

Article original

L'automédication sous l'influence du système pharmaceutique entre l'offre et la demande dans la ville de Zinder

ALOU Mahamadou¹, OUMAROU Issoufou²,

1.doctorant à l'université André Salifou de Zinder, Laboratoire Sociétés-Territoires-Environnement (STE), E-mail : mahamadoulou233@gmail.com

2.Enseignant- chercheur, Département de sociologie-Anthropologie, Université André Salifou de Zinder, E-mail : Bakaboul@yahoo.fr

Article soumis le 13/04/2026 et accepté le 11/05/2026

Auteur correspondant : E-mail : mahamadoulou233@gmail.com

Réf : AUM13-O217

Résumé :

Le présent article cherche à alimenter les connaissances sur les logiques du recours à l'automédication entre l'offre et la demande dans le centre urbain nigérien. Ce phénomène touche toutes les couches sociales urbaines et englobe de multitude méthode de gestions pharmaceutique. Ce travail est appréhendé à la croisée de diverses approches théoriques comme celle de l'anthropologie médicale (Fassin, 2005), de l'économie morale (Fassin, 2009) et celle des pratiques sociales Bourdieu (1930-2002). Pour canaliser les causes urbaines des pratiques de l'automédication, la recherche a tenté d'intégrer les diverses contributions provenant de la problématique urbaine, de la santé publique et celle des pratiques de soins. Autrement dit, dans les faits, la collecte et l'analyse des données qualitatives auprès des usagers, des vendeurs, des soignants, et de l'administration sanitaire a permis de comparer les points de vue entre eux, les discours techniques et les catégories de positions qui réalisent l'usage excessif des produits pharmaceutiques. Suite à l'atteinte des résultats de la recherche à tendance qualitative, il ressort que l'offre, les achats et les usages informels des médicaments pharmaceutiques avec ou sans ordonnance sont sensibles dans les différents centres urbains. Mais l'analyse des interactions entre les systèmes d'offre des médicaments et la demande a permis de replacer les réels sens des pouvoirs d'usages et les inégalités sociales dans les modes de recours à l'automédication. Le caractère récurrent du phénomène décrit, est, en outre

ALOU M., et OUMAROU I., *L'automédication sous l'influence du système pharmaceutique entre l'offre et la demande dans la ville de Zinder*

favorisé par une amnésie individuelle et collective qui est principalement le fruit des tendances idéologiques et morales des populations. A cet effet, le cadrage des représentations de l'offre et de la demande en lien avec cet univers urbain donne forme et s'adapte aux cycles d'échange, aux remaniements perpétuels des héritages culturels et aux cortèges de pratiques de soins.

Mots clés : Automédication, système pharmaceutique, offre, demande, ville de Zinder

Self-medication under the influence of the pharmaceutical system between supply and demand in the city of Zinder

Abstract:

This article aims to contribute to the understanding of the dynamics of self-medication between supply and demand in urban centers of Niger. This phenomenon affects all urban social strata and encompasses a multitude of pharmaceutical management methods. This work is approached from the intersection of various theories, such as medical anthropology (Fassin, 2005), moral economy (Fassin, 2009), and Bourdieu's theory of social practices (1930-2002). To understand the urban causes of self-medication practices, the research has attempted to integrate diverse contributions from specific documents addressing urban issues, public health, and healthcare practices. In other words, the collection of qualitative data from users, vendors, healthcare professionals, and health authorities have allowed for a comparison of perspectives, technical discourses, and the categories of positions that contribute to the excessive use of pharmaceutical products. Following the achievement of research results, a significant increase in the purchase and use of prescription and over-the-counter pharmaceutical medications was observed in various urban centers. However, the analysis of the interactions between drug supply and demand systems in the urban context allowed for a re-evaluation of the true meanings of power dynamics and social inequalities in the patterns of self-medication. The recurring nature of this phenomenon in the described urban center is further exacerbated by individual and collective amnesia, primarily stemming from the ideological and moral tendencies of the population. In this regard, the framing of supply and demand representations within this urban environment shapes and adapts to cycles of exchange, the perpetual reshaping of cultural heritage, and the array of healthcare practices.

Keywords: *Self-medication, pharmaceutical system, supply, demand, and the city of Zinder*

Introduction

Depuis les activités menées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les années 1990 sur la question de la promotion de la santé, les logiques d'usages autour du médicament n'ont cessé de se

développer dans les coins du Niger. Sa souscription à de nombreuses recommandations internationales et régionales qui, en général, ont traité des questions relatives à la santé ouvre des grandes portes d'accessibilité aux soins de la santé primaire. Dans ce pays, il existe le taux d'analphabétisme le plus remarquable de la planète (plus de 70 % de la population âgée de 15 ans et plus), le taux de croissance économique de 7% en 2018 (MSP, 2021), l'intensité de la pauvreté avec un taux de sévérité dépassant les 50% en raison notamment de la forte croissance démographique de 3,9% par an (Ministère du Plan du Niger, 2017, p. 44) et d'une espérance de vie à la naissance de 61, 6 ans (PNUD, 2024). Au-delà de ces constats, le Niger reste l'un des pays les plus pauvres du monde ou son classement évolue selon les travaux d'Ousseini (2011) du 174^e sur 177 pays classés au 189^e sur 193 en 2024-2025 (PNUD, 2024). Mais à l'issue de la mise en place et de la réalisation des différentes politiques et programmes sanitaires, le taux de couverture sanitaire au niveau national est passé de 47,48% (en 2011 et 2012) à 48,47% (en 2015), avec de fortes disparités régionales. En termes d'accessibilité aux services de santé, plus de la moitié de la population doit parcourir plus de 5 kilomètres avant d'accéder aux services de santé de base avec 50,13% en 2017 contre 50,63% en 2018 au sens du MSP-Niger (2021). Malgré cela, les indicateurs socio-sanitaires restent déplorables et n'ont pas connu une amélioration significative. Il s'agit entre autres de la limite d'une généralisation du recouvrement des coûts, de la réforme hospitalière et de la restructuration du secteur pharmaceutique (etc.). C'est pourquoi, à l'issue des politiques sectorielles pharmaceutiques mises en place par l'État nigérien, les médicaments sont présents dans la vie quotidienne des populations, distribués, vendus de manière inappropriée et la majorité des personnes malades les consomment. En face de ces possibilités d'offres, les inégalités et les iniquités dans l'accès aux services de santé sont devenues autant de facteurs impactant la dynamique thérapeutique des centres formels. Ce cadre dans lequel la population se repose pour résoudre leur problème de santé est peu

performant pour limiter l'émergence des pratiques néfastes autour des produits pharmaceutiques.

En prenant l'exemple de la ville de Zinder, l'offre entre le marché formel et informel semble être contrôlée par le secteur privé qui approvisionne les demandes et les besoins en santé de base. La problématique de distribution pharmaceutique devient visible avec les rapports médicaments-population qui paraissent être la porte de lecture de plusieurs recours d'origines variées et des débats critiques. En face d'un tel scénario, on peut poser la question suivante :

Comment peut-on établir les liens entre la diffusion de l'automédication vis-à-vis de l'offre et de la demande des médicaments pharmaceutiques dans l'espace urbain de la ville de Zinder ?

