

Pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé dans la Commune V du District de Bamako

Moussa FOFANA,

Maitre-Assistant en anthropologie de la santé, Enseignant-chercheur à
l'Institut des Sciences Humaines de Bamako (ISH),
moussa2012fofana@yahoo.fr

Résumé

Au Mali, les pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé constitue un problème de santé publique et social. C'est cette double problématique que cet article a exploré pour expliquer les comportements des acteurs en lien avec les médicaments pharmaceutiques industriels. L'objectif de cet article est de cerner les logiques qui animent les acteurs à recourir aux médicaments pharmaceutiques industriels. Nos recherches s'appuient sur une enquête ethnographique. En fait, les entretiens semi-directifs réalisés avec des acteurs ont permis de montrer deux logiques sociales, les soins curatifs et les pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé. Ainsi, les résultats obtenus révèlent que les usages de médicaments pharmaceutiques font apparaître des enjeux mercantiles de l'objet et soulignent une consommation des produits pharmaceutiques importants et qui se font sur le mode de l'automédication. Le mode curatifs, préventifs et de maintien de la santé sont loin d'être conformes aux recommandations de la biomédecine. Les résultats révèlent aussi le besoin de précaution en vue de garder les moyens économiques déjà limités à la disposition d'autres besoins vitaux. De l'autre, le besoin de conserver de la santé et la nécessité de la protection contre le mal sous ses diverses formes d'expression. C'est cette situation qui oblige les populations à développer une culture médicale autogérée à domicile en consommant les médicaments pharmaceutiques industriels informels sur le mode de l'automédication. Ces produits pris sans avis médical présentent potentiellement de dangers pour la santé.

Mots clés : évitement de maladies, maintien de la santé, pratiques, Bamako (Mali)

Abstract

In Mali, disease avoidance and health maintenance practices constitute a public and social health problem. This article explores this dual issue to explain the behaviors of stakeholders in relation to industrial pharmaceutical drugs. The objective of this article is to identify the rationales that motivate stakeholders to use

industrial pharmaceutical drugs. Our research is based on an ethnographic study. In fact, the semi-structured interviews conducted with stakeholders revealed two social rationales: curative care and disease avoidance and health maintenance practices. Thus, the results obtained reveal that the uses of pharmaceutical drugs highlight the commercial aspects of the product and underscore significant consumption of pharmaceutical products, often through self-medication. Curative, preventive, and health maintenance practices are far from conforming to biomedical recommendations. The results also reveal the need for caution in order to preserve already limited economic resources for other vital needs. On the other hand, there is the need to maintain health and the necessity of protection against illness in its various forms. This situation compels populations to develop a self-administered medical culture at home by consuming informal, industrially produced pharmaceuticals through self-medication. These products, taken without medical advice, potentially pose health risks.

Keywords: Disease prevention, health maintenance, practices, Bamako (Mali)

Introduction

Au Mali, les populations consomment des médicaments pharmaceutiques industriels en automédication lorsqu'ils sont malades ou qu'ils perçoivent chez leurs enfants des troubles physiques ou psychologiques. Ainsi, la diffusion de ces produits s'est fait par le biais de l'entreprise coloniales et des missionnaires religieux, date des années 1930-40 (Dozon, 1985 ; Commeyras, 2005). Les populations des pays d'Afrique francophones perçoivent très vite l'intérêt et l'efficacité de ces produits pharmaceutiques industriels. La quinine, les premiers sulfamides et pénicilline permettent des guérisons rapides et spectaculaires. Les anthropologues mettent en évidence que les personnes font des médicaments sans nécessairement porter d'intérêt au système de santé qui les encadre (Desclaux, 2001). De fait, Alexander Alland fait remarquer, à la fin des années 1970 en Côte d'Ivoire, que « les médecins et les professionnels de la santé étaient perçus comme des « accessoires non nécessaires » pour l'utilisation des médicaments » (Van Der Geest et Whyte, 2003 : 97). Sylvie Fainzang, dans les années 1980 a mis en évidence qu'en milieu rural Burkinabé, « au dispensaire, il y a coïncidence entre le nombre de

consultants décroît au fur et à mesure que le stock de médicaments s'épuise » (Fainzang, 1985 : 120-121). Ces premiers constats conduisent les anthropologues à s'intéresser avant tout aux manières selon lesquelles les populations locales s'approprient les médicaments pharmaceutiques industriels. Sont ainsi étudiées l'intégration de ceux-ci aux représentations locales de la santé et les maladies et l'interprétation, sous ce prisme, de leurs effets. Les littératures anthropologiques qui mettent en évidence les spécificités des perceptions locales dans les années 80 sont particulièrement fécondes et heuristiques (Augé et Herzlich, 1984/1994 ; Bonnet, 1985 ; Fainzang, 1985), les anthropologues du médicament ont tout d'abord prolongé ces analyses. Est ainsi étudiées, dans différents contextes, l'incorporation des médicaments à des traditions médicales dont les notions différentes de la biomédecine (Van Der Geest et Whyte, 1988). Les liens que les individus entretiennent avec les médicaments sont construits comme une « appropriation culturelles et sociale, non pas d'une façon de penser la santé mais bien d'une sorte de technologie thérapeutique » (Whyte, 1992 : 165).

Ainsi, les travaux de ces dernières années ont mobilisé le concept de *réinterprétation culturelle*. En effet, Caroline Bledsoe & Monica Goubaud (1988), l'*indigénisation* et la popularisation des médicaments (Van Der Geest et Whyte, 1988 ; Etkin et Tan, 1994) afin de comprendre le phénomène de pratiques d'évitement de maladies et de maintien en bonne santé. Ces travaux décrivent des phénomènes tels que la dénomination populaire, au moyen de terminologies empruntées aux langues locales telles que : *béré bila* : qui signifie en langue bambara « laisse le bâton » sont utilisés pour désigner un médicament qui soulage les douleurs), du *dafurukubanin* « grosses joues » des médicaments et le détournement de l'usage de ceux-ci par rapport aux recommandations biomédicales (Van Der Geest et Whyte, 1988 ; Jaffré, 1999 ; Touré, 2005). La perspective culturaliste de

premiers travaux de l'anthropologie du médicament qui, tout comme l'ensemble de la discipline, avait tendance à sur-interpréter les pratiques locales par la culture. Pourtant, il semblerait que les médicaments pharmaceutiques aient une influence sur les représentations en matière de santé et de maladies. De longue date, les liens entre les médicaments, quels qu'ils soient, et la définition professionnelle ou populaire des pathologies sont reconnus (Urfalino, 2007). En effet, les études réalisées sur le continent ont montré comment certaines entités nosologiques populaires, telles que celles se rapportant aux diarrhées infantiles et aux maladies sexuellement transmissibles, sont définies non par une étiologie ou symptomatologie mais par un traitement pharmaceutiques (Haxaire, 2003). Dans ce contexte, la biomédecine n'a cessé de s'imposer face aux autres pratiques thérapeutiques. Le nombre de structures de santé, publiques comme privées, ainsi que celui des différentes catégories de professionnels de santé sont en constante augmentation. Ainsi, la présence de médicaments est plus forte à travers le marché informel du médicament. Alors, face à ce phénomène, les représentations scientifiques et biomédicales aient un impact sur les savoirs populaires en cours. Le caractère marchand du médicament, sa production mondiale et le système de commercialisation dont fait l'objet, doivent aussi apporter leurs influences. Ainsi, sur un plan, les pratiques, à l'image de la notion de trajectoires thérapeutiques, abondamment documentée dans les travaux anthropologiques des années 1980 à 90 (Augé et al, 1994 ; Massé, 1995 ; Benoist, 1996 ; Sturzenegger, 1999), passant au préalable par l'automédication qui permette de calmer les douleurs, de patienter en attendant de consulter un spécialiste. Ces pratiques de l'automédication, d'évitement de maladies et de maintien de la santé sont décrites par certains auteurs comme étant « *naturelle et fréquent chez l'homme* » et ajoute que les raisons n'en sont pas exclusivement et essentiellement économiques » (Molina, 1988 : 31). Les habitudes de la prévention

sanitaire sont reconnues et acceptées dans toutes les sociétés humaines comme une valeur en rapport avec l'éthique collective. Malgré, la grande diversité des formes ou variantes socio-culturelles, elles visent la protection de soi par une multitude d'acte de soins (Saillant, 1997). Cette pratique, qui consiste à consommer des médicaments sans l'avis préalable d'un professionnel de la santé, est répandue de par le monde mais, en raison de sa prégnance dans ces sociétés, elle a été particulièrement étudiée dans les pays du « Sud » (Van Der Geest et al, 1988 ; Kamat et al, 1998).

