibiotics, without prior consultation with a healthcare provider due to the fear of having to have an obstetric examination.

Factory workers in Russia have the best healthcare provision among other social groups.

Access to medical services and the right to receive information on health risks are stipulated by Russian law and set forth in the following regulatory documents: the Constitution of the Russian Federation, Federal Law N 323, the Labor code of the Russian Federation, Federal Law N 52, decree of the RF Ministry of Health and Social Development N 302n of 12.04.2011, etc. Such "special" provisions for this social group are determined, first of all, by professional health risks, the responsibility for which rests on the employer.

Consequently, in Russia, the factory workers who participating in the study contact the healthcare providers more frequently, and regularly undergo medical exams, including specialized screenings and health tests, without spending personal funds because they are paid for by the employer (plant). Each plant has a doctor's office on- site. Any worker can seek medical assistance, not only in the event of an on-the-job injury, but for any illness.

The hypothesis states that due to the aforementioned factors, the healthcare-seeking behavior of industrial workers is smarter, and the poor practices of self-medication including: taking drugs without a medical prescription (including those available over the counter in Russia) and self-diagnostics, are not common, etc. Industrial workers are exposed to combined production and non-production health risk factors. For this reason, workers shouldn't use self-medication because of the possibility of an error in self-diagnostics leading to misdiagnosing of a serious illness due to the lack of knowledge of the disease etiology.

Method

The study included a quantitative and qualitative stage. During the first stage, the empirical basis of the study included the results of the sociological surveys conducted in 2012-2013 at various industrial enterprises in Perm using uniform study methods.

The survey focused on the following workers: pumping plant operators, steel production crane operators, activation operators, screening operators, etc., oil and gas production operators, mining-excavation machinery operators, etc. A study in 2012 surveyed 259 oil field workers, in 2013 – 120 workers involved in potassium fertilizer production, and in 2014 – 85 metallurgical plant workers (mixed sample).

Initially, the general population was chosen from a population pool of those employed at the local industrial enterprises (approx. 198 thousand inhabitants) (Permstat, 2010). The sample included 464 people with a 5% margin of error at a 95% confidence interval.

Then the full list of industrial enterprises in Perm, serving as the primary sampling unit, was divided into four clusters.

Next, for each of the plants in the sample, a list of shops with a harmful and hazardous working environment was created. The list was used to determine the secondary units for random sampling. The sociological survey was conducted by handing out questionnaires at the workplace in a controlled environment. A set of investigation tools was developed to study the incidences of self-medication among industrial workers. The questionnaire was used to obtain data on health self-assessment, behavioral practices in regards to clinic visits, sick days, healthcare-seeking behavior for the different kind of illness in general, and medication usage (prescription-based and over-the-counter drugs).

In addition to self-medication practices, the questionnaire also sought information on socio-demography and socio-economic statuses of the surveyed groups of workers (gender, age, education, marital status, and income).

Data processing was performed using SPSS 23.0 for Windows.

The second stage of the survey served to gain a more detailed understanding of the results obtained at the qualitative stage. For this purpose, integration of the classification strategy and multiple case studies with generalization of the results were used. Several workers at each plant (one plant – one case) were interviewed in depth (three interviews at each plant). The respondents were selected based on their position (shop manager, supervising foreman, and worker) in order to get a good representation of the primary selection units from the quantitative stage of the study. During the interviews, a specially developed guidebook was used.

Results and discussion

The surveyed group was comprised of 89.2% men and 10.8% women; such gender distribution was determined by the nature of work.

The majority of the respondents were middle-aged. As for the age groups, 13.1% of the respondents were aged 18-25; 32.1% were aged 26-35; 32.8% were aged 36-45; 19.8% were aged 46-55, and 2.2% were aged 55+.

More than half of the respondents (55.4%) were graduates of vocational schools; 28.3% of the respondents had a university degree; 4.6% received basic skills education; and 10.7% had only a high school diploma (10-11 grades).

The level of income among the respondents was rather low: the average monthly income per family member was under 10,000 rubles (about 230 Euro[1][1]) in 33% of the respondents; 22.4% had an income of 10-15,000 rubles (231-346 Euro); 17% had an income of 15-20,000 rubles per month (347-461 Euro); and 17.7% had an income of more than 20,000 rubles (>461 Euro).

The survey results showed that 90% of the respondents assessed their health positively, including 19% that assessed their health as good. Meaning, they rarely get sick and usually feel well. Only 6% reported feeling unwell and sick.