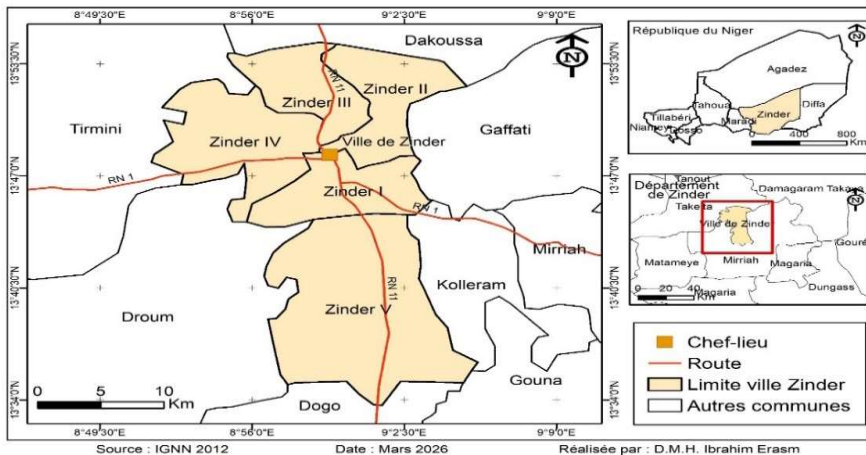
Cette question centrale comporte d'autres questions spécifiques qui se résument en :

- Comment les représentations de l'offre et de la demande urbaine des médicaments pharmaceutiques peuvent-elles être à la source des pratiques de l'automédication ?
- En quoi les logiques de gestion urbaine des médicaments aboutissent à la pratique de l'automédication ?

Dans le cadre de la réalisation de cet article, les approches méthodologiques, les représentations autour de la conception de l'offre et de la demande et Les logiques de gestion urbaine des médicaments qui influencent le recours à l'automédication restent les points essentiels.

1. Matériels et méthode

1.1. Présentation de la zone d'étude



Carte n°1 : portant la présentation de la ville de Zinder

ALOU Mahamadou, 2025

La ville de Zinder est située à environ 900 km à l'est de Niamey (la capitale du Niger), à peu près 250 km du nord de Kano, à 700 km à l'ouest du Lac Tchad. Avec une superficie de 155 778 km², elle s'étend en latitude entre les parallèles 12° 48' et 17° 30' nord et en longitude entre 7° 20' et 12° 0' est. Constituée de cinq (5) arrondissements subdivisés en quartiers et villages ruraux et semi-ruraux dits villages rattachés, elle est située au sud par la commune de Dogo, au sud-ouest par la commune de Droum, à l'est par celle de Gaffati et de Koleram, à l'ouest par la commune de Tirmini, et au nord par la commune de Dakoussa.

1.2. Méthodologie

La population d'enquête fait référence aux informateurs potentiels de l'étude que sont les habitants de la ville de Zinder (usagers des médicaments), vendeurs de produits pharmaceutiques (pharmaciens et vendeurs informels), agents de santé et des leaders

communautaires sans distinction de sexe, du niveau d'instruction et des situations socioéconomiques. Dans le but d'énoncer les règles morales et le rattachement social autour des logiques de l'automédication, le critère d'inclusion repose sur l'appartenance aux groupes des usagers rencontrés pendant la période de collecte. En pratique, les entretiens qualitatifs sont structurés au niveau de 15 vendeurs des dépôts reconnus (dont 3 par/commune), trois (3) pharmacies formelles existantes et 7 ambulants. Au niveau de chaque vendeur des dépôts et des ambulants, la recherche s'est entretenue avec 9 clients selon la technique sur place. Mais pour le cas des trois (3) pharmacies formelles qui existent dans la ville, 11 clients par centres sont maintenus. En plus, les entretiens se concentrent au niveau des prescripteurs (15 médecins, infirmiers et sage-femmes), d'un agent du gouvernement (1), 5 maires des arrondissements communaux, 1 agent de la Mairie Centrale, la justice (1), la Direction Régionale de la Santé Publique (2), la Direction Régionale du Commerce (1) et l'ONPPC¹ (1). De ce fait, le terrain est devenu sous nos yeux comme l'opération technique de collecte des données permettant de reconstruire les significations exactes du phénomène de l'automédication, par le biais d'une approche qualitative autour des observations participantes, des entretiens semi-directifs et des groupes de discussion.

2. Résultats

2.1 Représentations des logiques de l'offre entre inclusion et exclusion

En considérant les rendements de la recherche, il ressort que les fréquences d'achats et les modes d'usages des médicaments sont les traceurs indicatifs de l'offre et de la demande qui sont perçus différemment et selon les groupes socioprofessionnels.

¹ Office National des Produits Pharmaceutique et Chimiques du Niger

2.1.1. Conception de l'offre selon les usagers

D'abord, il y a lieu de rappeler avec Desclaux & Lévy (2003) que les produits pharmaceutiques sont devenus des supports d'investissement idéal, d'interprétations, d'élaborations symboliques, en rapport avec la culture scientifique biomédicale qui les produit, avec les multiples cultures et sous-culture. Ces objets imposent aux usagers de faire des choix basés sur des idéologies et des simples connaissances. Les offres font appel à des logiques multiples comme celles des distributeurs, grossistes, prescripteurs, pharmaciens, commerçants et des vendeurs non qualifiés. Trois catégories des vendeurs sont visibles dans les arrondissements communaux de la ville de Zinder : les vendeurs des médicaments provenant du Nigeria qui évoluent des quartiers en quartiers (ambulants ou des boutiques) les vendeurs des médicaments dans les dépôts qui combinent les médicaments du Nigéria et ceux qu'ils qualifient de « Français » ou médicaments de la pharmacie et les vendeurs des pharmacies officielles (populaires et privées). En face de cette proximité, l'offre est vue comme un marqueur spatial qui s'accompagne à de circulations, de significations et de discours autour des expressions suivantes : « *c'est l'offre en qui nous avons confiance* » et « *c'est l'offre qui aide la société à survivre* ».

Si les modes de conception sont sensibles pour l'ensemble des populations rencontrées, leur entendement occupe une place capitale dans la dimension de l'économie morale. Les premiers adhèrent aux caractères utilitaristes de la vente, d'achat et des possibilités d'usage à simple coût. Leurs considérations ne sont pas incluses dans les « *hors les murs* », mais concernent essentiellement les représentations qui sous-tendent leurs choix. Les constats des offres apparaissent éclatés par certaines réactions qui ne cessent de préciser « *les structures de vente se distribuent de façon aléatoire dans la ville* » et « *l'offre est un moteur des dynamiques qui garantit la santé* ». Face au développement de l'offre, les demandes sont devenues de plus en plus importantes où le recours aux vendeurs informels est fortement plus puissant. La considération de l'offre

donne à l'activité sa légitimité et répond à la répartition de la demande, notamment à son accessibilité géographique et à son adaptation avec les acteurs qui ont des activités sociales propres, dignes d'un intérêt commun. Certains clients centrent leurs regards dans les espaces de ventes qui les mobilisent dans les décisions d'achats et de consommations. Ensuite, dans l'ombre des savoirs populaires, l'acceptation des croyances et des valeurs thérapeutiques mise en relation avec les circonstances de guérison a permis d'offrir des bonnes images aux activités de l'offre. Dans certains discours, les uns pensent que la présence des médicaments pharmaceutiques est « positive » et s'attache à « un bien » et à « des avantages » au détriment des pauvres. En face des multiples perceptions qui se réalisent aux yeux de la majorité des populations vis-à-vis de l'offre, les uns se penchent sur les *familiarités* en termes de « garanties » et de « solutions des problèmes des pauvres ». Pour d'autres, les positions sont fondées sur des nouvelles reconnaissances de la « valeur marchande » et celle de la « valeur thérapeutique » qui sont mises en adéquation avec l'histoire de l'État. Ces représentations à caractère individuel et/ou collectif sont socialement construites et ne se rendent pas dépendantes de la sphère médicale. Une partie importante de ceux qui estiment être en grand effectif fait appel à la facilité d'achats et à la réduction de la distance entre l'achat et la guérison.