Dans les pays francophones d'Afrique, l'automédication pratiquée avec des médicaments pharmaceutiques industriels s'associe aussi à celle qui emploie des feuilles, racines et écorces végétales ainsi que certaines denrées alimentaires, pour constituer le premier mode de recours aux soins que pratiquent les individus face à un épisode morbide (Franckel, 2004). Elle est présentée comme la partie immergée de l'« iceberg thérapeutique », une étape quasi-obligatoire des itinéraire thérapeutique, quelles que soient les pathologies considérées (Werner, 1996). Les médicaments pharmaceutiques industriels sont, dans ces pays, consommés de manière importante en automédication. A travers une enquête qu'il a menée dans les années 90 à Pikine, ville périphérique de Dakar, l'anthropologue Jean-François Werner rapporte que dans 80% des cas, le traitement est consommé à la maison au moyen de médicaments pharmaceutiques industriels et que pour 57% des situations observées, le recours aux soins s'arrête là et ne franchit ainsi pas les limites de l'espace domestique (Werner, 1996). Des études menées au Sénégal et au Cameroun attestent aussi cette réalité (Commeyra, 2005 ; Monteillet, 2006). Les pratiques d'automédication sont, dans la littérature, souvent associées au phénomène du marché informel du médicament (Van Der Geest, 1982 ; Baxerres et al, 2004). Néanmoins, si l'on sort de la définition restrictive de l'automédication présentée ci-haut, il apparait que, outre les membres de la famille, du voisinage, des

amis et éventuellement les vendeurs informels de médicaments, de nombreux professionnels de la santé non habilités pour cela ou dont les pratiques sortent d'un cadre formel influencent les pratiques de consommation pharmaceutique des individus (Jaffré et al, 2003). Dans les sociétés occidentales, Sylvie Fainzang a mis en évidence certaines pratiques relevant de la prescription mais qui s'apparentent plus à de l'automédication. C'est le cas lorsque les patients suggèrent à leur médecin la prescription de certains médicaments qu'ils réservent à l'un de leurs proches ou dont ils souhaitent différer l'usage (Fainzang, 2002). Ainsi, les notions d'automédication et de prescription ne s'excluent, dans les perceptions des individus, pas toujours. Anne-Catherine Menétrey et al, (2001) montrent que la barrière « traditionnelle » délimitant l'une de l'autre aurait même tendance, ces dernières années, « à voler en éclat » (Menétrey et al, 2001). L'étude des transformations des savoirs et usages populaires du médicament, en cours permettra de faire la part de la prescription et de l'automédication, de mettre en évidence le sens que ces pratiques revêtent pour les individus ainsi que les liens qu'elles entretiennent avec les circuits de distributions des médicaments existants dans ce pays. L'automédication, après avoir surtout attiré l'attention des chercheurs en sciences sociales exerçant dans les pays du « Sud », constitue depuis plus d'une vingtaine d'années un objet d'étude des sociétés occidentales (Vuckovic et al, 1997 ; Fainzang, 2001). Dans ces contextes, elle traduit, selon certains analystes, un renforcement des capacités des individus (« empowerment ») face aux soignants jusqu'alors tout puissants (Fainzang, 2001 ; Haxaire, 2002). Dans les pays Francophones d'Afrique d'autres auteurs décrivent des phénomènes analogues en raison des échecs des politiques sanitaires des Etats qui obligent les populations à développer une culture médicale autogérée (« a self-help culture of medecine ») (Van Der Geest et al, 1996). Les descriptions et analyses pourront ainsi être confrontées à un contexte plus global et à des pratiques pharmaceutiques répandues à travers le monde.

Le milieu urbain où tout se concentre et interagit, est favorable à cette étude.

Les médicaments sont aussi consommés pour éviter les maladies et pour se maintenir en bonne santé ou en forme, cela n'avait été anticipé, malgré la littérature anthropologique existante sur cette question (Molina, 1988 ; Aiach et al, 1992 ; Bonnet et al, 2003). Ces pratiques ne sont d'ailleurs pas couramment mises en avant et il est plus fréquent d'entendre, comme le souligne Sylvie Fainzang, des présupposés sur l'absence de comportements préventifs, au sens où l'entend la santé publique, de la part des « populations africaines » (Fainzang, 1992). Il en est, bien évidemment, en réalité et de longues dates tout autrement. L'historien, Elikia Mbokolo a montré l'importance accordée, dans les sociétés africaines, pour le moins depuis le 18^{ème} siècle, au maintien de la santé et de la prévention (Mbokolo, 1994). De même l'anthropologue de la santé, Jean-Pierre Dozon a montré globalement que « la prévention » est un universel », inhérente à toutes les cultures et tous les systèmes sociaux (Dozon, 1992 : 28). En dépit des apports de la littérature, le concept de *réinterprétation culturelle* reste limité pour étudier le phénomène de pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé dans ce contexte. C'est pourquoi nous avons privilégié le concept de culture médicale autogérée (« *a self-help culture of medecine* ») creusé par Van Der Geest et al (1996) qui met en avant l'importance de la dimension culturelle médicale autogérée face aux problèmes de santé/maladie. Ainsi, se poser la question de l'offre de médicaments pharmaceutiques industriels, importe de caractériser la forme que prend actuellement le système pharmaceutique et d'évaluer les implications de celle-ci. Du public au privé en passant par l'informel constituent-ils trois réalités dans le système ? Il convient d'interroger la place qu'occupe le marché informel du médicament. Cela permettra d'enrichir la causalité de ceux-ci et d'améliorer les problèmes de santé et de maladie. Le système social de Bamako intègre cette dimension.

Dans une perspective anthropologique, cette étude ambitionne de comprendre le pourquoi des pratiques de soins préventifs et de maintien de soi en bonne santé au sein des familles. Ainsi, tous ces constats nous conduisent à poser les questions suivantes : quelle est l'actualité des pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé chez les populations de la Commune V du District de Bamako ? L'objectif principal poursuivi dans cet article est de cerner les pratiques d'évitement de maladies et éventuellement de maintien en bonne santé dans la Commune V du District de Bamako. Ainsi, les objectifs spécifiques se dégagent :

- analyser les logiques qui expliquent le recours aux médicaments pharmaceutiques industriels de populations de la Commune V du District de Bamako ;
- identifier les trajectoires des acteurs en quête de médicaments pharmaceutiques ;
- étudier les prix de ces produits pharmaceutiques industriels ;

Nous dégageons à partir de la question de recherche les hypothèses suivantes :

- ✓ les populations ont accès aux médicaments pharmaceutiques industriels ;
- ✓ les populations reconnaissent l'efficacité des produits pharmaceutiques face aux maux dont-elles souffrent quotidiennement ;
- ✓ les pouvoirs d'achat des populations sont faibles pour s'acquérir des produits de pharmacies jugés trop chers ;

I. Méthodologie de recherche

Méthodes et outils de collecte de données

La méthodologie qui est utilisée ici repose essentiellement sur la démarche qualitative par entretien approfondi, descriptive et analytique. L'approche qualitative a permis de comprendre, les pratiques locales autour de pratiques d'évitement de maladie et de maintien en bonne santé. Pour ce faire, des entretiens individuels et semi-directifs ont été réalisés auprès de familles urbaines identifiées et retenues dans le cadre de cette étude. L'étude a concerné un total de 46 personnes. L'échantillon est constitué de 27 femmes et 19 hommes. Dans ce contexte, face au problème de santé, les individus font recours aux produits pharmaceutiques industriels informels en automédication sur les recommandations de leurs prédécesseurs. De fait, les participants à cette étude sont issus de groupes ethniques différents. La majorité était de confession musulmane. En effet, l'instrument qui convient pour la collecte de données est le guide d'entretien de type semi-directif. Comme l'ont montré Moriké Dembélé et ses collaborateurs (2022 : 45), cette étude porte ainsi sur le pan de la culture, et de ce fait l'entretien semi-directif permet de saisir de manière approfondie les enjeux de pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé avec en toile de fond les représentations de la maladie. C'est ainsi que le rappellent Yannick Jaffré & Jean-Pierre Olivier de Sardan :

