

TRAJECTOIRES DE SOIN ET PRATIQUES D'AUTOMÉDICATION DANS LE VÉCU DE LA DÉPRESSION À LOMÉ

Kokou Dzodzi Mawulolo DOGBE¹

dogbejoseph16@gmail.com

Batouani WAZAM¹

E-mail: batouaniw@gmail.com

Roch Appolinaire HOUNGNIHIN¹

roch.houngnihin@uac.bj

¹Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée de l'Université d'Abomey Calavi, Benin

Résumé

Dans un contexte de faiblesse des structures spécialisées en santé mentale et de forte stigmatisation des troubles psychiques, cette étude socio-anthropologique explore les trajectoires de soins des personnes souffrant de dépression dans le Grand Lomé (Togo), en insistant sur le rôle central de l'automédication. Basée sur une enquête qualitative mêlant entretiens, observations et études de cas, elle révèle la pluralité des recours thérapeutiques (biomédecine, médecines traditionnelles, pratiques religieuses) et les logiques qui sous-tendent l'usage autonome de médicaments hors circuits formels. Les résultats montrent que l'automédication, largement répandue, constitue une stratégie d'adaptation face aux difficultés d'accès aux soins, avec des usages détournés des psychotropes pour gérer les symptômes dépressifs. Cette pratique illustre les tensions entre normes biomédicales et rationalités locales, tout en mettant en lumière les inégalités d'accès et les transformations du champ thérapeutique. L'étude souligne l'importance de repenser les politiques de santé mentale en intégrant les savoirs profanes et ouvre des pistes pour approfondir le rôle des pharmaciens informels, les dynamiques sociales des médicaments et les perceptions des professionnels de santé.

Mots clés : *trajectoires de soin, automédication, dépression, Lomé, Togo.*

Abstract

In a context marked by weak specialized mental health structures and strong stigma surrounding mental disorders, this socio-anthropological study

explores the care trajectories of individuals suffering from depression in Greater Lomé (Togo), emphasizing the central role of self-medication. Based on a qualitative inquiry combining interviews, observations, and case studies, it highlights the plurality of therapeutic recourses (biomedicine, traditional medicine, religious practices) and the logics underlying the autonomous use of medications outside formal healthcare channels. The results show that self-medication, widely practiced, serves as an adaptive strategy in response to limited access to care, involving the diverted use of psychotropic drugs to manage depressive symptoms. This practice reflects tensions between biomedical norms and local rationalities, while shedding light on access inequalities and transformations within the therapeutic field. The study underscores the need to rethink mental health policies by integrating lay knowledge and opens avenues for further research on the role of informal pharmacists, social dynamics of medications, and healthcare professionals' perceptions of these practices.

Keywords : care trajectories, self-medication, depression, Lomé, Togo.

Introduction

Dans les contextes urbains africains contemporains, les parcours de soins en santé mentale témoignent d'une pluralité de logiques d'action, de recours thérapeutiques et de pratiques médicamenteuses, souvent éloignées des normes biomédicales. A Lomé, capitale du Togo, la prise en charge de la dépression illustre cette dynamique complexe. Malgré la reconnaissance croissante de la dépression comme un enjeu de santé publique, les formes de recours aux soins demeurent marquées par l'incertitude, la discontinuité et l'hybridation entre médecine moderne, traditions thérapeutiques locales et pratiques d'automédication.

Dans ce contexte, l'automédication émerge comme une pratique largement répandue, voire dominante, dans les trajectoires thérapeutiques des personnes souffrant de troubles dépressifs. L'utilisation spontanée de médicaments sans prescription, le détournement de traitements obtenus initialement pour d'autres affections, le recours à des conseils de proches ou à des produits vendus hors circuit formel sont autant de modalités qui

traduisent une rationalité propre, ancrée dans les réalités sociales, économiques et culturelles des patients.

Cette situation interroge la pertinence des dispositifs biomédicaux classiques et appelle à une analyse socio-anthropologique fine des logiques de recours, des modalités d'usage et des représentations associées aux traitements. Que nous dit l'automédication sur la manière dont les patients à Lomé expérimentent, interprètent et traitent la dépression ? Quels rapports au médicament, au soin et à la maladie mentale révèlent ces pratiques ? Comment se construisent les itinéraires thérapeutiques en dehors des cadres institutionnels de la santé mentale ?

A partir d'une enquête de terrain menée dans le Grand Lomé auprès de personnes souffrant ou ayant souffert de dépression, cet article se propose d'analyser les logiques sociales qui sous-tendent les pratiques d'automédication. L'étude repose notamment sur des entretiens semi-directifs, des observations participantes et l'analyse approfondie de cinq trajectoires thérapeutiques. En mobilisant une approche qualitative ancrée dans la socio-anthropologie de la santé, il s'agira de montrer comment l'automédication constitue à la fois une réponse pragmatique à la souffrance psychique et une manière située de négocier le soin dans un contexte de ressources limitées et de perceptions critiques vis-à-vis du système biomédical.