Parallèlement, certaines populations urbaines estiment que l'offre est considérée comme le désordre créé par l'état où tout le monde rentre pour chercher de l'argent. Concrètement, elle devient aussi un cadre inadapté susceptible de créer des rapports de confiance et de méfiances entre eux et les clients. Pour d'autres, le dispositif de l'offre s'insère dans une nouvelle modalité d'accompagnement qui place les populations au cœur de la relation offre/usager. Leurs affections morales s'accompagnent à des représentations sociales qui mettent en jeu les habitudes de l'usage des médicaments entre l'accessibilité et la continuité des soins. Cette limite a offert un ensemble d'opportunités transgressives soutenues par diverses idéologies en termes de « *il y trop de laisser-faire* », « *c'est un offre*

non contrôlé ». Pour d'autres réactions, l'offre est considérée comme faisant partie du secteur privé « c'est un désordre organisé » où « il y a aucun contrôle et « il existe aucune loi », « c'est du cafouillage organisé », « c'est le lieu des choix préférés ». Cela se réalise dans les logiques collectives et en fonction des fonctionnements des centres de vente.

2.1.2. Conception des logiques d'offre chez les vendeurs et des autorités locales et sanitaires

À travers divers entretiens, les agents de l'État et les agents de santé sont considérés comme des groupes cibles ayant des images claires, en raison des logiques techniques et des procédures d'exception qui les caractérisent. Toutefois, dans ce camp, il est difficile de déterminer la façon dont les perceptions de l'offre des produits pharmaceutiques se révèlent puissantes. Les conceptions de certaines personnes averties se reposent sur les écarts entre les normes pharmaceutiques de vente et la question de l'offre. Même si la recherche se base sur la position d'un agent de l'ONPPC, on comprend que le droit de l'offre et de la vente est le résultat d'un processus circulaire qui détermine les conditions d'ouverture d'un dépôt de vente des médicaments. En face des soucis d'application des sanctions symboliques, diverses positions des professionnels de soins et d'administrations sanitaires sont soucieuses des modes de gestions des médicaments pharmaceutiques qui ne sont pas inscrits sur la liste nationale conformément à la réaction de Timbo (2013, p. 45). Cette gestion est l'une des principales sources d'échecs de l'offre qui aboutissent à la mauvaise conservation ou aux nouveaux mauvais usages des médicaments. Certains ont cherché à critiquer ce qu'ils ont appelé le mythe pharmaceutique. La plupart des avis tournent autour des limites réglementaires pharmaceutiques qui restent inutile dans les centres de vente. Il faut toutefois relever avec ce groupe que le scandale et les incertitudes de l'offre urbaine des médicaments sont mis en avant pour indexer la lâcheté des règles pharmaceutiques. D'autres ont apporté des preuves réelles qui se rapprochent à la défaillance de gestion de l'État. Par ailleurs,

l'image que porte la tradition de l'offre se focalise sur la culture pharmaceutique qui est extrêmement compétitive. Cela témoigne les rêves des vendeurs vivant au pire du cauchemar qui se réalisent sous la garantie des réseaux d'influence. Puis, de manière quasi simultanée, au-delà de la main-d'œuvre, l'offre est perçue chez une grande partie des enquêtés comme l'adaptation des populations locales qui émerge sous l'influence des demandes où les clients sont censés formuler des souhaits et des fréquences d'achats. Tout en dégagant les résultats des différentes observations, on voit ici comment l'offre des produits pharmaceutiques devient chez certains vendeurs comme un gagne-pain qui tend à offrir à ses hommes un caractère socioéconomique symbolique.

2.2. Les logiques de gestion des médicaments de l'automédication

2.2.1. La gestion des produits pharmaceutiques dans la sphère urbaine

Le centre urbain est le milieu au sein duquel se sont élaborés les droits professionnels de soins (formel et informel) et les droits moraux qui sont formés autour de marchés ouverts. Dans ce contexte, l'organisation des métiers et du commerce semble provenir de l'organisation et de la division des populations en corps de métiers. Les observations directives soutiennent que ces centres sont les symboles par excellence d'exploitation, d'extrême hétérogénéité sociale et culturelle, de grands espoirs et de promesses. Ces lieux laissent apparaître des situations de luttes de classe, d'expériences, de diversités d'activités, de pratiques génératrices de revenus et des pouvoirs d'usages des médicaments. De visu, la ville de Zinder se caractérise par des bâtiments qui offrent, attirent et donnent naissance à des « *offres pharmaceutiques privées abondantes* » conformément aux travaux de Desclaux & Badji (2015, p. 22). A ce niveau, les modes de répartition pharmaceutiques (comme objet politique d'implantation) sont calqués sur les divisions spatiales et s'éparpillent dans les zones les plus attractives. En raison des contacts et des rapports directs avec les populations, les modes de gestions

des médicaments pharmaceutiques viennent troubler l'ordre où les recours à l'automédication sont devenus l'organe central de la vie collective. Pourtant, les règles d'offre relatives au droit pharmaceutique et ceux des besoins des populations ont pour fonction d'établir les barrières usages-médicaments, sans aucune fondation en lien avec l'ordre moral. En effet, divers sentiments secouent les tristes spectacles des interactions populations-vendeurs qui ne sont que des conflits d'usages menant à des désordres de toutes sortes. Cela anéanti selon la position Maire de la ville de Zinder à la « *bonne intégration des médicaments dans la vie des populations* ». A ce niveau, la gestion semble se constituer comme un système *non défini, sans condition de diplômes où l'accès est ouvert à tous et mettant à mal les réalités de consommation.*

Pour les besoins de la recherche, notre investigation prend en compte le système de gestion pharmaceutique qui se « *concentre et interagit* » (Baxerres, 2012, p. 19) en fonction des répartitions des vendeurs plus ou moins hétérogènes et de la répartition géographique des pharmacies formelles déséquilibrées. Les zones d'élection et d'installation des pharmacies prennent en compte les niveaux concentration sociodémographique, les plus élevés. En revanche, les occupations des centres évoluent dans les villes et même à la périphérie aux limites de la législation urbaine et qui laisse intégrer même les illettrés dans la danse. La perception d'un agent de la DRSP nous confirme cette réalité par « *c'est une activité qui gagne du terrain surtout grâce à l'implication des non-professionnels de la santé* ». Cette image d'incertitude et de complexité est encore renforcée par les systèmes de gestions locales que certains mettent l'accent sur le modèle de la poubelle. En dépit de l'effervescence observée dans la gestion, il n'existe aucun consensus sur la justice distributive et sur la compatibilité de vente. Il existe aussi divers mouvements des ambulants qui se promènent à pied, à vélo, avec les pousse-pousse dans tous les coins de la ville pour vendre à moindre coût les médicaments. Les autres combinent les produits avec d'autres denrées comme les noix de cola, le tabac

sur des paniers ou des tabliers. La réalité des types de vente est confirmée par la planche n°1 ci-dessous.

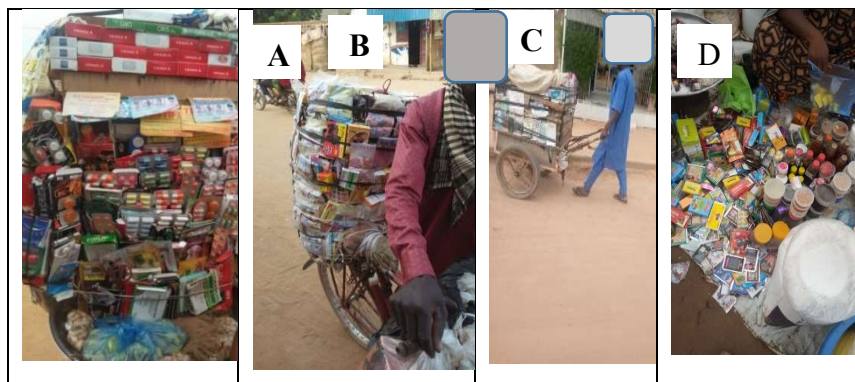


Planche n°1 : portant information sur la vente par certaines catégories de vendeurs informels

Source : résultat de la recherche 2024-2025

L'image A montre que le vendeur ambulant combine les médicaments pharmaceutiques, tabac, cola et d'autres produits. L'image B porte sur le vendeur ambulant qui combine les produits pharmaceutiques avec les médicaments de soins animaux. L'image C parle d'un vendeur ambulant avec son pousse-pousse combinant médicaments pharmaceutiques-parfums et d'autres produits divers. L'image D montre aussi la présence d'une femme qui vend les produits sur place, à même au sol, qui combinent des produits pharmaceutiques avec d'autres produits parfumés.