« L'entretien reste le mieux privilégié, souvent le plus économique pour produire des données discursives donnant accès aux représentations émiques, autochtones, indigènes, locales. Ce sont des notes d'entretiens qui constitueront la plus grosse part du corps de données de l'anthropologue » (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

Pour réaliser ces entretiens, les individus ont été consultés pour leur consentement à l'étude, l'anonymat de réponses données était de mise. En tout cas, enquêté dans son propre milieu ou sa culture ne va pas de soi, il soulève un problème de « subjectivité » dans la démarche ethnographique et de faire le départ entre « la subjectivation objective de la subjectivité » et « l'objectivation subjective de l'objectivité » (François-Marie, 2017). Comme le souligne Florence Weber (2009), il est question d'appréhender le terrain dans une double dimension de rapprochement et de distanciation scientifique pour ne tomber dans le piège de l'appartenance culturelle. L'étude de terrain qui s'est déroulée entre octobre et janvier 2025 a concerné la Commune V du District de Bamako. Comme l'ont montré Alain Blanchet & Anne Gotman (1992), le déroulement de l'enquête a pris trois paramètres : le temps, le lieu et le rapport enquêté (e)/enquêteur :

« La programmation temporelle, la scène et la distribution des acteurs. La programmation temporelle définit la tranche horaire de l'entretien et notamment la façon dont il s'inscrit dans la séquence des actions quotidiennes des interviewés. L'influence de ce moment d'insertion temporelle de l'entretien dans la quotidienneté s'exerce à travers la contamination du discours par les représentations et actions précédentes » (Blanchet & Gotman, 1992).

Les acteurs sont identifiés et ont été rencontrés pour des entretiens après consentement et le lieu de leur choix. Ce choix permet à l'enquêté (e) de sentir à l'aise et de s'exprimer librement.

II. Les pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé

Dans ce contexte social, la situation sanitaire est perçue et jugée normal en absence de maladies ou de signes physique ou cliniques

d'affection. L'intérêt de prendre de mesures essentielles de prévention de maladies, au maintien d'un équilibre sanitaire, convoité n'est pas socialement relié aux causes objectives des maladies, qu'elles soient courantes, connues ou non au sein des familles urbaines, on ne parle pas ici de ce qui cause une maladie en vue de rechercher comment prévenir, mais plutôt d'une interprétation des premiers signes pour opter pour une démarche prophylactique. Aussi, le comportement préventif consiste le plus souvent à mettre en valeur de connaissances pharmaceutiques dans l'espoir de se maintenir, se protéger ou satisfaire à une préoccupation spécifique de santé. Le tout se joue sur l'information dont dispose les familles en milieu urbain. Ainsi, sur la base d'information détenue sous formes de connaissances applicables se réalisent les soins préventifs dans la plupart des cas. Ce qu'il convient d'appeler « auto-prévention » prend la forme d'une simple médication auto-conduite dans le but d'anticiper sur de probables maladies. Comme le rappelle l'anthropologue Laurent Chilliott, il importe de révéler que le caractère curatif ou préventif assigné à un traitement dépend moins du médicament employé que du contexte dans lequel celui-ci s'emploie, ce qui explique les doubles emplois (Chilliott, 2003). En développant des conduites peu recommandées, sans mesures agissantes sur les facteurs de risque au sein des familles, les individus considèrent plus la prévention par rapport aux remèdes et non pas sous l'angle de la limitation des germes responsables des diverses affections.

2.1. Les pratiques d'évitement de maladies comme motif de recours aux soins

Les familles apprécient le coût de la santé, le prix de la maladie, déduisent globalement que la réparation en matière de santé et de maladie coûte plus chère que les soins préventifs. Dans ce contexte, elles adoptent différentes pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé. Comme le rappelle Didier Fassin (1992) : « *les besoins de santé saine par voie préventive est*

un moyen de continuer à vivre, déjà que se soigner surtout lorsqu'on est pauvre n'est pas une expérience des moindres » (Fassin, 1992 : 160). En s'appuyant sur les travaux de Moussa Fofana & Oumarou Arou (2025), les pratiques de prévention contre les maux relèvent de différentes logiques (cultes, rituels de protection magiques, port de gris-gris, pratiques de soins du corps (Fofana & Arou, 2025 : 96), au nombre desquelles s'ajoute la consommation de médicaments pharmaceutiques industriels en vue d'éviter la maladie et de se maintenir en bonne santé. En suivant la ligne d'analyse de Sylvie Fainzang qui a montré que l'acception universelle de la notion de prévention est « indissociable de l'ensemble des conduites tant individuelles que collective ». Elle répond à la « *volonté d'agir conformément à la loi sociale* » et « *se construit en relation avec la notion de responsabilité* » (Fainzang, 1992 : 19-22). Les pratiques préventives de consommation de médicaments se réalisent globalement sur le mode de l'automédication. Le fait que les maladies naturelles sont « traditionnellement perçues comme s'exprimant à certains moments, en fonction d'une exposition particulière à des intempéries ou au moment de périodes spécifiques de la vie, rend tout à fait logiques les pratiques préventive de consommation de médicaments. Ceux-ci sont par exemple utilisés de manière à fortifier le sang et à maintenir le ventre propre. Il s'agit de renforcer globalement le corps, de le rendre moins vulnérable à la maladie. Le bien-être est ici associé au corps biologique. Alors, ces médicaments sont administrés aux personnes considérées comme vulnérable telles que les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. Ces pratiques de maintien en bonne santé sont, dans les perceptions populaires, fortement liées à des comportements préventifs. Comme le dit A.D : « *C'est pour que mes enfants ne tombent pas malade. Je veux qu'ils soient en bonne santé, c'est ça mon souhait* » (A.D, 33 ans, mère d'enfants). Les maladies naturelles étant perçues comme permanentement présent dans l'organisme des individus, ces comportements relevant du curatif.

Il s'agit de « faire retarder les maladies » tel que plusieurs participants à cette étude l'ont montré au cours de l'enquête. Il n'est toujours pas facile de distinguer les soins curatifs de ceux préventifs et ceux promouvant la santé. La consommation des vermifuges, par exemple, largement encouragées par les acteurs de la santé, est perçue comme curative (laver le ventre des saletés, etc.) et préventive (ces saletés provoquent de maladies telles que la diarrhée, le palu, etc.). Les mères de familles qui administrent des médicaments à un des enfants qui est malade profite également de donner de manière préventive aux autres enfants de la famille. Alors, il s'agit parfois de prévenir, par la consommation de médicaments, une maladie que plusieurs signes annoncent déjà, même s'ils ne constituent pas forcément, au sens biomédical, des symptômes.

Aussi, un participant à cette étude a décrit comment il avait consommé des comprimés de chloroquine trois fois par jour pendant quinze jours parce que la couleur de son urine était foncée. Une mère de famille a administré de comprimés de fer parce qu'elle a constaté que les yeux de son enfant étaient tout blanc montrant selon elle les signes de l'anémie. Comme le rappelle l'anthropologue Sylvie Fainzang dans les années 1990 à la question de prévention telle que la santé publique la conçoit : *« un ensemble de procédures destinées à empêcher l'apparition de la maladie chez l'individu ou, formulé plus positivement à promouvoir sa santé »* (Fainzang, 1992 : 18). Il apparaît que les perceptions que les populations portent tout au moins lorsqu'elles passent par la consommation de médicaments pharmaceutiques industriels, n'en sont pas si éloignées. Toutefois, un aspect curatif y est également associé.

