

2022

Géotransports

1718

Revue de géographie des transports & de la mobilité

La motocyclette dans tous ses états en Afrique



2022

Géotransports

1718

Revue de géographie des transports & de la mobilité

La motocyclette dans tous ses états en Afrique



LA MOTOCYCLETTE DANS TOUS SES ETATS EN AFRIQUE

	<i>Page</i>	<i>Pratiques et représentations de la motocyclette et du motocycliste</i>
EDITORIAL La motocyclette dans tous ses états en Afrique : mobilités, enjeux socio-économiques et représentations sociales <i>Giorgio Blundo & Assogba Guézéré</i>	3	<i>Hervé B.M. Gbenahou, Daniel Azonchiga & Vignon D. Bedie</i> « Encourir des risques pour réduire des risques » : ethnographie des pratiques médicamenteuses des conducteurs de taxi-moto à Cotonou (Bénin) 101 "Taking risks to reduce risks": ethnography of the medicinal practices of motorcycle cab drivers in Cotonou (Benin)
<i>ARTICLES</i>		
<i>Trajectoires historiques et usages des motocyclettes en Afrique</i>		
<i>Assogba Guézéré</i> Trois générations de motocyclettes en Afrique de l'Ouest Three generations of motorbikes in West Africa	11	<i>Kafé Guy-Christian Kroubo & Bakary Ouattara</i> Trafic et consommation de drogues chez les conducteurs de motostaxis à Bouaké (Côte d'Ivoire) 113 Drug trafficking and consumption among motorcycle taxi drivers in Bouaké (Ivory Coast)
<i>Komlan Kouzan</i> L'utilisation de la bicyclette et de la motocyclette au Togo à l'époque coloniale (1884-1960) The use of the bicycle and the motorbike in Togo during the colonial period (1884-1960)	27	<i>La gouvernance de la moto</i> <i>Nesrime Bouhamed</i> Accidentologie et perception des normes de la sécurité routière par les motocyclistes dans le Grand Sfax en Tunisie 123 Accidentology and perception of road safety standards by motorcyclists in Grand Sfax in Tunisia
<i>Pascal Pochet & Gaële Lesteven</i> La moto personnelle dans les villes d'Afrique subsaharienne : diffusion, usages et utilisateurs Personal motorcycles in sub-Saharan African cities: diffusion, uses and users	41	<i>Sylvie Ayimpam, Bienvenu Kobongo Okito & Michel Bisa Kibul</i> La gouvernance au quotidien des taxi-motos à Kinshasa. Une régulation difficile 135 The Everyday Governance of Motorcycle Taxis in Kinshasa. A difficult regulation
<i>Les chaînes d'approvisionnement des motos en Afrique : commerce national et transnational, transferts technologiques et industrialisation</i>		
<i>Giorgio Blundo</i> L'épopée discrète des motos chinoises en Afrique de l'Ouest The discreet saga of Chinese motorcycles in West Africa	55	<i>LA « PHOTO QUI TRANSPORTE »</i> <i>Essodina Sayibia & Assogba Guézéré</i> 28- La pirogue au cœur de l'intermodalité pour franchir le fleuve Oti à la frontière Togo-Ghana (Kpétab) 151
<i>Nicolas Teougam</i> Circuits d'approvisionnement et de commercialisation des motos et tricycles asiatiques à Maroua (Cameroun) The two- and three-wheelers supply routes and trading operations in the City of Maroua (Cameroon)	71	<i>Giorgio Blundo</i> 29- Cinkassé, frontière Togo – Burkina Faso : lorsqu'une moto en transporte une autre 152
<i>Yao T. Amedokpo & Virginie Boutueil</i> L'intégration des motos électriques dans les systèmes de transport urbain en Afrique : constats et perspectives Electric motorcycles integration in urban transport systems in Africa: insights and prospects	85	<i>LIEU DU TRANSPORT</i> <i>Ndeye Ngom, Bruno Lecoquierre & Jean Varlet</i> La gare ferroviaire de Dakar : une mutation récente (n°17) 153
		<i>POSITION DE THESE</i> <i>17- Robin Puchaczewski</i> « Observation, évaluation et fabrique des politiques cyclables à l'heure du retour du vélo : le cas de l'agglomération toulousaine » 159 "Observation, evaluation and production of cycling policies at the time of the return of cycling: the case of the Toulouse urban area"