1. Méthodologie

Cette étude adopte une approche qualitative en socio-anthropologie de la santé afin de comprendre les logiques subjectives et culturelles qui structurent les parcours de soins et l'automédication liés à la dépression dans le Grand Lomé. Elle vise à appréhender les significations attribuées aux souffrances psychiques, aux pratiques thérapeutiques et aux institutions de soin. Le choix de cette méthode s'explique par la nécessité

d'accéder aux discours et aux pratiques des acteurs dans leur contexte de vie, là où une approche quantitative, plus standardisée, se révélerait insuffisante pour saisir la complexité du pluralisme thérapeutique.

1.1. Cadre de recherche et posture

Cette recherche adopte une posture compréhensive et inductive, centrée sur le vécu subjectif des personnes souffrant de troubles dépressifs à Lomé. Elle vise à comprendre comment ces individus interprètent leur mal-être et ajustent leurs parcours thérapeutiques dans un contexte de précarité sanitaire et de pluralisme médical.

Trois cadres conceptuels structurent l'analyse :

- La trajectoire thérapeutique (Whyte et al., 2002), qui éclaire les parcours de soins comme des processus non linéaires, façonnés par les contraintes, les perceptions d'efficacité et les ressources disponibles.
- Le pluralisme médical (Janzen, 1978), qui désigne la coexistence de systèmes thérapeutiques variés (biomédical, traditionnel, religieux), mobilisés selon des logiques sociales, économiques et symboliques.
- La théorie des représentations sociales (Moscovici, 1969), qui permet d'analyser les perceptions collectives de la dépression, influençant les recours thérapeutiques, les attitudes face à la maladie et à la stigmatisation.

En croisant ces approches, l'étude met en lumière la manière dont les patients construisent leurs itinéraires de soins entre normes biomédicales et rationalités locales, dans un contexte marqué par la rareté des ressources, les logiques culturelles du soin et les dynamiques sociales autour de la souffrance psychique.

1.2. Terrain et population enquêtée

L'enquête a été conduite d'avril à septembre 2024 dans plusieurs quartiers du Grand Lomé, à la fois centraux et périphériques (Agoè, Adidogomé, Bè, Kégué, Atiégu), choisis pour leur diversité socio-économique et thérapeutique. Cette diversité visait à capter une pluralité de parcours de soins.

Les participants ont été recrutés par échantillonnage en boule de neige, à partir de points d'entrée variés : centres de santé mentale, pharmacies, églises de réveil et associations communautaires. Cette méthode a permis d'atteindre des profils souvent éloignés des circuits institutionnels.

La population enquêtée comprend 26 personnes âgées de 20 à 55 ans :

- 15 individus (6 hommes, 9 femmes) ayant vécu ou vivant un épisode dépressif, auto-identifiés ou diagnostiqués dont 5 suivis en profondeur selon une approche monographique ;
- 9 entretiens complémentaires ont été menés avec des agents de santé (2 pharmaciens, 3 infirmiers psychiatriques, 2 guérisseurs et 2 responsables religieux) ;
- 2 accompagnants et parents de patients dépressifs.

Cette diversité permet de croiser les points de vue des patients et des acteurs thérapeutiques, dans une perspective située, attentive aux rapports sociaux, aux genres et aux conditions d'accès aux soins.

saisir les interactions, les gestes de soin et les usages informels des psychotropes.

- Une documentation des traitements (photographies, reconstitutions de prescriptions, circuits d'approvisionnement) a permis de retracer les parcours et usages des substances médicamenteuses.

L'étude a été autorisée par le Comité Bioéthique pour la Recherche en Santé (CBRS) du Togo (Avis n° 046/2024/CBRS). Tous les participants ont donné un consentement éclairé, les entretiens ont été réalisés en français ou en mina, et enregistrés avec leur accord.

1.4. Analyse des données

L'analyse thématique a combiné un codage inductif, issu du terrain, et déductif, fondé sur les concepts mobilisés (trajectoire thérapeutique, pluralisme médical, représentations sociales, automédication). Cette articulation a permis de relier les récits des enquêtés aux cadres analytiques afin de mieux comprendre les dynamiques de soin liées à la dépression.

L'analyse s'est concentrée sur les types de recours thérapeutiques, les usages des psychotropes, les perceptions d'efficacité, les mésusages et les représentations sociales de la maladie et des thérapeutes. Le logiciel N'Vivo a été utilisé pour organiser les données, identifier les régularités, ruptures et configurations discursives significatives.

Les études de cas ont fait l'objet d'une approche narrative visant à restituer la complexité des parcours individuels en tenant compte des dimensions sociales, économiques, religieuses et culturelles.

Tous les matériaux ont été anonymisés, avec des initiales fictives, conformément aux exigences éthiques fixées par le comité bioéthique.

2. Résultats

2.1. Logiques de recours aux soins et construction des trajectoires thérapeutiques

Dans le Grand Lomé, la prise en charge de la dépression n'est ni linéaire ni exclusivement biomédicale. Elle s'inscrit dans un contexte de pluralisme thérapeutique, d'incertitude diagnostique et de précarité économique. Cette section analyse les choix entre médecine biomédicale, pharmacopées traditionnelles et automédication, en soulignant les facteurs qui influencent ces décisions et la manière dont les patients naviguent entre ces offres.