2.2. Des circuits d'accès aux médicaments pharmaceutiques industriels

Les anthropologues qui étudient le phénomène du marché informel du médicament insistent sur sa grande adaptabilité aux réalités sociales, culturelles et économiques. La proximité sociale et

culturelle des lieux et des acteurs de la vente vis-à-vis des populations est décrite comme facilitant l'accès aux médicaments. L'anthropologue de la santé, Didier Fassin explique, à ce sujet, qu'« à la différence des pharmacies, espaces fermés (par des murs), étrangers (par leurs produits comme par leur conception architecturale) et fonctionnels (pour le seul commerce), les lieux de la vente illicite appartiennent à l'espace ouvert, familier et socialisé de la rue, des places et des marchés » (Fassin, 1992 : 96). Augustin Pale & Joël Ladner mettent en évidence que se crée une relation de confiance entre les vendeurs informels et leurs clients (Pale et al, 2006). Sjaak Van Der Geest précise qu'une des raisons de « la popularité des vendeurs de médicaments est que la distance sociale entre eux et leurs clients est bien plus étroite que dans le secteur formel » (Van Der Geest, 1987 : 297). Globalement, le fait que les vendeurs parlent la même langue, c'est-à-dire le Bamanankan que leurs clients et qu'ils adhèrent aux mêmes représentations de la santé et des maladies est aussi souvent avancé par les analystes comme Claudie Haxaire (2003) et Carine Baxerres et al (2006). A Bamako, la langue Bambara est majoritairement parlée dans les officines et les centres de santé. De fait, ces produits pharmaceutiques industriels ou pharmacies de la bassine sont avant tout des médicaments de proximité culturelle, instaurant une continuité parfaite entre une pathologie ou un problème de santé ressenti et son traitement. La proximité sociale et culturelle des vendeurs informels de médicaments vis-à-vis des populations est également apparue dans cet article. Des liens se tissent et de confiance s'instaurent entre les acteurs. Les représentations de la santé et des maladies des vendeurs et des clients sont très proches. Il ressort de cette étude que ce sont plus de facilités d'accès aux médicaments qui poussent les populations à recourir aux marchés informels de médicaments pharmaceutiques industriels contrairement ceux de pharmacies des officines. Dans la lignée de l'anthropologie économique, Florence Weber (2000) rappelle pour sa part que « la présence ou

l'absence de monnaie dans un échange ne dit rien sur la nature de cet échange » (Weber, 2000 : 85) et qu'il convient de ne pas confondre « transaction marchande et transaction monétaire, nature de la relation (marchande ou personnelle) et moyen de paiement (espèce ou « nature » (Weber, 2000 : 86). La marchandisation monétaire, pour sa part, est décrite comme étant liée à l'avènement du système capitaliste, à l'industrialisation, au phénomène de la consommation de masse (et souvent de la surconsommation) qu'il implique et à l'essor corolaire du marketing. Mark Nichter (1996) utilise à ce sujet, le concept de *cosmopolitical medicine* pour signifier que les médicaments conduisent à l'incarnation (*embodiment*) du capitalisme (Nichter, 1996 : 298). Comme le rappellent les anthropologues du médicament, il est question de considérations financières qui sont mises en avant que le médicament comme moyen qui conduit à la marchandisation de la santé (Van Der Geest, 1987 ; Nichter, 1996 ; Desclaux & Lévy, 2003). Même si les médicaments vendus aux marchés informels sont à des coûts très abordables à ceux de pharmacies des officines et des centres de santé, les populations perçoivent généralement le marché informel comme étant accessible que le secteur formel de vente de médicaments. Ce qui se révèle vrai pour les « médicaments commerciaux » de la catégorie « français » ou « de la pharmacie. Les médicaments du Nigeria, Togo et du Ghana sont, eux, indéniablement proposé à bas prix.

En plus, du prix très bas, les facilités d'achat et une certaine flexibilité de la vente constituent autant des attraits essentiels de ces marchés informels. Ce qui permet de vendre des médicaments au détail et parfois à crédit aux clients les plus fidèles. Dans une étude menée par l'anthropologue Sjaak Van Der Geest dans le Sud du Cameroun, la vente au détail est apparue comme le premier facteur explicatif du recours au marché informel : « *les clients peuvent acheter juste le peu qui convient à leur besoin d'auto-traitement à un moment précis* » (Van Der Geest, 1987 : 297). Une mère A.D, dit de façon convaincante, à ce

sujet : « est-ce que si je peux prendre 150 FCFA maintenant et partir à la pharmacie et dire « vendez-moi des médicaments pour 150 est-ce qu'ils vont accepter ? Je pense non ? » (A.D, 29 ans, ménagère). La vente au détail permet de ne pas dépenser trop d'argent à la fois et d'utiliser uniquement les sommes disponibles. Elle est aussi adaptée aux besoins quotidiens de la population qui consomment de petites quantités de médicaments. Un autre aspect de ce marché informel qui est loin d'être négligeable est la possibilité d'acheter à crédit est surtout valable auprès des vendeurs connus et habituels. D'autres éléments qui entrent en jeu est l'extrême présence des vendeurs informels, en tous lieux, se déplaçant au domicile des Bamakois, installés le long de leurs trajets quotidiens, dans les commerces où ils se rendent, voire sur leurs lieux de travail, est un élément explicatif important à prendre en compte. Le fait que le marché informel soit adapté aux exigences de rapidité et aux horaires de la vie moderne en ville (le jour comme de la nuit, à la sortie des « services »), renforce son adéquation aux réalités que vivent les populations Bamakoises.

2.3. Des médicaments contre le palu, la douleur, la fatigue et l'exposition aux risques

En lien avec ces pratiques d'évitement des maladies et de maintien de la santé, il ressort que des médicaments pharmaceutiques industriels sont aujourd'hui consommé par tout le monde quel que soit le statut socioéconomique sur le mode de l'automédication. Des médicaments sont consommés quotidiennement en automédication par des personnes qui estiment souffrir de palu, et autres maladies, calmer la douleur liée à des travaux pénibles. C'est le cas des Taxi-moto, des conducteurs de transport en commun, des marchands ambulants et des femmes qui travaillent dans les salons de coiffure et celles qui font les travaux ménagers. C'est le cas de A.T :

« Je prends les comprimés de Dolopain tous les soirs comme ça au réveille, je ne sens pas trop. Si je ne prends pas ça le soir, le matin, je suis trop fatiguée avec des douleurs çà et là » (A.T, 29 ans, coiffeuse au grand marché des Hall de Bamako).

A.T consommait régulièrement les comprimés de Dolopain appelé localement « shu lé » qui veut dire en Bambara la « mort s'est ressuscitée » et de PICAP (20 comprimés : Piroxicam capsules, appelé par les consommateurs « samaka bona » en bambara). Ces produits pharmaceutiques défient les effets de la fatigue liés aux activités de tresses. Elle alternait avec de l'Effergal. De même, certains acteurs utilisent aussi d'Ibuprofen. C'est le cas de A.G : « Chaque jour à la descente, je prends les comprimés d'Ibuprofen, Dolopain ou de PICAP » (A.D, 37 ans, gardien au parking). Cet extrait d'entretien révèle que A.D, son entourage aussi utilise ces médicaments selon les mêmes modalités. Les médicaments utilisés quotidiennement pour lutter contre le « palu » ; la douleur et la fatigue liés aux activités pénibles de la journée sont généralement les antipyrétiques (paracétamol, Effergal), des anti-inflammatoires (Ibuprofen, Ibucap...) et des antipaludiques (chloroquine). Dans ce contexte, les médicaments sont aussi administrés lorsque les individus estiment s'être exposée plus qu'aux intempéries considérées néfastes et potentiellement génératrice de maladies (fraicheurs, chaleur, etc.). Les saisons des pluies suscitent la consommation de médicaments. Des vermifuges, vitamines, antipaludiques et antipyrétiques sont ainsi plus fortement consommés en fonction du temps. Plusieurs familles administrent à leurs enfants des comprimés localement appelés « sumaya ba », sur le carton, on peut lire (New Vuosyn » kill pain (analgesic & antipyretic : 150 mg) lorsqu'ils étaient confrontés à la saison des pluies et à la fraîcheur. Quelle que soit la saison, les membres de familles consomment régulièrement ce produit, même lorsqu'ils ne ressentent aucun trouble et d'autant plus qu'ils

souffrent potentiellement de certains maux (maux de tête, fièvre, courbatures, maux de gorge, etc.). A.C, 31 ans, s'est administré des comprimés de métronidazole, car elle revenait d'un voyage effectué dans le Sud du pays, et elle dit n'avoir pas d'appétit et qu'elle sentait les signes de palu. Ce genre de pratique a été aussi décrit dans les sociétés occidentales par Mark Nichter & Nancy Vuckovic, qui soulignent dans ces contextes, « *l'usage préventif d'antibiotiques à la maison « saison de la grippe » lorsque personne n'a « le temps d'être malade »* » (Nichter et al, 1994 : 1522).