Pour la majorité des entretiens, l'échec repose sur « *la limitation des créations des centres de soin et des pharmacies populaires qui sont mal répartis* ». Le fait de jeter un regard sur le réseau de vente urbain, a aidé la recherche de témoigner les types d'accès aux marchés des médicaments qui représentent selon la vision de Baxerre (2010) comme un des secteurs économiques les plus dynamiques et les plus lucratifs de la planète. Dans le milieu urbain de Zinder, divers

bouleversements s'accompagnent dans les fondations économiques plus ou moins rapides fondées sur les distributions inégales des ressources et qui engendrent la formation de groupes sociaux de droit. Les enquêtes menées auprès des catégories sociales très diverses découvrent que le marché des produits pharmaceutiques est extrêmement concurrentiel, apparaît inadapté et se converge vers la construction des conflits d'usage. Les uns insistent sur les « *bons produits* », « *au bon endroit* » qui sont motivés par l'intérêt des « *facilités* ». Certains les considèrent comme des valeurs « *allant de soi* ». D'autres se focalisent sur les expressions comme « *sont des événements mauvais* », « *sont des centres non bénéfiques* ». Par exemple, situer l'origine de la crise de gestion des médicaments pharmaceutiques dans la sphère urbaine consiste à se référer aux avis des professionnels médicaux qui restent vagues et confus : « *c'est le système* » ; « *c'est le ministère* » ; « *c'est la direction* ». Leurs propos semblent se rapprocher de ce que Weber (1980) cité par Patez (1987, p. 55) qualifie « *des relations sociales fondées sur le compromis ou la coordination d'intérêts motivés rationnellement en valeur et en finalité* ».

La richesse et la diversité actuelles de noms de lieux à Zinder relèvent de l'histoire de cette ville, de sa particularité en relief, sa composition pluriethnique et la tradition orale relèvent principalement des souches linguistiques (GANAOU HAROU, p. 1) comme le « *hausa* », la « *kanouri* » et le français. Pour le simple cas des médicaments pharmaceutiques, les toponymies retiennent l'attention des populations sur les croyances, opinions et représentations collectives. En adoptant une posture attentive aux diversités d'entretiens et aux variations de positions, la recherche ne peut pas diluer la force de la socialisation de vente dans la multiplicité. La grande cohérence qui caractérise les logiques du recours à l'automédication s'articule autour des *nominations des centres* apparaissant comme des conduites particulières d'intériorisation et valorisation des centres attirants. Ces espaces se trouvent au carrefour de la création des noms issus des noms des personnalités et des centres de vente. La diversité toponymique

dans les places publiques, les carrefours, les petits marchés sous les noms des héros, des grands commerçants, des grands intellectuels servent de base pour décrire l'émergence des motifs d'achats et de négociations thérapeutiques. C'est pourquoi la majorité des interviewés se rattache à des anthroponymes² issus de noms des autochtones qui sont le reflet particulier des rapports aux médicaments, sous différentes représentations. Ainsi, il s'agit dans chaque cas d'achat, d'examiner les rapports centres-achats qui dépendent des revenus familiaux et de système de préférence. De ce fait, la majorité des interviewés se rattache à ces lieux privilégiés qui sont le reflet des rapports particuliers entre les représentations vis-à-vis des noms des centres et les modes d'achats



Planche n°2 : portant sur la toponymie des dépôts et pharmacies locales attestant la circulation de significations et des systèmes opératoires de ventes et d'achats.

Source : résultat de la recherche 2024-2025

Ici, le terme « *Hikima*, signifie stratégie », « *Annour*, signifie lumière » et « *Sauki* qui signifie moins cher, ». Les types d'offres en produits pharmaceutiques s'expliquent ici par le rattachement à ses noms qui sont attirants et qui sont reconnus localement.

² Sont des noms de lieux reconnus des lieux et des personnes autochtones

Le système de variations de vente fonctionne comme un dispositif d'acquisition de savoirs plus diffus et plus visibles. Ce processus ne se réduit pas à processus d'éducation d'usage, mais plutôt à une légitimité contestée par certaines visions. Pourtant, en référence aux travaux de Throé & Aumond (2011, p. 111), on comprend que l'un des effets induits par le développement et la gestion massive de certains médicaments est de favoriser l'accès à des produits présentant un potentiel d'addiction et pouvant être détournés à des fins toxicomaniaques. Le fait que les médicaments sont introduits dans la vie des populations de la ville de Zinder est apparu chez un des vendeurs des pharmacies officielles comme « *un mauvais guide où la qualité, l'efficacité et la sécurité ne sont pas garanties* ». Cela se justifie par la réaction d'un maire des communes urbaines qui pense que :

« L'échec est dans la gestion. Les communes ne sont pas du tout associées à planifier le phénomène de l'autosoins comme les autres le pensent actuellement, mais les arrondissements communaux de la ville de Zinder sont en train de voir les stratégies à suivre pour réduire l'autoconsommation. Pour cela, je pense qu'il faut passer par des phases de sensibilisation pour une prise de conscience que ces médicaments sont fabriqués, emportés et vendus de manière illégale. Cela veut dire que ce ne sont pas des laboratoires accrédités qui les produisent » Un des maires de la ville de Zinder rencontré le 11/04/2025.

2.4. Gestion individuelle des médicaments entre connaissances et expériences

Pour rappel, la santé tout comme la maladie est restée des réalités vivantes chez chaque être. En présence d'un désordre organique, les décisions ne se font pas au hasard, mais répondent plutôt à une politique individuelle. L'essor de la vague pratique de l'automédication pour des causes individuelles repose sur le relativisme de l'accroissement de l'autonomie, d'un développement de l'autocontrôle et d'un renforcement du contrôle par les pairs qui ne cessent de renforcer les mécanismes informels. La prédominance des décisions propres s'explique par le fait que, dans cet état de proximité des médicaments, chacun pense qu'il a la liberté de les

gérer et de les prendre comme il l'entend de son pouvoir propre « *donne-moi la gentamicine collyre. C'est cela que j'ai l'habitude d'utiliser pour mes yeux qui font mal* ». En se plaçant sur le pied d'égalité, l'analyse tente de décrire les contraintes personnelles qui s'inscrivent sur l'autonomie et l'estime de soi, sous l'influence individuelle et/ou collective. À partir de cette analyse de l'état de gestion individuel, la recherche dégage les finalités du pouvoir d'usages que certains parlent « *pouvoir de paix* » et de « *liberté d'usage* ». À ce niveau, la plupart des clients en phase d'achats sont porteurs d'une automédication primaire³. Dans cette logique, la fonction de l'automédication est considérée par un agent de la justice comme une pratique « *sans loi, sans règle qui est entraînée par des volontés et des capacités individuelles* ». Dans un tel contexte, les types de rapport individu-médicament constituent le système d'usage d'affect et de tensions qui sont moralement admises dans le champ urbain. Par exemple, la majorité des clients rencontrés s'inscrivent aux projets d'usage par le sens moral en saisissant une opportunité occasionnelle de proximité. En effet, la réflexion autour de la démarche morale des gestions des médicaments s'avance dans les aspects relationnels. Les modes de décision font l'objet des d'encadrement, soit par les parents et même avec les groupes sociaux externes de la famille. Ce groupe social dicte les sélections des médicaments en fonction de la perception, de leurs efficacités et des effets des médicaments qui font l'objet de représentations individuelles et collectives. Les savoirs sur les modes de gestion et d'usage s'appuient aussi sur d'autres critères d'appréciation qui proviennent des expériences de consommations, des interactions avec d'autres et des sources d'influences dans lesquelles ils s'insèrent conformément aux attentes de Throé & Aumond (2011, p. 111). Dans ses conditions, la personne souffrante peut décider d'apprécier les médicaments pharmaceutiques à partir de ses