However, the incidences of the common cold and flu throughout the year and the recurrence of chronic illnesses suggest a different situation. In reality, 59.1% of the respondents had truly good health (they had a cold less than once or one to two times a year, and do not have chronic diseases), and 35.2% have rather good health (they have a cold less than once a year or one to two times a year, and had chronic conditions that occurred less than once or one time a year). It is necessary to take note that chronic conditions by themselves indicate an unfavorable health situation. However, in the event of infrequent occurrences, an illness is considered to be monitored and controlled, which indicates smart health behavior. At the same time, among the 35.2% of the respondents whose health is referred to as “rather good”, 31.4% have chronic conditions with acute exacerbations one or two times a year. It is clear that self-assessment does not match the

1 The average exchange rate of Euro to Ruble was calculated for 2011-2014; it totaled 43.32 Rubles.

actual state of health, and that the respondents tend to embellish the situation. Oil field workers are more likely to describe their health as "poor" more often than other respondents (8%). Also, more of them (25%) have chronic conditions (B = 0.266; p <0,001). Potassium industry workers give a negative assessment of their health in 2% of cases, and metallurgical workers – in 1% of cases (B = 0.256; p <0,001).

About 31.2% of the respondents prefer to not go to the doctor. They dismiss it as not being a serious illness. Worker P: "*Everyone suffers from colds and headaches, including me, why go see a doctor?"* An additional 9.3% do not trust the Russian healthcare system and medical providers in general. Worker S: "*I do not trust our doctors"*. Foreman V: "*They are all charlatans, whom can they cure?"* Most of the respondents (51%) go to a doctor willfully only in the case of serious health problems and when they realize that they cannot cope on their own. And only 8.5% of the respondents visit a healthcare facility at will; they trust healthcare providers completely and rely on their experience.

To treat a minor ailment, 26.4% of the respondents prefer traditional remedies (herbal teas, infusions, compresses, etc.). Hoping that the symptoms will go away by themselves, 13% of the respondents do not do anything at all. Almost a third (32.8%) take medicine without a prescription. Self-medication with drugs is common among 38.5% of the oil field workers, 31% of the potassium industry workers, and 18% of the metallurgical industry workers. Almost a fifth of the respondents (19%) seek advice about the effects and action of a drug from relatives and friends, and 12.3% look up information online. Television commercials serve as a source of medical information for 3.1% of the respondents, and 5.4% read specialized literature (for example, a drug reference book). A pharmacist is also considered a reliable medical informant. Worker N: "*I describe my symptoms to a sales associate at the pharmacy, and they give me recommendation on what to take*".

A temporary disability note (sick note) is asked for at the clinic only in the event of serious health problems. And 5.6% of the respondents do not ever ask for a sick note.

It is interesting that the analysis did not show any statistically significant differences in the answers of the respondents of different ages, educational backgrounds, or income.

A high rate of self-medication in the surveyed group rejects the hypothesis that there is a connection between mandatory healthcare services and a non-existent need to refer to other treatment means and methods.

In-depth interviews with the plant workers and the analysis of the interview texts (transcripts) helped to reveal the reasons of the current situation.

The first reason is a lack of corporate responsibility from Russian enterprises and the prioritization of economic interests. For example, one of the indicators of a plant's effectiveness in protecting its workers is the number of detected occupational illnesses. Since a plant is responsible for its employees' health, this indicator shows economic efficiency rather than a plant's efforts in health protection. The more occupational illnesses are revealed, the higher the corporate expenditures on employee health compensation, which is not economically effective. Shop manager S: "*When we pass a medical exam, the occupational specialist solely concludes whether a person can or cannot work under a health factor, but (s)he does not further investigate the factor. If the MAC for the factor is observed, and an employee has a counter-indication, then (s)he is not permitted to work*

here". Workshop manager A: "*A plant does not need occupational illnesses. Once I was told by a labor protection specialist, 'I don't want to see anyone with medical counter-indications in your shop'. If any are detected, the employee can be fired."*

Another factor that impacts an employee's willingness to visit a healthcare facility is the complicated procedure for determining whether an illness is job-related. Any other cause of an illness is disadvantageous because it can result in being fired without any compensatory payments. Worker S: "*Documenting a job-related illness is a huge issue. A plant does not want to pay for an occupational illness. From what I know, occupational illnesses are a no-no. To prove that your medical condition is job-related, you have to prove that you are a walking corpse."*

Fear of lost wages (plant workers try to avoid sick leave) is another reason for non-traditional, self-medication. This concerns, primarily, the workers who have been employed for less than eight years. Those who have been employed between 5 and 8 years, get 80% of their regular pay for sick leave, and those with less than 5 years of employment – 60%.