2.4. Les médicaments pharmaceutiques sont personnalisés

Les médicaments pharmaceutiques industriels sont personnalisés. Les individus s'approprient de médicaments en fonction de leur plus ou moins grande compatibilité à leur organisme. Les individus disent être aussi plus ou moins sujet à certains problème de santé (toux, rhume, asthme, etc.). B.T souligne au sujet de sa fille âgée de 15 ans « *c'est avec la toux qu'elle a fait pousser ses dents* » (elle avait la maladie de la toux quand elle était tout petite) et maintenant « *c'est l'angine qui la dérange* ». Le palu ne s'exprime pas de la même façon chez tout le monde et nécessite des médicaments différents suivant les individus. De fait, les populations locales se sont appropriées des médicaments qu'elles consomment presque régulièrement sur le mode suivant : à chacun son organisme, à chacun ses problèmes de santé, à chacun ses médicaments. Il n'est pas surprenant d'entendre chez les usagers des discours comme celui de O.C : « *c'est mon médicament, c'est ce qu'il me faut ça* » (O.C, 38 ans, commerçant). Les médicaments de O.C sujet à l'asthme ainsi la chloroquine, salbutamol, Coltab et Corhinza qu'il consommait les uns et les autres très régulièrement. Son épouse aussi avait « ses médicaments ». Il s'agissait de la chloroquine et de Pentax, un antipyrétique composé de paracétamol et de caféine. Elle consommait deux comprimés de l'un et de l'autre chaque jour le matin et le soir pour se maintenir en bonne santé. Lorsqu'elle ne dispose pas de Pintax, elle utilise le

paracétamol et de l'indométacine. Les deux acteurs utilisent parfois des « cures » de leurs médicaments respectifs, les consommant pendant trois ou quatre jours successif avant d'arrêter. En fonction des problèmes de santé qu'ils rencontrent à chaque fois, ils consomment aussi des médicaments sur le mode de « calmants ». Dans ce contexte, B.M, pour ses maux de dents consommait les comprimés d'Exadon qu'il appliquait entre deux dents, à l'endroit qui fait mal (douloureux). Cette médication particulière lui avait permis de patienter plusieurs semaines avant de consulter un spécialiste. Cette pratique était aussi fréquemment réalisée par B.F, mère de trois enfants qui avait l'habitude de consommer de Phosphalugel et Boska pour calmer la douleur de son estomac ou musculaire sinusite, maux de dents. Ces pharmacies domestiques que les familles nomment « médicaments de maison » étaient contenues dans des boîtes en carton, sachets en plastique. Elles se trouvent généralement stockés dans un endroit de la chambre et mis dans un sac à main ou sur une étagère. B.F « j'ai écrasé les comprimés de Boska et j'ai aspiré les poudre dans les nez pour calmer la douleur de sinusite. Ça marche bien avec moi » (B.F, 32 ans ménagère). En raison de cette importante consommation de médicaments et de la personnalisation dont ils sont l'objet, certaines familles dans la Commune V du District de Bamako dispose de « petites pharmacies » domestiques en guise de précaution. Ce sont ces familles qui s'adonnent le plus aux pratiques d'évitement des maladies et de maintien de la santé au moyen de médicaments pharmaceutiques industriels informels. D'autres familles disaient avoir des médicaments en permanence (Paracétamol, Efferalgan, Tanzol, Amoxi, Ibuprofen, etc.). A Bamako, contrairement à ce qui est décrit en Ouganda et au Cameroun (Whyte, 1992 ; Monteillet, 2006), les médicaments injectables ne font pas l'objet d'automédication et ne sont pas représentés dans les pharmacies domestiques.

2.4. Le sumaya (palu) vecteur d'une forte consommation des produits pharmaceutiques

Le « palu », cette « entité nosologique populaire » est une belle illustration de cette consommation importante de ces produits pharmaceutique pratiquée selon des modalités curatives mais également d'évitement de maladies et plus généralement de maintien de la santé. Les représentations populaires du palu, cette maladie en font l'objet par excellence de cette consommation excessif. Dans ce contexte, la plupart des participants à cette étude utilisent un médicament pharmaceutique industriel « New Vuosyn » kill pain (analgesic & antipyretic : 150 mg) qu'on appelle localement en langue Bambara « *sumaya ba* » très utilisé non seulement contre le « palu » mais comme produit de prévention de maladies mais en même temps comme médicament pour se maintenir en forme et en bonne santé. Ce médicament « New Vuosyn » est perçu comme étant plus fort et le plus utilisé en automédication.

En effet, un chef de ménage M.K, a expliqué qu'il avait consommé les comprimés de mébendazole car de retour d'un déplacement à l'intérieur du pays : « *Je sens les signes de palu, je n'avais pas d'appétit. L'urine était foncée et je faisais aussi de la diarrhée. C'était certainement que mon ventre était sale* » (M.K, 46 ans commerçant). Les médicaments contre les vers intestinaux les plus consommés sont mébendazole, métronidazole, Zentel et le Tanzol. Globalement quand le « palu » se déclenche, les individus utilisent des « antibiotiques ». Ces antibiotiques sont perçus comme permettant à l'organisme de lutter contre de nombreux problèmes à l'intérieur du corps (infections, saletés...) tout comme à l'extérieur du corps (taches, plaies, boutons, etc.). Ces comportements d'automédication est récurrent chez les populations de Bamako, c'est le cas d'une mère M.M : « *quand je vois mes enfants calme, ne s'amuse et manque d'appétit, parfois vomit, je sais que c'est le début de palu, je leurs donne de médicaments* » (M.M, 43 ans, ménagère). L'extrait d'entretien

révèle que le paludisme recouvre globalement des signes non spécifiques et bizarres, tel que le souligne Stéphanie Granado (Granado, 2007) en contexte Abidjanais. De fait, cette pathologie est perçue par les populations comme une entité large à laquelle sont associés de nombreux symptômes, de nombreuses maladies telles que céphalée, fièvre, le rhume, la toux, plaie sur les lèvres et la sensation de chaud, froid et de la diarrhée. Le palu « *sumaya* » est considéré à la fois comme vecteur de ces nombreux signes et maladies mais à la fois comme étant provoqué par ceux-ci. Ainsi, les vers intestinaux sont perçus comme pouvant être à la fois une cause et une conséquence du « palu ». Il s'agit finalement d'une sorte de « maladie mère » qui englobe plusieurs symptômes à partir de laquelle peuvent se développer d'autres pathologies. Cette terminologie est utilisée par Adolphe Kpatchavi lorsqu'il décrit les perceptions populaires du *hwevo* qui est considérée, parmi les populations *fon* résidant en milieu rural dans le Sud du Bénin, comme la « maladie des maladies » et la « mère de toutes les maladies » (Kpatchavi, 1999 : 145). Dans ce contexte, le paludisme est responsable de nombreux problèmes de santé qui se pose chez les populations. Il est aussi responsable de nombreuses pratiques de consommation de médicaments pharmaceutiques industriels.

Sur un autre plan, les diagnostics cliniques en matière de paludisme sont difficiles à établir dans les centres de santé. Au regard de la gravité potentielle du paludisme, les professionnels, encouragés par l'OMS qui préconise le traitement présomptif des fièvres, ont tendance à traiter tous les symptômes faisant penser au paludisme comme si c'était réellement un paludisme. Les personnes entendent très généralement dire « c'est le paludisme » lorsqu'elles consultent dans un centre de santé en raison de l'apparition de nombreux signes et maladies. L'anthropologue Doris Bonnet fait référence à la « symptomatologie polymorphe » du paludisme (maux de tête, hyperthermie, etc.) qui provoque un éclatement du diagnostic » au sein de la biomédecine. Doris Bonnet (1990) montre

que le « signifiant « paludisme » ou plutôt « j'ai un palu » est utilisé en zone urbaine pour désigner un ensemble de troubles somato-psychiques aigus divers » (Bonnet, 1990 : 244). En tant que maladie naturelle, mais également en raison de son caractère large et de ses contours compliqués voire flous, le « palu » est perçu comme une maladie inéluctable, présente en permanence dans l'organisme des individus. Ces signes sont soignés en général par l'automédication en milieu urbain.

III. Discussion des résultats

L'objectif principal de cet article est de cerner les pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé chez les populations de la Commune V du District de Bamako. De fait, les investigations empiriques et les analyses de données ethnographiques ont permis d'obtenir non seulement des résultats qui confirment et rejoignent d'autres études traitant des problématiques analogues, mais aussi des résultats pertinents qui renseignent sur le recours à l'automédication à travers les produits pharmaceutiques industriels informels.