3 Selon laquelle l'acteur se décide seule d'acheter et consommer les médicaments sans aucun conseil médical.

jugements sur les principes de satisfaction par « ça guérit » et « c'est performance ». De ce fait, le consommateur obéit à son « *instinct stratégique* » (Crozier, 1964 cités par Martin, 2012, p. 105) et accorde d'importance au succès de son action ou de l'évolution de sa santé. Les causes de gestions trouvées dans le cadre de cette étude sont la résultante de l'autonomie individuelle qui incite de multiples choix d'achats. Une telle réalité est apparue dans la conduite d'un de nos enquêtés qui se présente chez un vendeur des produits pharmaceutiques d'un dépôt et remet l'ordonnance en lui disant : « *donne-moi les deux premiers sirops. Les derniers ne sont pas efficaces pour mon enfant.* ». Cet exemple confirme la teneur de la représentation symbolique de l'ordonnance qui fait l'objet d'une construction décisive selon le besoin et la possibilité d'achat.

2.5. La place de l'automédication dans l'espace familiale

Le profil sanitaire de la ville est fortement marqué par la pauvreté, la vulnérabilité particulière dans les institutions familiales où le droit domestique devient de plus en plus étendu et plus complexe. Cela pousse la recherche à s'appesantir sur les réalités de Martin (2004, p. 5) pour concevoir la famille comme le « *giron où se forment les identités, les individualités, sous l'influence des interactions dont elle est le théâtre* ». Au sein des familles représentent les atomes de parenté, les liens d'alliances, de filiations, de coopération, de reproduction, d'éducation, d'intégration et des croisements de besoins. Sauf que, les observations montrent que certaines familles sont petites et d'autres sont larges et/ou multi-générationnelles. Certaines d'entre elles sont patriarcales et d'autres par contre sont matriarcales. Mais, pour que les membres des familles jouent leurs jeux et acceptent de se mettre en scène dans l'accumulation de biens productifs et de gestion des médicaments, les hommes et les femmes vont se trouver en face des utilisations des médicaments pharmaceutiques qui sont soumises entre les causalités socioéconomiques, les interactions sociales et les logiques de différenciation de marché. Bref, dans ce contexte familial, le point commun à tous les acteurs en scènes d'achats s'articule autour des

considérations d'« investissements familiaux » « premiers secours ». Autrement dit, la dynamique de gestion des médicaments pharmaceutiques au milieu des familles se justifie par diverses pratiques de soins mobilisables pour « prévenir les complications avant la consultation » au sens de la réaction d'un agent de la Pharmacie assemblée de la ville de Zinder. Dans ses conditions, le père et la mère restent les principales sources d'achat des produits indiqués. Cela est confirmé par une mère qui pense : « lorsqu'un de mes enfants est malade du palu, mon mari m'envoie acheter des paracétamols et du coartem. Cela me pousse à acheter beaucoup pour en conserver »).

Pour progresser et prendre connaissance autour des logiques du recours à l'automédication sous la couverture des structures familiales, l'analyse se focalise sur les observations de la vie quotidienne où les besoins sont attachés à la figure maternelle grâce à la forte division des tâches. À ce niveau, la recherche détecte que la vie sociale et économique se structure de façon interne autour de la femme qui semble être plus ouverte aux membres et aux voisinages. Ce rapport qui est le mécanisme principal de la socialisation primaire semble aussi se fonder sur « l'espace corporel » et « l'espace social au sein des logiques culturelles » (Fainzang, 2003, p. 140). Cette vérité est éclatée par le biais d'une enseignante du collège (CEG 2) rencontrée dans un dépôt pharmaceutique qui déclare que :

« J'ai toujours une caisse pharmaceutique dans mon ménage. Quand j'achète les produits, c'est juste au service de mes voisins qui me dérangent à la moindre douleur. Sont les vieux du quartier, les jeunes talibés et parfois même les chefs de famille. Pour moi, c'est une occasion d'aumône. »

Au cours de cette recherche, plusieurs enquêtés relatent que les pharmacies familiales sont devenues des sources de régulations en termes de « bien au service des membres de la famille » où le passage à l'acte d'usage est au service des membres de la famille, des voisinages, des proches. Une telle vision pousse les personnes enquêtées à confirmer que cet espace impose des situations de consommation sous l'influence d'un tiers que la

recherche qualifie « *d'automédication passive* » ou « *indirecte* » au même titre que N'koma (2011, p. 10). Toutefois, dans l'affirmation des pratiquants, la question de la solidarité familiale se confirme dans les échanges des objets d'usage, dont les plus courants sont ceux des produits pharmaceutiques « *c'est mon mari qui m'a dit d'acheter ces produits pour les membres de la famille et d'autres voisins* ». Cette dynamique interfamiliale constitue l'un des moyens efficaces qui valident les relations d'usages où les échanges permettent de valider une « *automédication expérimentée* » (Desclaux dans Baxerres, Guienne, Hounghin et Marquis, 2015, p. 19).

Récit de vie n°1 : relatant l'importance d'une caisse familiale

J'ai été élevé chez un oncle qui avait deux femmes. Quand je tombais malade pendant ce moment d'enfance, on ne me traitait pas ou bien même si on le faisait c'est tardivement, grâce à l'influence de la seconde femme. Mais aujourd'hui, ayant vécu cette situation si triste, je me suis totalement intéressé à assurer les produits pharmaceutiques à tout le moment, et cela dès que j'ai l'argent. Je les achète et je me traite le plutôt que possible. C'est pourquoi, j'ai tous les temps à ma disposition les produits de première nécessité tels que para, amoxi, cotrim, métró, aspirine, et diclo pour ne citer que ceux-là.

*De même, dès que quelqu'un de mon entourage se trouve dans le besoin, je lui porte secours. La caisse familiale est fréquemment garnie et de tout le temps. Les proches voisins le savent très bien, car ils arrivent souvent en courant et me les demandent. Grâce à cette caisse familiale, j'ai eu beaucoup de considération. Les uns m'appellent même « *likita, qui signifie soignant* ». Les autres pensent que je suis leurs sauveurs. Souvent, certains jeunes la famille qui trouvent son importance, se proposent même de la doter en des produits pharmaceutiques.*

Par ailleurs, le relativisme du recours de l'automédication dans l'espace familial est devenu la source d'une moralité qui incite les

femmes urbaines à tendre vers le style de vie pour des véritables « démonstrations corporelles ». À travers la lecture des données de l'enquête, il est donc plus juste de parler au sens des enquêtés d'une gestion de « maintien de la vie conjugale » « gestion des futurs époux⁴ », « fonctionnement conjugal », « prise de poids » et le « monopole familial » qui conditionne l'éventuelle rupture conjugale. En conservant cette question d'usages, la recherche prend en compte la pluralité d'actions coordonnées sous le rôle sexué, les idéaux, les stratégies d'évitement des conflits conjugaux qui peuvent être à l'œuvre des conduites des pratiques de l'automédication. Cela est confirmé par une cliente qui parle en ce sens : « la petite sœur va se marier, donne-moi le dynawell sirop pour qu'elle prenne le poids ». Cette conception de la corpulence féminine permet de comprendre que le phénomène de l'automédication est en pleine construction, sous diverses traductions des mythes, dont les formes d'expression ne sont que le passage de construction et d'intériorisation d'habitudes. Les propos d'une femme se manifestent dans la mise en relation médicament-prise du poids-vie conjugale où la conception d'usage se traduit par automatiquement par la solution du mal dont elle souffre : « donne-moi six plaquettes de la dexaméthasone dont trois de mai-chikafa et trois de shap-shap, trois plaquettes de la dynawell et un flacon de rirop de dynawell ». Cette gestion se justifie par des attachements moraux qui sont susceptibles de rendre raison aux variations, aux décodages, et aux interprétations pour « changer les nouvelles formes du corps » au nom d'un ordre symbolique que Angaut (2002, p. 16) qualifie de « doute anthropologique ». À ce sujet, à la sortie d'un centre de vente, une femme interviewée nous confie que :

« Mon mari est absent. Mais il va revenir au courant de la semaine. J'ai besoin de ses produits pour prendre du poids. Une de mes amis m'a conseillé de combiner les produits sha-shap, mai-chikafa et dynawell sirop. Avant de les prendre, je vais mettre les différents comprimés dans le sirop de dynawell.