2.1.1. Des recours multiples entre biomédecine, médecine traditionnelle et automédication

Face à la dépression, les patients ne se dirigent pas d'emblée vers la psychiatrie. Les soins biomédicaux s'insèrent généralement dans des parcours pluriels, jalonnés d'essais thérapeutiques variés. Ces recours s'enchaînent ou se combinent, dans une logique de complémentarité ou de substitution.

« Je ne dormais pas, alors j'achetais des somnifères. Ma femme m'a fait du thé de Gambie, mais les maux de tête persistaient. Au centre de santé, on a trouvé des infections. On m'a soigné... aujourd'hui ça va mieux ». (A., 32 ans, ex employé de Mèche Nina, Lomé).

Photo n°1 : Reliques thérapeutiques de personne dépressive usant des produits de pharmacopée



Source : (Dogbé, données de terrain, 2024).

La dame à qui appartient les reliques dans la photo souligne qu'elle a non seulement fréquenté les centres de santé mentale de saint Jean de Dieu d'Agoè-Nyivé et Paul Louis Rénée de Kélégougan en plus des veillées de prières à l'Eglise Saint Kisito d'Adéwi avant de prendre des potions phyto-thérapeutiques sédatives. Elle explique qu'elle consomme un petit verre le soir accompagné de D5 (un comprimé vendu en ambulatoire qui serait un anxiolytique).

La médecine traditionnelle, fondée sur les plantes ou des causes spirituelles (malédiction, attaque mystique), reste très présente. Pour beaucoup, la dépression est un mal profond dont l'origine dépasse le médical, orientant ainsi les premiers recours vers des guérisseurs, pasteurs ou rituels.

« Ce genre de souffrance dépasse les médicaments ; on a d'abord vu un guérisseur pour des rituels, car ça ne se soigne pas directement à l'hôpital » (B., 38 ans, Ex-usager de la Clinique

de psychiatrie et de psychologie médicale du CHU Campus, revendeuse de fruits devant l'hôpital, Lomé).

L'automédication est à la fois une réponse pragmatique à la souffrance et une manière d'éviter le système de santé formel, mobilisant médicaments sans ordonnance, remèdes traditionnels et conseils de proches. Un employé communal témoigne :

« Quand j'allais mal, j'ai pris les comprimés conseillés par ma sœur, qui avait vécu la même chose. Aller à l'hôpital est compliqué et long, alors je préférais une solution connue et rapide ». (C., 20 ans, Employée à la mairie de Togblékopé, Lomé).

2.1.2. Les déterminants du choix thérapeutique : entre contraintes structurelles et rationalités locales

Plusieurs facteurs conditionnent les décisions de recours aux soins à savoir : l'accessibilité financière (les coûts de consultation, d'analyses et de traitement en médecine conventionnelle sont souvent perçus comme prohibitifs), la disponibilité et la proximité (les structures spécialisées en santé mentale sont rares et concentrées dans les grands centres urbains), les perceptions culturelles de la maladie (la dépression est encore largement perçue comme un état moral, social ou spirituel, ce qui relativise le recours à une approche médicale strictement biologique), la confiance dans les soignants (plusieurs patients expriment une défiance vis-à-vis des psychiatres ou des médecins généralistes, souvent accusés de ne pas "écouter" ou de proposer des traitements aux effets secondaires lourds. A l'inverse, le guérisseur ou le pasteur est souvent vu comme une figure de proximité, disponible et attentif).

Ces déterminants n'agissent pas isolément, mais en interaction. Le choix d'un type de soin est donc moins l'expression d'une "ignorance" que le reflet d'une rationalité située, construite dans l'expérience vécue de la maladie et des soins.

Image n°1 : Affiche de sensibilisation sur les états dépressifs.



Source : (Dogbé, données de terrain, 2024)

Cette affiche présente dans les salles des psychologues cliniciens des centres hospitaliers de Lomé sert de sensibilisation et image de communication pour un changement de comportement. Selon les informations résultantes d'un échange avec un psychologue et un infirmier de psychiatrie, ces images proviennent des boîtes à images et des catalogues de communication pour la santé mentale conçus par la synergie du ministère de la santé du Togo et ses partenaires "Handicap International" et "Agence Française de Développement".

Photo n°2 : Entrée du Centre de santé mentale Saint Jean de Dieu d’Agoè-Nyivé



Source : (Dogbé, données de terrain, 2024).

2.1.3. Tableau récapitulatif de cinq itinéraires thérapeutiques : une diversité de parcours

Code	Sexe et Age	Diagnostic initial	Premier recours	Evolutions/ Changements	Formes d’automédication
A.	Homme de 32 ans	Trouble anxiodépressif	Eglise charismatique de réveil	Guérisseur, Pharmacie, Centre médico-social, Médecin, Arrêt de traitement et enfin Pasteur.	Anxiolytiques sans ordonnance (D5, D10, Diazépam)
B.	Femme de 38 ans	Etat dépressif modéré	Jouvence et tisane traditionnelle	Médecin, Arrêt de traitement et enfin Pasteur.	Anxiolytique (Lexomyl) et Antidépresseur (Laroxyl) par le biais d’une amie
E.	Homme de 44ans	Dépression sévère	Centre de santé mentale Paul Louis Rénée	Abandon, Retour au centre de santé mentale, Village, Prière.	Mélange de psychotropes (Amitriptiline, Atarax, Risperidone, Phénergan)
D.	Femme de 41 ans	Symptômes complexes psycho-somatiques	Pharmacie informelle	Guérisseur, Hôpital, Médicaments calmants tous azimuts	Usage prolongé de benzodiazépines (Léxomyl, Atarax, Diazépam, Valium, Gnaganpobol, D10)