3.1. Des pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé

Par souci de protéger leur santé, les populations utilisent de façons curatives et préventive les produits pharmaceutiques industriels en automédication, contre certaines maladies notamment le « palu ». Globalement, les populations utilisent généralement, suivant les prescriptions qu'elles reçoivent habituellement dans les centres de santé, des antipaludiques associés à des antipyrétiques et parfois des anti-inflammatoires. Dans ce contexte, les médicaments pharmaceutiques industriels sont consommés de manière importante en automédication. Des constats similaires ont été faits ailleurs, notamment au Sénégal par l'anthropologue Jean-François Werner (1996). Il montre que dans 80 % des cas, le

traitement par automédication se fait à la maison au moyen de médicaments pharmaceutiques industriels et que pour 57 % des situations observées, le recours aux soins s'arrête là et ne franchit ainsi pas les limites de l'espace domestique. Alors, Sylvie Fainzang (1985 : 120-121) et Nicolas Monteillet (2006 : 127) ont fait les mêmes constats notamment au Burkina Faso et au Cameroun.

3.2. Le recours aux marchés informels de médicaments comme révélateur de l'inégalité dans l'accès à l'offre de soins public

La politique de santé en Afrique a provoqué de nombreux dysfonctionnements dans l'accès aux soins. Elle a notamment provoqué les inégalités entre les individus. Dans ce contexte, du coup, les familles démunies sont livrées à elles-mêmes et n'ont de solution que de s'orienter vers l'automédication à travers l'achat des produits pharmaceutiques industriels informels à bas prix. Dans ce contexte, la marchandisation du médicament découle de l'Initiative de Bamako et de la politique de recouvrement des coûts, mise en œuvre par les partenaires au développement. Ainsi, le marché informel favorise cette marchandisation de médicaments pharmaceutiques industriels. Ce qui met en évidence les liens entre « l'agenda du néolibéralisme » et le rôle des Etats tel que mis en avant par Atlani-Duault & Laurent Vidal (2013 : 11-12) dans le champ de la « santé globale ». Retenons, avec Valéry Ridde (2012 : 87), qui a montré que l'initiative de Bamako de 1987, a pour objectif de sortir de la gratuité des soins allant vers les soins payants. En fait, l'initiative de Bamako a pour objectif l'obligation pour les malades de payer eux-mêmes leurs propres soins, d'une part, et de décentraliser aussi la gestion des systèmes de santé d'autre part. Ces résultats sont en accord avec plusieurs études antérieures (Sounda, 2018 : 264) et de (Tonda, 2015 : 115). De ce fait, les populations démunies ne peuvent accéder aux structures de santé car elles sont payantes. Ils montrent que l'accès aux soins dépend de sa classe sociale. Ainsi, Laeticia Sounda (2015) qualifie

ce comportement de « médecine de classe », une pratique discriminatoire envers les populations démunies. En filigrane, cela confirme les politiques de santé publique. En suivant la ligne d'analyse de Didier Fassin (1996), dans une anthropologie politique de la santé, il montre que la santé est un espace politique à l'intérieur duquel naviguent des enjeux parmi lesquels les inégalités. Elles ont fortement influencé la qualité des soins car il existait de nombreuses difficultés à honorer les ordonnances. Ces inégalités sont produites par la société et se manifestent dans l'état des rapports sociaux entre les individus dans l'accès aux soins modernes. Les résultats d'une étude similaire réalisée par Catherine Halpern (2010) au Cameroun confirment ces réalités. L'auteure montre que les malades se confrontent à de nombreux problèmes d'ordre psychologique et financier dans l'accès aux soins de santé. Le manque de ressources financières a divisé la société en classes et a défavorisé les plus démunis. Cette constatation s'accorde aussi avec celle de Mariam Sissoko (2025 : 67), à Bamako (Mali), et celles de Maud Gelly & Laure Pitti (2016), en France, ce qui d'ailleurs n'est pas nouveau : que les états de santé soient différenciés selon les classes sociales fait l'objet d'un large consensus, en épidémiologie comme en sciences sociales, et ce depuis les travaux de Louis-René Villermé, au XIXe siècle, voire ceux de Bernardino Ramazzini, un siècle plus tôt ».

Ce ressenti rejoint ce que pense Antoinette Chauvenet (1973) lorsqu'elle s'interroge sur la « médecine de classe » et sur la capacité qu'a l'institution sanitaire à corriger les inégalités sociales de santé. Son analyse porte sur la question si l'ordre médical contribue à produire et à reproduire une société de classe. Nelly Molina (1988) ne partage pas totalement cette idée. Elle montre que ces pratiques de l'automédication, d'évitement de maladies et de maintien de la santé sont « naturelle et fréquent chez l'homme » et ajoute que les raisons n'en sont pas exclusivement et essentiellement économiques » (Molina, 1988 : 31). L'anthropologue Sjaak Van Der Geest et al, montrent que ces recours à

l'automédication s'expliquent également par de raisons des échecs des politiques sanitaires des États qui obligent les populations à développer une culture médicale autogérée (« a self-help culture of medicine ») (Van Der Geest et al, 1996). Ce qui justifie les recours à l'automédication à domicile pour pallier les difficultés d'accès à un spécialiste de santé moderne en cas de problème de santé. Danièle Carricaburi & Marie Ménoret (2004 : 17) ne partagent pas totalement cette idée. Ils montrent qu'en plus de difficulté économique de la population, l'hôpital en plus de sa vocation de guérir, facilite le contrôle social. Ces résultats font ressortir de nouveau la question des difficultés d'accès aux soins pour tous dans les pays en voie de développement. Retenons, avec les anthropologues Yannick Jaffré & Jean-Pierre Olivier de Sardan (2003) qui montrent que ces difficultés ont laissé de nombreuses familles sans ressources, empêchant toutes possibilités d'accès aux soins et ouvrant la voie aux marchés informels de médicaments pharmaceutiques industriels. Nos résultats corroborent ceux de Sjaak Van Der Geest, (1987 : 297) dans une étude similaire menée au Cameroun. Cette étude a montré que l'insuffisance de moyens financiers des familles les empêchait d'accéder à l'offre de soins publics. Ainsi, Jean-Pierre Dozon & Didier Fassin (2001) montrent que la santé publique s'est imposée dans les sociétés contemporaines comme un lieu central de l'espace social et politique. Globalement, le coût des prestations, des examens de laboratoire et des ordonnances qui découlent de la consultation dans une structure de santé (public ou privé) ne sont pas toujours à la portée des démunis. Ce qui conduit indéniablement les populations à l'automédication en passant par les pratiques d'évitement de maladies et de maintien de la santé. Ainsi, les maladies suscitent logiquement chez les populations des pratiques d'évitement et de maintien de la santé au moyen de médicaments pharmaceutiques industriels. Globalement, les produits pharmaceutiques sont utilisés dans un objectif à la fois curatif, préventif et de maintien de la santé. Ces résultats vont dans le

même sens des études réalisées dans le domaine de la santé par Laurent Chillot (2003 : 460) en contexte Nigérien. L'auteur précise que le caractère préventif ou curatif assigné à un traitement ne dépend pas uniquement du médicament employé mais du contexte dans lequel celui-ci s'emploie. « Bien souvent, c'est moins le médicament dans sa composition que les circonstances de son emploi que l'inscrivent dans telle ou telle option thérapeutique. Ainsi, les mêmes médicaments sont utilisés pour traiter et pour éviter la maladie en question.