La revue Géotransports

Comité de lecture du n°17-18

Coffi Aholou, université de Lomé (Togo), **Benjamin Allagbe Sotondji**, université d'Abomey-Calavi (Bénin), **Emmanuel Bonnet**, IRD, **Farès Boubakour**, HEC Alger (Algérie), **Sidy Cissokho**, université de Lille, **Roger Dindji**, université Peleforo Gon Coulibaly (Korhogo, Côte d'Ivoire), **Yves-Bertrand Djouda**, université de Yaoundé (Cameroun), **Philippe Dugot**, université Toulouse II Jean Jaurès, **Michel N'buéké Adovi Goeh-Akué**, université de Lomé (Togo), **Frédéric Héran**, université de Lille, **Irène Kassi**, université Félix Houphouët-Boigny Abidjan (Côte d'Ivoire), **Mathilde Joncheray**, université Toulouse II Jean Jaurès, **Bruno Lecoquierre**, université Le Havre Normandie, **Michel Lesourd**, université Rouen Normandie, **Messan Lihoussou**, université de Parakou (Bénin), **Jérôme Lombard**, IRD Prodig Paris, **Nantob Mafobatchie**, université de Lomé (Togo), **Aliou Ndao**, université Gaston Berger, St-Louis (Sénégal), **Alexis N'Guessan**, université Félix Houphouët-Boigny Abidjan (Côte d'Ivoire), **Ndeye Ngom**, université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), **Papa Sakho**, université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), **Benjamin Steck**, université Le Havre Normandie, **Joseph Tsigbé**, université de Lomé (Togo), **Jean Varlet**, université Savoie Mont Blanc, **Pierre Zembri**, école d'urbanisme de Paris.

Comité scientifique

Xavier Bernier, Paris Sorbonne Université
Antoine Beyer, université de Cergy-Pontoise
Farès Boubakour, HEC Alger (Algérie)
Laurent Chapelon, université Paul-Valéry Montpellier 3
Assogba Guézéré, Université de Kara (Togo)
Anne Hecker, université de Lorraine
Vladimir Kolossov, Académie des Sciences de Russie
Frédéric Lasserre, université Laval, Québec (Canada)
Valérie Lavaud-Letilleul, université Paul-Valéry Montpellier 3
Eloïse Libourel, LVMT-université Gustave Eiffel
Sabine Limbourg, université de Liège (Belgique)
Jérôme Lombard, IRD Prodig Paris
Valérie Facchinetti-Mannone, université de Bourgogne
Robert Marconis, université Toulouse II Jean Jaurès
Nora Mareï, CNRS Prodig Paris
Ndeye Ngom, université de Dakar (Sénégal)
Alexis N'guessan, université Félix Houphouët-Boigny Abidjan (Côte d'Ivoire)
Ángel Pueyo Campos, universidad de Zaragoza (Espagne)
Colette Ranély Vergé-Dépré, université des Antilles
Benjamin Steck, université Le Havre Normandie
Kevin Sutton, université Grenoble Alpes
Pierre Thorez, université Le Havre Normandie
Jean-François Troin, université de Tours
Jean Varlet, université Savoie Mont Blanc
Jean-Pierre Wolff, université Toulouse II Jean Jaurès
Pierre Zembri, école d'urbanisme de Paris

Equipe de direction

Colette Ranély Vergé-Dépré, Secrétaire générale

Pierre Zembri, Rédacteur en chef

Jean Varlet, Directeur de publication

« Encourir des risques pour réduire les risques » : ethnographie des pratiques médicamenteuses des conducteurs de taxi-moto à Cotonou (Bénin)

"Taking risks to reduce risks": ethnography of the medicinal practices of motorcycle cab drivers in Cotonou (Benin)

Hervé B.M. GBENAHOU, Postdoctorant, Sociologue-Anthropologue, Enseignant vacataire, Université d'Abomey-Calavi (Bénin) *

Daniel AZONCHIGA, Maîtrise Sociologie Anthropologie, Option Santé, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Vignon Dègbédji BEDIE, Sociologue-Anthropologue de la santé, Enseignant-chercheur, Institut Régional de Santé Publique (IRSP) Comlan Alfred QUENUM-Bénin

Résumé

L'usage non médical des médicaments chez les conducteurs de taxi-motos à Cotonou est une préoccupation croissante de santé publique. Cependant, peu d'études ont été consacrées à ce phénomène dans son intégralité.

Le but de notre étude est triple. Il s'agit de faire la cartographie des pratiques médicamenteuses au sein de cette corporation à Cotonou, de comprendre les facteurs qui fondent cette autoconsommation de médicaments et d'évaluer l'incidence qu'elle a sur les conducteurs de taxi-motos.

Cette étude inductive et multi-temporelle, montre que les conducteurs de taxi-motos autoconsomment des médicaments modernes, des Substances Psycho Actives (PSA) et des tisanes pour répondre à certains dysfonctionnements organiques, mieux gérer le stress constant et la nervosité permanente, supporter le poids des jours et engranger suffisamment de gains. Seulement, ces produits autoconsommés ne sont pas sans conséquences sur leurs vies.

Mots-clés

Taxi-motos, figures et reconfigurations, pratiques médicamenteuses, représentations sociales, Cotonou.

Abstract

The non-medical use of drugs by motorcycle cab drivers in Cotonou is a growing public health concern. However, few studies have been devoted to this phenomenon in its entirety.

This article attempts to understand the medicinal practices adopted by motorcycle cab drivers and the factors that underlie them.

The methodological approach adopted is comprehensive and inductive. Data collection took place in Cotonou (Benin). The data collection techniques used were observation, in-depth individual and group interviews, and document review.