H.	Homme de 39 ans	Trouble dépressif	Médecin généraliste	Abandon de soins, potions et tisanes, consultations pastorales et prières	Comprimés partagés entre amis (Olanzapine, Phénergan)
----	-----------------	-------------------	---------------------	---	---

Source : (Dogbé, données de terrain, 2024)

2.2. La place centrale de l'automédication dans les parcours de soins

L'automédication s'impose comme une pratique structurante dans les trajectoires de soins des personnes vivant avec la dépression à Lomé. Bien au-delà d'un simple "événement ponctuel" ou d'un "manquement aux normes médicales", elle s'inscrit comme une modalité durable, parfois exclusive, de gestion de la souffrance psychique. Les récits recueillis sur le terrain en témoignent de manière récurrente.

2.2.1. Une pratique largement répandue et socialement légitimée

Dans la majorité des récits de vie recueillis, les patients déclarent avoir eu recours à l'automédication, parfois dès les premiers symptômes, souvent après des expériences jugées décevantes dans le système de soins formel. Elle n'est pas perçue comme une transgression, mais comme une stratégie légitime, voire nécessaire, pour "tenir le coup", "ne pas sombrer", ou "faire avec" dans un contexte où les soins spécialisés sont perçus comme inaccessibles, lents ou inefficaces. Une Enseignante volontaire témoigne :

« Tout le monde fait comme ça ici. Quand tu sens que ça ne va pas, tu demandes à quelqu'un qui est déjà passé par là. Une collègue m'a donné le nom d'un médicament qui l'avait aidée, alors j'ai essayé. Ce n'est pas qu'on ne veut pas aller à l'hôpital, mais on sait que ça peut prendre du temps, et parfois ils ne te prennent même pas au sérieux.

Il faut bien se débrouiller ». (D., 41ans, Enseignante volontaire à Baguida).

Certains enquêtés indiquent qu'ils préfèrent "se débrouiller eux-mêmes", en testant des médicaments déjà utilisés par des amis, des collègues ou des membres de la famille ayant connu des symptômes similaires. Cette circulation sociale du médicament s'accompagne d'un partage d'expériences, de conseils pratiques et d'interprétations personnelles sur les effets des produits.

2.2.2. Des médicaments variés aux usages souvent détournés

Les substances utilisées dans le cadre de l'automédication contre la dépression sont diverses et relèvent de plusieurs registres thérapeutiques :

- Psychotropes issus de la biomédecine : anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères (souvent benzodiazépines comme le diazépam ou tricycliques comme l'amitriptyline), parfois obtenus sans ordonnance ou détournés d'une prescription initiale.
- Remèdes traditionnels : tisanes, décoctions à base de feuilles ou de racines, parfois mélangées à de l'alcool synthétisé de la boisson de palme (Sodabi), préparées par des tradipraticiens ou transmises dans le cadre familial.
- Produits hybrides : médicaments vendus en vrac sur les marchés, aux propriétés souvent mal identifiées, pouvant combiner des principes actifs occidentaux avec des extraits végétaux ou des substances non documentées.

Les propos de ce coursier d'ONG "Compassion Internationale" sont clairs :

« A franc parler, je prends un peu de tout. Un petit

comprimé pour dormir que ma tante m'a donné, une tisane que ma mère prépare avec des feuilles amères, et parfois un produit qu'on trouve au marché, c'est un genre de poudre, on dit que ça calme les nerfs. Je ne sais pas exactement ce qu'il y a dedans, mais quand on souffre, on teste. On ne peut pas rester là sans rien faire, on fait ce qu'on peut pour tenir ». (E., 44 ans, Coursier au siège de Compassion Internationale, Lomé).

Dans certains cas, les patients prennent simultanément plusieurs produits sans connaissance de leurs interactions. Les dosages sont approximatifs, guidés par l'expérience personnelle ou les recommandations de pairs, ce qui peut conduire à des mésusages, voire à des effets secondaires graves. Pourtant, ces pratiques sont rarement remises en question localement ; elles traduisent une volonté d'agir, de reprendre le contrôle sur une souffrance vécue comme envahissante.

2.2.3. Circuits d'approvisionnement : entre formel, informel et réseaux sociaux

Les médicaments sont majoritairement obtenus en dehors des circuits réglementés. On distingue trois grands canaux d'approvisionnement :

- Les pharmacies : certains produits y sont vendus sans ordonnance, en particulier lorsque la relation entre pharmacien et patient repose sur la confiance ou la discrétion.
- Les marchés et vendeurs de rue : très présents dans le Grand Lomé, ces acteurs de la pharmacopée informelle proposent un éventail de produits accessibles et bon marché, dont l'origine est souvent douteuse.
- Les dons et partages entre proches : les médicaments circulent au sein des réseaux familiaux ou amicaux,

souvent avec des conseils d'usage basés sur des expériences antérieures.