3.3. Malade, famille et médication

En Afrique subsaharienne, il est rare de voir une famille qui consulte un praticien sans être malade. Dans ce contexte, en cas de perturbation physique, la famille et l'entourage pratiquent d'abord l'automédication à domicile afin d'observer l'évolution de la maladie. Globalement, si la tentative de soin a échoué, en ce moment, la famille et le malade s'orientent vers un centre de santé ou un hôpital tardivement. La famille constitue pour le malade une couverture et une véritable sécurité sociale et sanitaire. Dans certains cas, les acteurs du réseau familial ont des croyances étiologiques et des propositions ambiguës. Comme le souligne l'anthropologue John Janzen, le malade peut facilement se retrouver pris en « ballottage », dans une sorte d' « aventures thérapeutiques », et de « quête thérapeutique » où les soins se font « en rond » (Janzen, 1995) où il peut passer du praticien au psychothérapeute ou du guérisseur aux rites ancestraux. De fait, les travaux anthropologiques portant sur les itinéraires thérapeutiques (Akoto, 2002 ; Fainzang, 2012 ; Monteillet, 2005 ; Sainsaulieu, 2008 ; Ebang Ondo, 2012 ; Fofana & Arou, 2025) révèlent le cas de malades « nomades » manipulés par des logiques socio familiales, se soignent « au pluriel » et que l'hôpital apparaît comme le dernier recours. Dans ce contexte, le recours à l'automédication est un fait social systématique dans la plus part des familles. Raymond Massé (1995) montre en Afrique, le recours

à un médecin sans être malade n'est pas mécanique. En réalité, la prévention d'une maladie dépend « du seuil de tolérance plus élevé à divers symptômes ou dysfonctionnements » (Massé, 1995 : 360). A ce sujet, Sylvain Faye (2009 :104) montre que pour consulter un spécialiste en cas de problème de santé, il va falloir que l'individu malade et son entourage s'en rendent compte des limites de leurs pratiques thérapeutiques face à la gravité de la maladie. Alors, pour rechercher une aide extérieure, il faut au préalable que l'individu ou son entourage reconnaissent la présence de symptômes laissant présager l'imminence d'un désordre physique ou psychologique et à essayer l'automédication. Une étude similaire réalisée en contexte sénégalais par le sociologue Tidiane Ndoye (2009) corrobore ce résultat. Il montre qu'avant de consulter le personnel biomédical, les malades peuvent pratiquer l'attentisme avant d'explorer toutes les voies à leur portée. L'anthropologue Tidiane Ndoye (2009) souligne que « l'ensemble de ces recours envisagés ou effectivement choisis doit être compris comme la construction sociale d'une réponse thérapeutique adaptée face à l'interprétation de la maladie » (Ndoye, 2009 : 127).

Le choix du recours à l'automédication apparaît comme la propre réponse aux problèmes de santé des individus dans un contexte culturel particulier. Cette constatation s'accorde avec celle de Caroline Desprès (2011), qui a réalisé une étude similaire à la Réunion.

Conclusion

En définitive, cet article cherchait à comprendre les pratiques d'évitement de maladies et de maintien en bonne santé. L'analyse révèle différentes logiques sous-jacentes à ceux-ci. La situation est entourée d'un flou qui s'explique par l'interaction entre plusieurs acteurs en présence avec des emprunts de savoir-faire et des espaces de faire-savoir. Des réalités similaires ont été décrites dans les pays d'Asie (Kamat et al, 1998 ; Nichter et al,

1994). Ce constat, concernant les sociétés africaines, est rarement effectué. Il est finalement peu question de la croissance du marché de médicament pourtant réelle. Alors, les pratiques d'automédication et de prévention observées ressemblent à celles qui ont cours dans les sociétés occidentales, pour ne parler que de celle-ci. L'automédication dans ce contexte va de pair avec la nouvelle conception de la santé qui a progressivement émergé depuis les années 70 et a mis en avant l'intérêt de pratiques individuelles de prévention. Marc Augé & Claudine Herzlich, c'est à partir de cette époque que, dans les sociétés occidentales, *« le discours sur la santé, à la fois chez les utilisateurs de la médecine et chez les représentants officiels de la politique médicales, a rendu à se constituer au discours sur la maladie »* (Augé et al, 1994 : 11). La santé n'est plus envisagée exclusivement par rapport à la maladie (absence de maladies, capacité à résister à la maladie), mais également comme préservation d'un équilibre physique et psychique qui va au-delà du biologique (Aballéa, 1987). Comme le soulignent Adèle Clarke et al (2000) cette conception relayée par les politiques de santé confère à l'individu un rôle essentiel dans la prise en charge de sa santé (*self-care*). Le maintien de la santé passe par l'ensemble des gestes quotidiens nécessaires pour s'adapter et gérer les aléas de la vie, préserver ou rétablir sa santé mais également augmenter son bien-être (Burnier et al, 2001). Les médicaments pharmaceutiques industriels, à travers l'automédication, participent aux mesures destinées à maintenir la santé. Les habitudes de consommation de médicaments de Bamakois, pratiquées dans le but d'éviter les maladies et de se maintenir en bonne santé, entrent tout à fait dans le cadre de cette nouvelle conception de la santé. Les maladies y sont parfois le reflet des adversités de la vie quotidienne auxquelles sont confrontés les individus (travaux difficiles, fatigues, etc.) augmente l'automédication. De fait, les problèmes qui conduisent les acteurs à devenir acteur de leurs propres soins sont de deux ordres. D'une part, le besoin de précaution en vue de garder les

moyens économiques déjà limités à la disposition d'autres besoins vitaux. D'autre part, le besoin de conserver de la santé et la nécessité de la protection contre le mal sous ses diverses formes d'expression. Dans l'un comme dans l'autre cas, il s'observe des inégalités devant la menace de la maladie au regard des moyens, des trajectoires, des ressources déployées et des résultats obtenus en terme de satisfaction. En tant que préoccupation de chaque chef de famille, les soins préventifs finissent toujours par profiter à tous les membres de la famille y compris les grabataires. Dans une initiative plus dictée par le contexte socio-culturel que la simple volonté des demandeurs de soins, la protection contre le mal engage quant à elle l'individu avec ou sans l'appui de ses proches. Face à ces multiples manières de prévenir les maladies, un ensemble de facteurs de risque sanitaires reste peu visible dans de nombreuses familles en contexte urbain. Dans ce contexte, l'important rôle de politique de la santé est de rendre visible par des campagnes de sensibilisation, les risques encourus par les populations qui consomment les médicaments pharmaceutiques industriels sur le mode de l'automédication.

Références bibliographiques

- ABALLEA François, 1987, *Le besoin de santé, les déterminants sociaux de la consommation*, Paris, PUF, 271 p.
- AIACH Pierre et al, 1992, *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 247p.
- AKOTO Eliwo, 2002, *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité*, Les cahiers de l'IFORD, n° 27.
- ATLANI-DUAULT Laetitia & VIDAL Laurent, 2013, « La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale ? » *Revue Tiers Monde*, 2015 : 7-164.

AUGE Marc & HERZLICH Claudine, 1984, *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Editions des Archives contemporaines.

BAXERRES Carine et al, 2004, Recours aux soins en de fièvre chez l'enfant en pays sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°4, p. 5-23.

BAXERRES Carine, 2007, Accès aux médicaments en Afrique de l'Ouest : Le marché parallèle du médicament. Présentation et discussion à partir d'une étude réalisée en milieu rural sénégalais. Approche d'anthropologie sociale. In : Moine-Dupuis I. (Ed), *Le médicament et la personne, aspect de droits international*, Paris, LexisNexis Litec, p.267-277.

BENOIST Jean, 1990, *Le médicament, opérateur technique et médiateur symbolique*, *Projections*, n°1, p. 166p.

BENOIST Jean, 1996, *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 520 p.

BLANCHET Alain & GOTMAN Anne, 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Nathan.

BLEDSON Caroline & GOUBAUD Monica, 1988, « The reinterpretation and distribution of Western Pharmaceuticals : an example from Mende of Sierra Leone » : 253-276, in Van Der Geest, S., Whyte, R S. (eds), *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwert Academic Publishers.

BONNET Doris, 1990, Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina faso, In : Fassin D., Jaffré Y. (Eds), *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses-Aupelf. P.243-258.

BONNET Doris et al, 2003, *Le maladies de passage, transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, P. 485-506.

BURNIER Michel et al, 2001, L'automédication, une pratique en quête de sens : sa place dans le sef-care et la promotion de la

santé, In : Buclin T., Ammon C. (Eds), *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, p.11-29.

BRIAND Valérie, 2008, *Traitement préventif intermittent (TPA) pour la lutte contre le paludisme au cours de la grossesse : effet sur la santé de la mère et de l'enfant au Bénin. Essai randomisé, ouvert, comparant sulfadoxine-pyriméthamine versus méfloquine en traitement intermittent*, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, Thèse de doctorat Santé Publique, 198 p.

CARRICABURI Danièle & MENORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé: les institutions, professions et maladies*. Paris, Armand Colin, p. 235.

CHAUVENET Antoinette, 1973, « Profession hospitalière et division du travail », *Sociologie du travail*, vol 14, n°2, pp.145-163.

CHILLIOT Laurent, 2003, *Médicaments et prévention en milieu populaire Songhay-Zarma*, In : Bonnet D., Jaffré Y. (Eds), *Les maladies de passage, transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala. p.427-464.

CLARKE Adèle, 2000, *Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux*, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, n°2, p.11-41.