⁴ À l'approche des festivités de mariage, les jeunes filles prétendantes se donnent à la consommation des appétissants pour régulariser leurs corpulences et répondre aux désirs sexuels.

Il suffit de consommer une seule cuillère par jour de ce mélange pour véritablement prendre le poids dans un délai très court ».

Toutefois, la configuration familiale dans laquelle s'inscrit les femmes pour la régulation des devoirs familiaux, le recours à l'automédication dite appropriée devient le capital d'attrance, d'estime de soie. Au premier regard, il semble à partir de longues observations que la recherche parvient à la conclusion suivante : les causes de l'automédication dans les institutions familiales est le moyen de succès qui se tient pour mesurer et rehausser les concurrences conjugales sous l'effet de comparaison et provocation. Les interprétations qui relient le phénomène médicaments-consommation-femmes-prise des poids restent soutenus par les interviewés comme les « *espoirs des populations féminines* » et font partie intégrante du modèle de la socialisation populaire qui a la confiance d'un « *corps gros* ». Ainsi, en face des normes éducatives sur la présence d'un corps spécifique pour l'épanouissement et la satisfaction des curiosités spéculatives, se présentent sous les yeux de certaines personnes comme un « *intérêt des femmes pour protéger les foyers* ».

Par ailleurs, l'analyse ne cesse d'indexer la « *féminisation de l'automédication* » qui devient l'instance, la routine entre les femmes et la culture d'usage. Cette démocratisation de gestion et d'usage vient mettre à mal les croyances initiales des femmes pour limiter leurs projets de menstruations. À ce niveau, Hadiza 28 ans, enseignante au niveau primaire disait : « *Je prends un anti-inflammatoire comme gébédol pour limiter mes douleurs articulaires* ».



Planche n°3 : portant sur les types de noms de la diclofénac.

Source : résultat de la recherche 2024-2025

L'image A portant des formes de diclofénacs⁵ avec des noms localement connus « Gebedol », « sokomol » et les diclofénacs simples de 50 à 100 mg L'image B porte aussi sur un autre type de dyclofenac + potassium que les femmes font usages pour limiter les dysménorrhés (douleurs des menstruations).

De même, en s'approchant aux agents de santé, on comprend que leurs visions sur les modes de gestion des produits pharmaceutiques dans l'espace familial sont tout à fait contradictoires. Il est vrai que nous ne parlons pas du négatif, mais plutôt de mettre en parallèle le positif et le négatif pour produire le bilan aux intérêts de la recherche. Au regard de leurs positions, bien que ces objets échappent à leurs fonctions techniques, les uns pensent que leurs

⁵ C'est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) à usage d'actions thérapeutique, un analgésique utilisé pour des prescription sous contrôle médical pour des Douleurs d'intensité modérée à composante inflammatoire (sciatique aiguë, coliques néphrétiques, douleurs postopératoires, etc.)

gestions au sein des familles se présente comme « normales », « belle initiative » qui joue le rôle de « premier soin ». Cela permet aux populations qui se trouvent dans des situations précaires de mener à bien des auto-traitements comme celle de « raba, qui signifie la convulsion ». À ces points de vue, les regards des soignants normalisent l'intégration des institutions familiales dans les usages. Cela permet aux malades d'acquérir le bagage nécessaire pour lutter contre les extrêmes dégradations organiques. Les reconnaissances des contraintes d'usages portées par les professionnels sont diverses et laissent trop peu de place à la liberté communautaire : « elle est appréciable en cas où le chef de famille n'a pas d'argent et les moyens de transport ». Cela répond aux attentes d'une cliente âgée de 41 ans qui pense que : « Mon mari est terrassé par le palu, je viens acheter un antipaludéen comme le Coartem et l'Effergal. Quand tu le vois couché, on dirait qu'il va mourir. Mais dès qu'il prend ce médicament, il ne va pas prendre du temps pour se lever ».

2.6. La force de l'environnement dans la gestion des médicaments entre habitudes et savoirs locaux

Tout d'abord, avec le langage de Parsons cité par Rocher (2004, p. 47), on comprend que « la fonction d'un système vivant correspond à un ensemble d'activités destinées à répondre à un besoin ou à des besoins du système en tant que système ». Ensuite, nous savons à travers les recherches antérieures comme celle de Maireaux (2014) que les inégalités sociales de santé peuvent être liées à l'environnement physique dans lequel vivent les individus. Mais, en amont de « l'arène d'action » (Elinor Ostrom cité par Israurabile, 2015, p. 102), les pratiques de l'automédication observées dans le champ urbain de Zinder se perçoivent aux sens des enquêtés comme un « bien », une « capacité d'inventivité » et une « créativité d'usages » à travers lesquels les consommateurs définissent et construisent leurs expériences par les usages apprises et les usages imposés. Des points de vue des enquêtés, les pratiques de l'automédication impliquent les rapports entre clients-vendeurs-

normes locales. Ce processus ne se réduit pas à la façon dont les hommes et les femmes sans distinction d'âge, de niveau et de profession puisent leurs expériences de soins auprès de ce que l'analyse qualifie des structures cognitives. Mais il ne fait que selon Herskovits (1950, p. 129), « élargir le champ de leur expérience pour y inclure le comportement similaire qu'ils observent chez leurs semblables ». Les expériences sociales considérées comme légitimes fonctionnent comme les « actes automatiques » sont susceptibles d'avoir des influences sur les autres instances par le canal de « se débrouiller seul ». Mais précisons que, même si les conceptions de Durkheim (1894) interpellent les pratiquants à prendre en compte les croyances et les pratiques sociales qui agissent sur nous du dehors, l'analyse atteste que les utilisations répétitives des médicaments relèvent à certains égards d'une telle propriété. À cet effet, la proximité domine, impose les croyances et donne naturellement à l'action d'autoconsommation une puissance efficace pour lutter contre les maladies dites éphémère. Cette pression thérapeutique de tous les jours que subit la population de la ville tend à façonner et à routinier les populations, dont les parents et les proches parents ne sont ce que Bargès (2001, p. 184) nomme les « symboles sociaux de la grandeur ». Le caractère pluriel de l'automédication se déploie tout au long de l'échelle sociale urbaine et se constitue comme un trait des socialisations populaires. « Mon oncle me conseille de prendre chaque mois la sulfadoxine pour la prévention du palu ». À ce niveau, les relations parentales, amicales sont pointées de doigt pour offrir de multiples sources d'usages. Cela se justifie par l'achat d'une femme qui dit : « les membres de la fada⁶ m'ont conseillé d'acheter la pommade 3% pour ma plaie ». Et un boucher nous apprend que « en présence des douleurs, je fais référence à ces produits indiqués dans cette ordonnance : kinal comprimé. C'est un ami infirmier qui me l'a conseillé ». Cette nouvelle orientation s'inscrit dans la lignée des travaux de Passeron (1991, p. 8) qui se focalisent sur la sélection des pratiques passant par la

⁶ Lieu d'échange et de discussion qui regroupe les groupes et/ou professionnels semblables.

reproduction de schémas de pensée plus ou moins inconscients et par la socialisation. En effet, selon la position de certains enquêtés, plus le savoir est possédé, plus les personnes souffrantes sont susceptibles de reconstruire la pensée illogique de la guérison. Pour cette option, les personnes rencontrées qui semblent être autonomes, goûtent les améliorations ou les aggravations de la santé, développent et reproduisent toutes les liaisons, tous les fondements sociaux et culturels et toutes les valeurs qui sous-tendent leurs recours aux usages des médicaments.