Un docker travaillant au port autonome de Lomé déclare :

« Le médicament, on le trouve où on peut. Parfois j'achète à la pharmacie, quand le pharmacien me connaît, il me donne sans ordonnance. D'autres fois, je vais au marché, il y a des femmes qui vendent des choses pour calmer les nerfs, c'est moins cher. Et souvent, ce sont les amis ou la famille qui te donnent quelque chose qu'ils ont utilisé. Ce n'est pas qu'on veut faire comme ça, c'est juste la réalité ici ». (F., 36 ans, Docker au Port Autonome de Lomé).

Ces circuits traduisent une réalité structurelle : l'informalité n'est pas un choix par défaut, mais une condition d'existence de la pratique médicale quotidienne pour une majorité de la population urbaine togolaise. Loin d'être marginale, l'automédication est donc ancrée dans les logiques sociales du soin, surtout en santé mentale et constitue pour ainsi dire une réponse à la fois individuelle et collective aux lacunes du système de santé mentale.

2.3. Perceptions de l'efficacité, mésusages et tensions dans les usages

Si l'automédication est largement répandue dans les trajectoires thérapeutiques des personnes vivant avec la dépression à Lomé, elle ne s'accompagne pas nécessairement d'une adhésion pleine aux traitements. Loin d'une simple reproduction mécanique de pratiques, l'usage des médicaments notamment psychotropes est traversé par des tensions, des ajustements, et des jugements critiques. L'efficacité perçue est souvent évaluée à partir de critères subjectifs, fluctuants, et parfois contradictoires. Cette section explore les discours des patients sur l'action des

médicaments, les usages détournés qui en découlent, ainsi que les représentations et craintes associées aux effets secondaires et à la dépendance.

2.3.1. Entre soulagement provisoire et doutes persistants : des discours ambivalents sur l'efficacité

L'évaluation de l'efficacité des médicaments contre la dépression ne se fait pas uniquement en termes biomédicaux comme l'amélioration des symptômes selon les standards cliniques, mais selon des critères vécus : amélioration du sommeil, sensation de calme, retour de l'appétit, "libération de l'esprit", ou au contraire, lourdeur physique, engourdissement, voire confusion mentale. Ainsi, ce père de famille déclare :

« Les médicaments, oui, ça aide un peu. Quand je les prends, je dors mieux, je me sens plus calme. Mais le lendemain, les soucis sont toujours là. C'est comme si ça cachait le problème, sans vraiment l'enlever. Ce n'est pas une vraie guérison. C'est dans la tête, mais aussi dans la vie. Tant que ça ne change pas, on reste malade ». (G., 55 ans, Père de famille à Amadahomé, Lomé).

De nombreux patients interrogés déclarent que les médicaments "calment", "font dormir", mais ne "soignent pas vraiment". Le soulagement est jugé temporaire, superficiel, parfois trompeur. Certains expriment une frustration face à l'absence de changement durable dans leur vie quotidienne, ce qui renforce leur scepticisme quant à l'efficacité des traitements biomédicaux. D'autres affirment que les médicaments atténuent les symptômes, mais ne "résolvent pas le problème", perçu comme social, spirituel ou moral.

2.3.2. Détournements d'usage : entre pragmatisme et recherche d'oubli

Faute d'accompagnement thérapeutique structuré, les patients réinterprètent souvent le rôle des médicaments, adaptent les doses et les finalités de l'usage. Les détournements sont fréquents comme le surdosage (certains doublent ou triplent les doses en période de crise, espérant un soulagement rapide), l'usage pour dormir ou se calmer (des médicaments initialement prescrits pour la dépression sont réutilisés comme somnifères ou anxiolytiques au quotidien, même en dehors de tout suivi médical), "Faire taire la tête" ou "oublier" (pour plusieurs enquêtés, la prise de médicaments devient un moyen de dissociation temporaire, permettant de suspendre la souffrance mentale ou d'éviter certaines pensées).

Un livreur de boissons de la Brasserie du BB se confit :

« Parfois, je prends deux ou trois cachets d'un coup, surtout quand je sens que ça monte trop fort dans ma tête. Ce n'est pas pour guérir, c'est juste pour dormir, pour ne plus penser. Avec ça, au moins, je me repose un peu. Je sais que ce n'est pas comme le docteur a dit, mais quand on est seul, on fait comme on peut ». (H., 39 ans, Livreur de boissons dans le dépôt Makafui de la brasserie BB à Sagboville, Lomé).

Ces pratiques ne relèvent pas d'une irrationalité, mais d'un usage socialement situé, dans un contexte où la douleur psychique est peu prise en charge institutionnellement et où les patients expérimentent eux-mêmes les effets et les limites des traitements.

Image n°2 : Illustration d'un sujet dépressif prenant un mélange de comprimés pour dormir



Source : (Dogbe, données de terrain, 2024).

2.3.3. Perceptions des risques : effets secondaires, dépendance et méfiance envers la biomédecine

Les effets secondaires rapportés sont nombreux et nourrissent une méfiance à l'égard des médicaments psychotropes. Parmi les plus souvent cités : somnolence diurne, ralentissement cognitif, maux de tête, sensations de vide ou de désorientation, nausées, prise de poids. Ces effets sont parfois interprétés comme des signes que "le médicament est trop fort" ou "pas adapté à l'esprit africain".