Nevertheless, even the employees who receive 100% of regular pay for sick leave, rarely report illnesses because they do not want to lose overtime and extra work shifts. Shop manager R: "*I have three employees, and they never have days off. I am trying to explain to them that if they burn out, they won't be needed. They are told not to come to work, but they still do"*.

Since the socio-economic status of the surveyed group is pretty low, any unpaid workday has a serious impact on the family budget.

This also results in the workers' hiding their medical condition from the employer to keep their job and not lose money.

The second reason for a high rate of potentially harmful self-medication practices stems from a socio-psychological reason. Worker S: "*You don't think about your health until you're hurting. Nothing was hurting in me until I turned 50"*. It is likely that the workers try to receive as many benefits as possible that they are eligible for, depending on the class of hazard. Foreman R: "*People do not take good care of their health. They just don't care"*.

The above examples demonstrate a well-established set of factory worker values, which is based upon financial well-being. The workers that do not care about their health primarily include those with a low socio-economic status. Among those are village residents who have come to work in a bigger town. These are unskilled workers who look for any opportunity to make money, especially since most of them have families to support. Secondly, these are people who demonstrate spontaneous consumer behavior: they buy goods with total disregard for prices and budgeting. They take several big bank loans to buy a car, expensive gadgets, etc. which they cannot afford. As a result, they take on extra work shifts and do not go on sick leave. Thirdly, these are people who are approaching retirement age. For them, "*working until retirement in order to afford one"* is more important than health. Shop manager A: "*These workers cannot do any other job. And it is too late for them to get a new profession"*.

Conclusions

The following measures need to be taken in order for employees to be more responsible about their health. First, improvements are needed to the regulatory and legal framework that regulates the labor policy of industrial enterprises in order for them to increase their corporate responsibility. The plant's efforts to reach a low number of occupational illnesses detected presents a conflict of interest between the employer and the worker. Secondly, it is necessary to increase employee understanding of health issues and have them prioritize health over financial well-being.

References

- Decree of the RF Ministry of Health and Social Development N 302n of April, 12, 2011 "On the adoption of the list of harmful and (or) hazardous workplace factors and work that requires primary and regular medical screenings (exams), and procedures for the mandatory primary and regular medical screenings (exams) of workers involved in hard labor or those exposed to harmful and (or) hazardous workplace factors".
- Federal Law N 323 of November 21, 2011, On health protection in the Russian Federation.
- Federal Law N 52 of March 30, 1999, On sanitary and epidemiological health and well-being general population of the Russian Federation.
- HORTON S., STEWART A., 2012, Reasons for self-medication and perceptions of risk among mexican migrant farm workers. *Journal of immigrant and minority health*, no 14, pp. 664-672.
- Labor code of the Russian Federation of December 31, 2001 (Federal Law N 197, 2001).
- LITDAVONE M., SANTHAT S., 2007, Antibiotic self-medication for treatment of reproductive tract infections (RTIs) among female garment factory workers in Lao PDR. Thesis (M.A. (Health Social Sciences)), Mahidol University.
- NAING T, GEATER A, PUNGRASSAMI P., 2012, Migrant workers' occupation and healthcareseeking preferences for TB-suspicious symptoms and other health problems: a survey among immigrant workers in Songkhla province, southern Thailand. BMC Int Health & Hum Rights. Available at: http://old.biomedcentral.com/1472-698X/12/22/abstract
- PENG Y., CHANG W, ZHOU H. et al., 2010, Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. BMC Health Services Research. Available at: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/69.
- Perm Region in figures. A short collection of statistical data, 2010, Perm, Regional authority of the Federal State Statistics Service in Perm Region (Permstat).
- SÁNCHEZ J., 2014, Self-Medication Practices among a Sample of Latino Migrant

Workers in South Florida. *Front. Public Health*. Available at: http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2014.00108.

- The constitution of the Russian Federation (adopted by national referendum on December 12, 1993) (accounting for the amendments introduced by RF Law about the amendments to RF Constitution 30.12.2008 N 6-FCL, of 30.12.2008 N 7-FCL, от 05.02.2014 N 2-FCL, of 21.07.2014 N 11-FCL).
- WICKRAMASEKERA, P., 2002, Asian Labour Migration: Issues and Challenges in an Era of Globalization. International Migration Papers, Geneva.