Mais, ici, l'analyse va prendre en compte l'ensemble de conduites traitable comme la construction idéologique, la nature et l'importance de la fonction morale qui sert de repères pour orienter les comportements de consommations, on comprend que l'automédication devient éternelle grâce à la présence de convictions, de dogmes et de représentations partagées par les populations urbaines qui ne cessent de prononcer : « *ça dépend des gens avec qui on vit et comment ils nous conseillent quand on ne se sent pas bien* ». Dans cette perspective, la soumission aux logiques d'usages est la résultante de la socialisation urbaine qui constitue le noyau thérapeutique le plus visible aux travers ce que Parson cité par Rocher (1988, p. 75) qualifie de « *la dynamique de l'équilibre social* ». Autrement dit, en accordant une place importante sur les raisons d'origines sociales qui suivent de très près les usages habituels, d'autres malades, blessés ou non malades obéissent à une éthique professionnelle pour rendre visible la généralisation des expressions qui restent confuses dans le socle commun pour « *réduire les douleurs* », « *mise en forme* », « *le besoin de prise de poids* ». Les rapports avec les médicaments ne déterminent les usages de type normal, mais plutôt sont porteurs des fonctions diffuses soit pour des causes de « *distraction* » et de « *soulagements rapides* ».

3. Discussion

À la suite des résultats des données capitalisées et mises à l'épreuve par la confrontation de la démarche anthropologique, les travaux de recherche constituent une double contribution à l'analyse des

processus à l'analyse du phénomène de l'automédication. Il s'agit de décrire les logiques d'actions que le niveau de l'individu et des institutions urbaines arrive à concilier pour mener à bien les pratiques de l'automédication. À la première vue, le processus du recours à l'automédication tient le coup dans les systèmes de représentations de l'offre et de la demande où les produits pharmaceutiques sont mal gérés et ne sont pas inscrits sur la liste nationale conformément à la réaction de Timbo (2013, p. 45). Dans cet environnement physique, les opportunités qui rendent crédibles le succès de la pratique de l'automédication dépendent de l'offre de proximité des médicaments pharmaceutiques qui est le reflet du *droit à la ville*. Cette logique de distribution et de circulation trouve sens dans la libéralisation du système pharmaceutique qui se considère dans les déterminations des pratiquants qui se marient dans les situations de marché; des valeurs et des normes sociales locales. Ainsi, au cœur de la logique du recours à l'automédication qui se dessine entre les inclusions et exclusions sociales, il existe des réflexions qui se multiplient entre les orientations de l'offre et les intentions des populations urbaines dans un système de coopération que Crozier & Friedberg (1977, p. 20) désignent par « *un ensemble de jeux structurés* ».

À Zinder, l'organisation des métiers, la réalisation du commerce et la gestion des médicaments pharmaceutiques semble être la réponse de l'organisation urbaine et de la division des populations en corps de métiers. La gestion médicamenteuse implique généralement les distributeurs, les vendeurs, les clients mais aussi diverses institutions qui intègrent « *l'offre pharmaceutique abondante* » (Desclaux et Badji, 2015, p. 58). Certains vendeurs (informel) en font de la vente comme l'objet de propagande de l'automédication grâce aux passages des « *intérêts personnels* » et des « *autocontraintes qui fonctionnent en grande partie sur la base d'automatismes* » (Darmon, 2013, p. 26)). À l'instar des résultats de ce travail, les vendeurs des dépôts pensent contribuer au développement de la pratique de l'automédication par des « *petits conseil* », « *casse les prix des médicaments* », « *la différence des prix*

entre les pharmacies et les dépôts » et la vente les produits mentionnés sur l'ordonnance. Les bonnes relations sont mises au point dans le secteur informel à travers le *marketing* où les vendeurs sont essentiellement à la disposition des clients dans « *une relation de confiance* » (Wogaing, 2010, p. 43). En outre, compte tenu de la proximité des modalités de vente et d'achats, les usages sont vus comme des pratiques qui perdent tout le sens thérapeutique. Mais, en fonction de la logique participative de la gestion des produits pharmaceutiques qui précarise la vie des communautés dans la vie de *l'histoire d'inscription nationale*, la pratique de l'automédication n'exclue pas les médicaments présents dans les armoires des pharmacies familiales qui sont consommés par des initiatives propres. Cela demande selon cette recherche la mobilisation des compétences qui se développent à l'occasion des actions et de « *transformations de soi* », au même titre que la vision de Tourette-Turgis & Thievenaz (2012, p. 3). La pratique devient aussi sensible dans le centre urbain, quand il est indiqué par la recherche que les usages des médicaments dans l'espace domestique permettent de repérer conformément aux travaux de Fainzang (2003) les volontés individuelles et/ou collective qui condensent les traits communs. Toutefois, il ressort que les achats des médicaments pharmaceutiques sont canalisés par les aînées et certains membres de familles qui s'inscrivent dans les auto-traitements à domicile par « *les habitudes* » et les « *bénéfices symboliques* ». Diverses positions des interviewés restent aléatoires et accidentelles « *par la sensation des mêmes symptômes* », « *par la recherche de leurs satisfactions* », « *par les conseils et les propositions thérapeutiques en cas de souffrances* », etc. C'est dans cette perspective que la recherche constate que la réalisation des pratiques thérapeutiques relève réellement de l'espace domestique où les soins de famille restent en filigrane les modes d'adaptations urbaines et où les actions menées sont soit reconnues sur décisions des parents ou par des initiatives personnelles.

L'importance attachée à l'examen de l'automédication dans les cinq (5) arrondissements communaux de la ville de Zinder n'est pas

seulement envisagée par les décisions individuelles, mais par ce que Gauthier (2009, p. 375) appelle « *l'autonomie du sujet* ». Comme d'autres phénomènes urbains, on peut faire référence à la logique de la socialisation urbaine pour comprendre le caractère à la fois agi et agissant de l'individu (Fainzang, 2011, p. 2) et à la logique des conflits des libertés interindividuelles qui laissent place au hasard. Dans cette phase, l'individu se remarque être soumis à des influences provenant de son entourage ou de la société globale à travers des conseils des proches, publicités, avis exprimés sur des forums de discussion diffusés sur Internet, etc. À la vue des résultats de l'étude, la pratique de l'automédication dans le champ géographique de la ville de Zinder s'avère comme une réalité encouragée par les « *mauvais camarades* » qui répond à ce que Gérard (2013, p. 43) appelle les « *nouvelles politiques sociales du pouvoir d'agir* ». De constat, les médicaments sont plutôt achetés par des considérations personnelles et financières (Wogaing, 2010, p. 44) qui agissent en fonction de valeurs, de motifs et de calculs rationnels. Cette capacité des choix thérapeutiques de l'autosoin implique une aptitude à se rattacher aux pratiques quotidiennes qui répondent aux normes sociales des centres urbains où les acteurs rencontrés défendent leurs causes sans forcément faire référence aux fondements rationnels de leurs actions.