La crainte de devenir dépendant ou "accro" est également très présente. Certaines personnes interrompent volontairement leur traitement dès qu'elles se sentent "mieux", de peur de ne plus pouvoir s'en passer. Cette peur de la dépendance n'est pas seulement biomédicale ; elle est aussi morale et sociale, liée à la perception d'un affaiblissement de la volonté ou d'une

aliénation progressive de la personne. Une étudiante dépressive de l'Université de Lomé et suivi au CHU Campus déclare :

« Quand je prends ces médicaments, je me sens bizarre. La tête lourde, je n'arrive plus à bien réfléchir, parfois j'ai même l'impression d'être ailleurs. On dit que ça soigne, mais moi j'ai peur de devenir dépendant. Ce n'est pas fait pour nous, je pense. Les plantes, au moins, ça ne te rend pas comme un zombie ». (I., 23 ans, Etudiante en master de droit public à l'Université de Lomé).

Dans ce contexte, les traitements traditionnels sont parfois jugés "moins dangereux" ou "plus naturels", même si leur efficacité est également mise en doute par certains patients. On observe ainsi une tension constante entre la quête de soulagement et la méfiance vis-à-vis des traitements disponibles, qui façonne les ajustements individuels dans les parcours de soins.

3. Discussion

Les résultats de cette étude menée à Lomé montrent que l'automédication constitue bien plus qu'une réponse ponctuelle à une absence de soins : elle s'inscrit dans une logique structurée, socialement située, et largement partagée dans les parcours thérapeutiques liés à la dépression. Pour en saisir la portée, il est nécessaire de les replacer dans un ensemble de dynamiques observées dans d'autres contextes du Sud global, mais aussi de les interpréter à la lumière des tensions entre rationalités locales et normes biomédicales. Enfin, ces pratiques éclairent des inégalités structurelles d'accès aux soins et révèlent des formes de recomposition des systèmes thérapeutiques.

3.1. Une tendance partagée dans les pays sous-développés : l'automédication comme stratégie ordinaire de soin

Les trajectoires observées à Lomé font écho à des travaux menés dans d'autres contextes africains ou asiatiques où l'automédication constitue une réponse fréquente aux troubles psychiques. Au Bénin, par exemple, l'usage combiné de médicaments psychotropes et de rituels religieux dans le traitement de la "folie douce" a été documenté comme une forme d'agir pragmatique face au manque de structures spécialisées tel que le souligne Agossou en 2018 dans un de ses travaux. Au Cameroun, des recherches ont mis en évidence le rôle central des pharmacies informelles dans la gestion de troubles anxiodépressifs comme celle de Moukoko en 2020, tandis qu'en Inde, l'automédication est souvent perçue comme un "moindre mal", dans un contexte de stigmatisation sociale des troubles mentaux et de méfiance à l'égard de la psychiatrie institutionnelle (Patel et al., 2011).

Ces convergences témoignent d'un phénomène global : en situation de faible médicalisation formelle de la santé mentale, les patients développent des stratégies d'adaptation fondées sur des savoirs vernaculaires, des circulations de médicaments, et des logiques d'appropriation des technologies thérapeutiques, en dehors des circuits régulés.

3.2. Tensions entre biomédecine et rationalités locales : soigner les corps, guérir les esprits

Les pratiques d'automédication relevées à Lomé ne doivent pas être interprétées uniquement comme des écarts aux normes médicales. Elles traduisent des formes d'appropriation sélective et critique de la biomédecine, en tension avec des conceptions locales du mal-être et de la guérison. La biomédecine tend à individualiser et à médicaliser les symptômes de la dépression ; les patients, eux, y voient souvent une expérience située, reliée

à des déséquilibres sociaux, familiaux, spirituels ou économiques.

Cette discordance entre les cadres d'interprétation de la souffrance mentale engendre des usages détournés, des abandons de traitement, ou des superpositions de thérapies qui peuvent paraître incohérentes du point de vue biomédical, mais qui répondent à une logique expérientielle du soin. Le médicament est alors envisagé non comme une solution définitive, mais comme un soutien temporaire, un outil parmi d'autres pour "tenir" ou "retrouver sa tête".

3.3. Une lecture des inégalités et des recompositions du champ thérapeutique

L'analyse des pratiques d'automédication permet aussi de lire en creux les failles du système de santé mentale dans le Grand Lomé et par extension à tout le Togo : absence de couverture, faible densité de personnel qualifié, coûts élevés des traitements, stigmatisation, manque de sensibilisation. Face à cela, les patients élaborent des stratégies d'autonomisation qui renvoient à une forme de résistance ordinaire. Toutefois, cette autonomie n'est pas toujours synonyme de liberté : elle se construit dans la contrainte, le doute, et la nécessité de "bricoler" avec les ressources disponibles.