COMMEYRAS Christophe, 2005, *Des soins pour les plus pauvres, le défi du désendettement : le médicament, moteur de la demande autant que carburant de l'offre dans les pays en développement, priorité à la formation dans une approche Sous-régionale (exemple au Cameroun)*, Thèse de doctorat de santé Publique et Science de l'information biomédicale, Université de Paris IV Pierre et Marie Curie, 90 p+ annexes.

DEMBELE Moriké et al., 2022, *Rites et traditions du mariage au Mali : Permanences, ruptures et impasses*. L'Harmattan, Mali.

DESCLAUX Alice & LEVY Joseph Josy, 2003, *Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ?* *Anthropologie et sociétés*, vol.27, n°2, p.5-21.

DESCLAUX Alice, 2001, L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ?, In : *L'observance aux traitements VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, p.57-66.

DESPRES Caroline, 2011, « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales dans la prise en charge thérapeutique du cancer ». *Anthropologie et santé* (en ligne <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.710>).

DOZON Jean-Pierre & FASSIN Didier, 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Editions Balland.

DOZON Jean-Pierre, 1985, « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et Santé*, vol. 3, n° 3-4, p.27-56.

EBANG ONDO Emmanuel, 2012, « Perception de l'hôpital public et offre de soins de santé au Gabon : analyse des enjeux des interactions entre personnels et usagers au centre Hospitalier de Libreville (CHL) » *Bulletin Amades*.

FAINZANG Sylvie, 1985, La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina-Faso, *Science sociales et Santé*, vol. 3, n° 3-4, p.106-128.

FAINZANG Sylvie, 2001, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris, PUF.

FASSIN Didier, 1996, *L'espace politique de la santé*. Editions Presses Universitaires de France, Paris, p.123.

FASSIN Didier, 1985, Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal, *Cahiers d'Etudes Africaines*, n°98, XXV-2, p.161-177.

FASSIN Didier, 1987, *La santé, un enjeu politique*, *Politique Africaine*, n°28, p.2-8.

FAYE Sylvain, 2009, Du sumaan ndiig au paludisme infantile: la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal). In *Sciences sociales et santé*. Volume 27, n°4, pp. 91-112.

FOFANA Moussa & AROU Oumarou, 2025, « Maladies infantiles et recours aux savoirs endogènes dans la Commune VI du District de Bamako (Mali) ». *Revue des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations (Côte d'Ivoire). Revue Le Fromager*, Vol. 1, N° 2, juillet, pp.92-108.

FRANCOIS-MARIE Gérard, 2017, « Objectiver la subjectivité » In Leduc, D & S. Beland, (dir), *Regards sur l'évaluation des apprentissages en art à l'enseignement supérieur* (pp.29-47). Tome 1, Québec : Presse de l'Université du Québec.

FRANCKEL Aurélien, 2004, *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal : le cas des enfants fébriles à Niakhar*, Thèse de doctorat de Socio-démographie, Paris, Université de Paris X Nanterre, 327p+annexes.

GELLY Maud & PITTI Laure, 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratique de soins », *Agora*, vol 1, n°58, pp.7-18.

GRANADO Stéphanie, 2007, « C'est le palu qui me fatigue ». Une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan en Côte d'Ivoire, inaugural dissertation pour le titre de Docteur en philosophie, Université de Basel, 214 p +annexes.

HARDON Anita, 1994, *People's understanding of efficacy for cough and cold medicines in Manila, the Philippines*, In : Etkin N. L., Tan M, L (Eds) *Medicines : meaning and contexts*, Quezon City, Health Action International Network, p. 47-67.

HAXAIRE Claudie, 2002, « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n° 1, p. 63-86.

HAXAIRE Claudie, 2003, « Toupaille », kits MST et remède du « mal d'enfants » chez les Gouro de Zuénouala (Côte-d'Ivoire), *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n°2, p. 77-95.

JAFFRE Yannick & OLIVIER De SARDAN Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et*

soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest. Paris, APAD, Karthala.

JAFFRE Yannick & OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest.* Paris : PUF, 1ere édition.

JANZEN John, 1995, *La Quête de la thérapie au bas-Zaïre,* Paris, Karthala.

KAMAT Vinay et al, 1998, Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India, *Social Science and Medicine*, vol, 47, n° 6, p. 779-794.

KPATCHAVI Adolphe, 1999, *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé,* Thèse de doctorat département d'anthropologie appliquée, Université de Fribourg, Allemagne, 194p+annexes

MASSE Raymond, 1995, *Culture et santé publique,* Montréal, Gaetan Morin, p. 499.

MBOKOLO Elikia, 1994, Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique, In Augé M., Herzlich C. (Eds), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie,* Paris, Editions des archives contemporaines, p.155-186.

MENETREY Anne-Catherine et al, 2001, L'automédication et le marché de la santé : « tu prends, tu paies, t'es bien » !, In : Buclin T., Ammon C, (Eds), *L'automédication, pratique banale, motifs complexes,* Genève, Editions Médecine et Hygiène, p. 277-288.

MOLINA Nelly, 1988, *L'automédication.* Paris, PUF.

MONTEILLET Nicolas, 2005, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques.* Paris : Karthala.

MONTEILLET Nicolas, 2006, *De la méthode Jamot à la médecine de rue. Action mobile d'urgence et action sanitaire « de fond » au Cameroun,* Politique Africaine, n°103, p. 127-142.

NDOYE Tidiane, 2009, *La société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs et acteurs.* Paris, Karthala, 312p.

NICHTER Mark & VUCKOVIC Nancy, 1997, Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States, *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 9, p.1285-1302.

PALE Augustin & LADNER Joël, 2006, « Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahiers Santé*, vol. 16, n°2, p. 113-117.

RIDDE Valéry, 2012, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Editions. Les presses de l'université de Montréal. Québec, p.87.

SAINSAULIEU Ivan, 2010, *L'hôpital et ses acteurs. Appartenance et égalité*. Belin (Coll. Perspectives Sociologiques), Paris.

SISSOKO Mariam, 2025, *Etude des complications aiguës liées au Diabète : ceto-acide et hyperosmolarité au centre de santé de référence de la commune VI et au centre de lutte contre le diabète*. Thèse de médecine, Université de Bamako.

SOUNDA Laetitia, 2018, *L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lorraine.

STURZENEGGER Odina, 1999, *Le mauvais œil de la lune, Ethnomédecine créole en Amérique du Sud*, Paris, Karthala, p. 277-294.

TAN Michael Lim, 1999, *Good médecine. Pharmaceuticals and the construction of power and knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Health, Culture and Society.

TONDA Joseph, 2015, *L'impérialisme postcolonial. Critique de la société des éblouissements*. Editions Karthala.

TOURE Laurence, 2005, « Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations Touaregs du Mali » : 269-286, in Pordié, L. (ed), *Panser le monde, penser les médecines, traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala.

- URFALINO Philippe, 2007, « Introduction au dossier Médicaments et société, enjeux contemporains » *Annales HSS*, n°2, p. 269-272.
- VAN DER GEEST Sjaak & WHYTE Reynold Susan, 2003, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et sociétés*, 27, 2, 97-117.
- VAN DER GEEST Sjaak, 1982, « The illegal distribution of Western medicines in developing countries : pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration », *Medical Anthropology*, vol. 6, n°4, p. 197-219.
- VAN DER GEEST Sjaak et al, 1996, « The anthropology of pharmaceuticals : A biographical approach », *Annual Review of Anthropology*, n° 25, p.153-178.
- VAN DER GEEST Sjaak et al, 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 393 p.
- VUCKOVIC Nancy & NICHTER Mark, 1997, *Changing patterns of pharmaceutical practice industriels pour le bienfait des consommateurs*, In Buclin T., Ammon C.(Eds), *L'automédication, pratique banale, motif complexes*, Genève, Médecine et Hygiène, p. 167-171.
- WEBER Florence, 2009, *Manuel de l'ethnographie*. Paris : PUF, coll. « Quadrige ».
- WEBER Florence, 2000, « Transaction marchandes, échanges rituels, relations personnelles. Une ethnographie économique après le Grand Partage », *Genève*, 41 ; 85-107.
- WERNER Jean-François, 1996, *D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique*, In Benoist J. (Ed), *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Collection Médecines du monde, Paris, p. 363-392.
- WHYTE Reynold Susan, 1992, *Pharmaceuticals as folk medicine : transformations in the social relations of health care in Uganda*, *Culture Medicine and Psychiatry*, n°16, p.163-186.