Conclusion

La présente recherche portant sur les pratiques de l'automédication sous l'influence du système pharmaceutique entre l'offre et la demande révèle des informations d'une portée socio-anthropologique médicale dans le contexte urbain. Il y a lieu de souligner à cet effet que les produits pharmaceutiques font l'objet d'une responsabilité de gestion individuelle et collective depuis sa conception, jusqu'à son utilisation. Dans le centre urbain de la ville de Zinder, la famille est le premier lieu où se décident les formes d'intégration et de gestions des produits pharmaceutiques, à travers les aspects relationnels. À ce niveau, au fils des entretiens avec les divers groupes, les résultats de la recherche ont découvert que les

dépendances des consciences individuelles ou collectives gagnent la confiance de l'autorité personnelle, des familles et des proches. Par le fait que les interviewés ont partagé une grande partie de leurs idéologies donnant sens à leurs existences, certains usages médicamenteux observés sont organisés en fonction des modes de vie et de la culture urbaine. Dès lors, compte tenu de la représentativité statistique des vendeurs et leurs accessibilités et leurs présences, la recherche a fait ressortir le rehaussement du taux de fréquentation grâce à leurs positions stratégiques dans la pyramide spatiale du centre urbain.

Références bibliographiques

Angaut, C. (2002). Relativisme et anthropologie chez Claude Lévi-Strauss. Séminaire de DEA sur le relativisme, Nancy, France. Halshs-00650850 ;

Bargès, A. (2001). Anthropologie et sociologie associées au domaine de la maladie et de la médecine. (Collectif). Sciences humaines en médecine (Introduction aux), Paris, Ellipses, pp 131-205, halshs-00007257 ;

Baxerres, C. (2010). Du médicament informel au médicament libéralisé : les offres et les usages du médicament pharmaceutique à Cotonou (Bénin). Anthropologie sociale et ethnologie. Paris, EHESS en cotutelle avec Université d'Abomey-Calavi, 2010. Français ;

Baxerres, C. (2012). Les usages des médicaments au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales. *Revue internationale sur le médicament*. Vol.4(1), 2012.

Baxerres, C. Guienne, V. Houghnin, R. & Marquis, C. (2015). L'automédication et ses déterminants. Communication présentée aux Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou. En ligne sur <http://automed.hypotheses.org/Cotonou2015>;

Bourdieu, P. (1996) « La transmission de l'héritage culturel », in Darras, *Le Partage des bénéfiques. Expansion et inégalités en France*, Paris, Minuit ;

Crozier, M & Friedberg, E. (1977). « L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective ». Edition du Seul ;

Darmon, M. (2013). *Domaine et Approche : la socialization*. 2e édition. Armand Colin Éditeur-21, rue du Montparnasse. 75006 Paris ;

Desclaux, A. & Badji (2015). L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal. In *Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants : Son marche et ses circuits de distribution*. En ligne sur <http://automed.hypotheses.org/Cotonou2015>. Pp 11-

Desclaux, A. & Levy, J.-J. (2003). Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et Sociétés*, 27(2), 5–21. <https://doi.org/10.7202/007443ar> ;

Durkheim, E. (1894). *Les règles de la méthode sociologique*. Québec, Édition électronique complétée le 15 février 2002 à Chicoutimi, 80 pages ;

Fainzang, F. (2011). L'automédication : choix thérapeutique ou acte politique ? *La Soeur de l'Ange*, hal-03690456 ;

Fainzang, S. (2003). Les médicaments dans l'espace privé : gestion individuelle ou collective. *Anthropologie et Sociétés*, 27(2), 139–154. <https://doi.org/10.7202/007450ar>

Fassin, D. (2005). *Le sens de la santé. Dans Anthropologie des politiques de la vie. Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux. Chapitre 14, pp.383-399*. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; Paris. Collection Sociétés, cultures et santé.

Fassin, F. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales HSS, EHESS, Paris*. n° 6, p. 1237-1266.

Gagné, L. (1997). « JON ESLSTER et les limites de la rationalité. Choix rationnel et normes dans les explications des comportements individuels ». Mémoire. Université Laval ;

GANAOU HAROU, A. (2020). « Inventaire et classification des noms de lieux dans la ville de Zinder. Mémoire ». Université André-Salifou de Zinder.

Gauthier, B. (2009). Recherche Sociale : de la problématique à la collecte des données. Presses de l'Université du Québec ;

Gérard, J-L (2013). De la capacité, de la compétence, de l'empowerment, repenser l'anthropologie de la participation. *Politique et Sociétés*, 32(1), 43–62. <https://doi.org/10.7202/1018720ar>

Guienne et al. (2016). 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 ;

Herskovits, M. J. (1950) Les bases de l'anthropologie culturelle. Paris : François Maspero Éditeur, 1967, 331 pages :

Isaurralde, M. (2015). « L'approche comportementale de l'action collective chez Elinor Ostrom : quels prolongements pour l'économie sociale et solidaire ? », *Revue Française de Socio-Économie*, 2015/1 n° 15, p. 97-115. DOI : 10.3917/rfse.015.0097 ;

Mairraux (2014). Dimensions psychologiques de la santé : introduction aux rôles sociaux et à la culture des professionnels de la santé, des malades et des patients. Université de Liège, Faculté de Médecine. 221 pages ;

Martin, C. (2004). Les fonctions de la famille in les Cahiers français : Familles et politiques familiales, 322, pp. 29-33. <https://halshs-01763199> ;

Martin, D. (2012). L'analyse stratégique en perspective Retour sur la sociologie des organisations de Michel Crozier. *Revue*

européenne des sciences sociales. 50-2 | 2012/ DOI : <https://doi.org/10.4000/ress.2255>;

Ministère de la Santé Publique (2016). Plan de Développement Sanitaire : Post validation. République du Niger. 124 pages ;

Ministère de la Santé Publique (2021). Politique pharmaceutique Nationale. Adoptée par le conseil des Ministres du 21 avril 2021 par décret n°2021-279/PRN/MSP/P/AS. Deuxième édition ;

MINISTERE DU PLAN. (2017). Plan de Développement Economique et Social 2017-2021 : Un Niger renaissant pour un peuple prospère. Niger. 199 pages ;

N'koma, P-P. (2011). Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication. MINEPAT-Division des Analyses Démographiques et des Migrations. Cameroun, Yaoundé.

Ousseini, A (2011). Une politique publique de santé au Niger : La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants. Niamey : études et Travaux du LASDEL, 91 ;

Passeron, J-C. (1991). *Le raisonnement sociologique. L'espace non-poppérien du raisonnement naturel*. Essais & Recherches, Nathan.

Patez, F. (1987). Les relations communautaires ethniques selon Max Weber. Les Cahiers du Cériem , pp.53-61. halshs-00010214 ;

PNUD (2024). Rapport sur le Développement humain (RDH) 2023-2024

Rocher, G. (2004). Talcott Parsons et la sociologie américaine. Paris : Les Presses universitaires de France, Collection SUP le sociologue. Édition complétée le 26 avril 2004 à Chicoutimi, Québec. 238 pages ;

Timbo, H. (2013). Marché pharmaceutique parallèle, vente, illicite et santé publique. Thèse. Université des Sciences Techniques et des Technologies du Mali. République du Mali.

Tourette-Turgis, C. & Thievenaz, J. (2012). Prendre en compte et reconnaître « l'expérience du malade » : un enjeu pour la formation des adultes. In *Expérience et Professionnalisation dans les champs de la formation, de l'éducation et du travail ; état des lieux et nouveaux enjeux*. Lille université, France ;

Troer, C. & Aumond, S. (2011). Construction des savoirs et du risque relatifs aux médicaments détournés. *Anthropologie et Sociétés*, 35(1-2), 111–128. <https://doi.org/10.7202/1006371ar>;

Wogang, J. (2010). De la quête à la consommation du médicament au Cameroun. Université de Douala, département d'Anthropologie. *Revue Internationale sur le Médicament*, vol.3, 51 pages ;