L'automédication révèle ainsi les recompositions locales du champ thérapeutique : elle repose non seulement sur des circulations horizontales de savoirs et de substances (entre les pairs, les familles, les réseaux religieux), mais aussi sur une reconfiguration des rôles du pharmacien, du pasteur, du guérisseur, ou du voisin deviennent des figures de soin là où l'institution fait défaut. Ce processus de "démédicalisation par défaut" dans le sens que D. Fassin le désignait en 2004, interroge les frontières entre formel et informel, et souligne l'urgence d'une approche de la santé mentale qui prenne en compte les réalités sociales, culturelles et économiques des patients.

Conclusion

L'analyse socio-anthropologique des trajectoires de soins face à la dépression dans le Grand Lomé souligne la centralité de l'automédication comme modalité d'adaptation dans un système de santé mentale fragmenté, coûteux et souvent peu accessible. Loin d'être un phénomène marginal ou déviant, elle constitue une stratégie ordinaire, pragmatique et parfois la seule option pour les personnes confrontées à une souffrance psychique profonde.

En explorant les logiques de recours aux soins, les usages détournés des médicaments et les représentations sociales associées à leur efficacité et risques, cette étude révèle les tensions entre l'offre biomédicale et les rationalités locales du soin. Les patients construisent des parcours thérapeutiques pluriels, marqués par l'incertitude, l'expérimentation et la quête de sens, loin d'une opposition binaire entre systèmes thérapeutiques.

Sur le plan socio-utilitaire, les résultats apportent des éléments clés pour orienter des politiques de santé mentale plus inclusives et adaptées au contexte local. Il est nécessaire de renforcer l'accessibilité aux soins psychiatriques en réduisant les barrières économiques et géographiques, et de promouvoir la formation des professionnels afin qu'ils intègrent la diversité des représentations sociales de la souffrance mentale. Par ailleurs, l'intégration critique des acteurs informels pharmaciens de quartier, tradipraticiens et figures religieuses dans les stratégies de santé publique apparaît indispensable, tant pour valoriser leur rôle de relais communautaires que pour encadrer leurs pratiques. Cette étude constitue un apport majeur pour les décideurs, acteurs communautaires et organisations locales, en offrant une compréhension approfondie des dynamiques socioculturelles qui façonnent les parcours de soin. Cette connaissance est

essentielle pour concevoir des interventions adaptées, respectueuses des réalités locales et des ressources endogènes. Enfin, la recherche ouvre des perspectives pour des investigations futures, notamment sur la régulation du marché des psychotropes dans les pharmacies informelles, les perceptions professionnelles des pratiques d'automédication, et les circulations sociales des médicaments au sein des réseaux familiaux, religieux et communautaires. En révélant la complexité des itinéraires thérapeutiques et la place ambivalente des médicaments, cette étude invite à dépasser les catégorisations normatives traditionnelles pour considérer l'automédication comme un indicateur pertinent des transformations contemporaines du soin en contexte urbain africain.

Bibliographique

ABBO Catherine C., et al., 2008. « Naturalistic outcome of psychosis among the Baganda of Uganda », *International Journal of Mental Health Systems*, Vol. 2, N°1, p. 15.

ACTES DU COLLOQUE PSY CAUSE TOGO, 2015. *Culture et santé mentale, en particulier « Camps de prière, guérison et délivrance » à Lomé.*

ADEWUYA Abiodun Olugbenga et MAKANJUOLA Roger O.A., 2008. « Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 43, N°11, pp. 977–982.

AFOLABI Morufat et KOLA Lola, 2020. « Medication practices among patients with depression in Nigeria : A qualitative exploration », *African Journal of Psychiatry*, Vol. 23, N°2, pp. 123–131.

AGOSSOU Armand, 2018. « Médecine populaire et automédication dans le traitement de la folie douce au Bénin », *Cahiers d'études africaines*, Vol. 58, N°3, pp. 567–589.

COLLECTIF, 2015. « Automédication domestique à Ayizo (Sud-Bénin), concept d'autonomie thérapeutique : De l'autonomie thérapeutique à une anthropologie de l'autothérapie », *Recherches en géographie, médecine générale et sociologie*. automed.hypotheses.org.

DOGBE Foli Ayoko Akouavi et al., 2020. « La psychiatrie au Togo : insuffisance des ressources en santé mentale », *Scribd*.

EGROT Marc, 2015. « Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'Ouest », *Automédication choisie ou subie*, automed.hypotheses.org.

EPOU Kossi, N'DJAMBARA Mahamondou et KPOTCHOU Koffi, 2022. *Les mots du monde des psychotropes à Bè-Klikamé, Grand-Lomé (Togo)*, Mémoire de Master, Université de Lomé.

EZE Ugochukwu A. et HERING H., 2019. « Mental health and urban poverty in sub-Saharan Africa: A systematic review », *Global Health*, Vol. 15, N°1, p. 56.

FASSIN Didier, 2004. *Une raison humanitaire. Politique et politique de l'ethnographie*, La Découverte, Paris.

GUREJE Oyewusi et LASEBIKAN Victor Olufolahan, 2006. « Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria », *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 184, N°5, pp. 436–441.

HAQUE Anonna et KRISHNAN R., 2016. « Understanding self-medication practices for mental health disorders in low-income countries : Evidence from India », *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 62, N°7, pp. 623–630.

HAXAIRE Christian, TERRIEN Karina, BODENEZ Philippe et RICHARD Élisabeth, 2005. « From the doctor's psychotropic medication to the patient's remedies, or subversion of medicalisation », in *Medical Anthropology... II Care and Management of Illness and Distress*, pp. 79–92, *Scribd*.

JANZEN John M., 1978. *The Quest for Therapy : Medical Pluralism in Lower Zaire*, University of California Press, Berkeley.

JANZEN John M., 2002. *Ngoma: Discourses of Healing in Central and Southern Africa*, University of California Press, Berkeley.

KEATING Peter et CAMBROSIO Alberto, 2003. *Biomedical Platforms : Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine*, MIT Press, Cambridge.

KOUNOU Kossi B., DOGBE Foli Ayoko A., DJASSOA Gnansa, AMÉTÉPÉ Léonard K., RIEU J. et SCHMITT Laurent, 2015. « Childhood maltreatment and personality disorders in patients with a major depressive disorder: A comparative study between France and Togo », *Transcultural Psychiatry*, Vol. 52, N°5.

KPANAKE Léopold, SORUM P.C. et MULLET Étienne, 2013. « Mental illness stigma in Africa: The case of Togo », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 48, N°6, pp. 963–970.

LAWN Sara et CAMPION Jean, 2013. « Mental health literacy in Africa: A systematic review of the literature », *BMC Psychiatry*, Vol. 13, p. 207.

LESHABARI M.T. et MUSHI D.E., 2016. « Traditional healing and biomedical treatment: Pluralistic healthcare practices in Tanzania », *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, Vol. 12, N°1, Article 28.

MILLS Claire et BERTRAND Jane T., 2016. « Medication and mental health care : Community perspectives from urban West Africa », *Transcultural Psychiatry*, Vol. 53, N°5, pp. 590–610.

MONCRIEFF Joanna, 2008. *The Myth of the Chemical Cure : A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

MOUKOKO Serge, 2020. « Pharmacies informelles et gestion des troubles anxiodépressifs au Cameroun », *Revue Africaine de Sociologie de la Santé*, Vol. 14, N°2, pp. 112–130.

OGUNLESI A.O. et OGUNLESI T.A., 2014. « Traditional healers' involvement in mental health care : Practices and perceptions in Nigeria », *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, Vol. 10, N°1, p. 27.

OKATÉ Akpo Gnandi, 2018. *Analyse du recours des populations de Lomé à la médecine traditionnelle et projet de son intégration au système sanitaire du Togo* (Thèse de doctorat), Institut Régional d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Développement Culturel, Togo.

PALE Pascal et LADNER Jean, 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, pp. 113–117.

PATEL Vikram et al., 2011. « Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition », *The Lancet*, Vol. 387, N°10028, pp. 1672–1685.

PROJET ANRS12111, 2015. *Anthropologie des traitements néotraditionnels du sida en Afrique de l'Ouest* (cité dans Egrot), automed.hypotheses.org.

ROUENGUE A., TOYI G. et SALIFOU Safiou, 2016. « Automédication par les anxiolytiques dans la commune de Sokodé : fréquence et facteurs associés », *Résumé de colloque Psy Cause Togo*.

SAILLANT France, TIZIO Sylvia et FLORI Yves-A., 2015. « Repenser l'automédication comme construction identitaire dans les soins domestiques », *Automédication choisie ou subie*, automed.hypotheses.org.

SALIFOU Safiou et PLACCA T.A., 2015. « Tradithérapie, religiothérapie et psychiatrie africaine : de la cohabitation à la collaboration », *Résumé de colloque Psy Cause Togo*.

SALIFOU Safiou, BOMBOMA Matiyendou et DASSA Kolou Simliwa, 2016. « Perception de la maladie mentale chez les Moba du Togo », *Résumé de colloque Psy Cause Togo*.

SARACENO Benedetto et al., 2007. « Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, Vol. 370, N°9593, pp. 1164–1174.

SIBEKO Godfrey et LUND Crick, 2017. « Barriers and facilitators to accessing mental health care in sub-Saharan Africa: A review », *African Journal of Psychiatry*, Vol. 20, N°3, pp. 215–223.

SIMON Emmanuel et EGROT Marc, 2012. « Médicaments néotraditionnels : une catégorie pertinente ? », *Sciences sociales et santé*, Vol. 30, N°2, pp. 67–91.

WENKOURAMA Damèga, MESLIN C. et BAGUET B. (s.d.). « Vitamine C et troubles cognitifs dans un contexte d'imprégnation éthylique », *Résumé de colloque CSM*.

WENKOURAMA Damèga et al., 2016. « Psychose hystérique : cas clinique d'Hugo », *Résumé de colloque Psy Cause Togo*.

WHYTE Susan Reynolds, VAN DER GEEST Sjaak et HARDON Anita, 2002. *Social Lives of Medicines*, Cambridge University Press, Cambridge.

YORO Barthélémy M., 2012. « Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique », *Recherche qualitative*, Vol. 31, N°1, pp. 47–61.

ZINSOU E. et AGBODJAN C., 2019. « Représentations sociales de la dépression à Cotonou », *Revue Africaine de Sociologie de la Santé*, Vol. 13, N°1, pp. 55–73.