It appears that in the face of certain social, economic and health constraints, motorcycle cab drivers resort to self-medication. These drugs are taken in quantity and on a regular basis either to control the disease that manifests itself, or to regulate a physiological feeling that is considered abnormal, or to avoid the disease and more generally to maintain themselves in good health and constantly in operational condition. They take these drugs regardless of their intellectual level, their religious affiliation and their professional origin. These drugs have several effects on them. Hepatic, seizures, renal and accident risks, emotional disorders, addiction, etc. However, they do not control the effects of these drugs on their bodies.

Keywords

Motorcycle cabs, Figures and reconfigurations, Medication practices, Social representations, Cotonou.

* herve.gbenahou@gmail.com

INTRODUCTION

Ces dernières décennies, les centres urbains et périurbains du Bénin ont connu un accroissement démographique rapide. Conséquemment, les demandes en moyens de transport ont accru. Mais, paradoxalement, l'offre publique en matière de transport n'a pas suivi, ce qui inscrit dans la durée l'insuffisance des moyens de transport. En effet, alors même que la demande de transport¹ est de plus en plus forte, l'absence de politique d'aménagement et d'urbanisation cohérente et prospective, l'inadéquation des politiques sectorielles de transport tant nationales que municipales, l'inertie des autorités territoriales et étatiques n'ont pas permis le développement de services publics adéquats en matière de transport interurbain et intraurbain. A cela s'ajoute le faible développement et le mauvais état du réseau routier ; l'inexistence d'entreprises publiques et privées de transport en commun urbain et périurbain et l'incongruence des modes de transport émergents par rapport aux besoins en mobilité des populations. Ce contexte, marqué par des vides non couverts, a favorisé l'émergence, l'étalement et l'ancrage social du taxi-moto connu sous le vocable *gungbe*² de *zémijan*. Au Bénin, le *zémijan* est actuellement l'un des modes de transport les plus prisés parce qu'il satisfait une partie importante des besoins en matière de transport urbain. Son essor s'explique aussi par le fait qu'il est devenu, depuis la crise économique des années 1980, l'une des solutions alternatives au chômage que vivent beaucoup de jeunes béninois, un secteur de reconversion professionnelle et une activité qui aide à « arrondir la fin du mois » ou à « se sauver d'affaires ». Ainsi, le taxi-moto est devenu une source d'emploi potentielle pour toutes les catégories socio-professionnelles (diplômés, non diplômés, jeunes et personnes âgées) (Agossou, 2004 ; Djossou, 2017). Toutefois, cette activité est sujette à de nombreuses critiques aussi bien de la part des usagers, des autres opérateurs de transport public que des autorités politico-administratives (Diaz Olvera & al., 2007). En dépit des critiques, deux constantes majeures se dégagent des constats et observations faits : la

conduite de taxi-moto est une activité pénible qui présente beaucoup de risques ; les « *zémijan* » consomment, à longueur de journée, différents types de substances médicamenteuses.

Cet article fait le focus sur la seconde constante relevée et fait le constat que peu d'études s'y sont intéressées. Or, les usages et pratiques développés par les conducteurs de taxi-motos (CTM) constituent des préoccupations majeures de santé publique et de recherche, parce qu'ils sont une couche importante de la population qui prend des risques en mobilisant, de façon souvent « non médicale », des médicaments (Thoër & al., 2008 ; Thoër & Aumond, 2011) qui, pourtant, requièrent un assez grand nombre d'interventions et de précautions (Akrich, 1996).

Bien que Baxerre (2012) ait montré que des médicaments sont consommés quasiment tous les jours par (...) toutes les personnes qui ressentent au quotidien une fatigue due à leurs activités, il est fait le choix, dans le cadre de ce papier, de s'appesantir sur le cas des CTM. En faisant ce choix, cet article tente de combler un vide constaté dans les études qui les ont pris comme objet de recherche. L'objectif visé est de comprendre les pratiques médicamenteuses adoptées par les CTM et les facteurs qui les fondent.

L'approche adoptée est dénommée « Textes, Contextes, Enjeux, Logiques et Pratiques (TCELP) » (Gbénahou, 2017). Compréhensive et inductive, elle offre l'opportunité de partir des textes et des contextes pour mieux cerner les enjeux, les logiques et les pratiques des acteurs. La démarche méthodologique qui l'opérationnalise, et qui a permis de collecter et d'analyser les données, a été faite de plusieurs étapes : l'étape préparatoire, l'étape de collecte des données, l'étape de dépouillement et d'analyse des données et l'étape de la rédaction de l'article. Les techniques de collecte mobilisées sont l'observation, l'entretien approfondi individuel et de groupe et la revue documentaire qui est restée transversale.

La collecte des données a eu lieu à Cotonou (Bénin). La technique d'échantillonnage utilisée est le choix raisonné. Les critères d'inclusion sont : travailler à Cotonou, fréquenter les grins³ de journaux ou de

¹ Ceci renvoie à la fois aux demandes émanant des usagers en vue de consommer des services de transport tant individuels que collectifs. Elle est incluse dans la demande en moyens de transport qui est entendue ici comme une demande émanant d'un usager et/ou d'une entité qui vise à mobiliser une technique ou une technologie pour aller d'un point à un autre ou déplacer un objet d'un point à un autre.

² Langue parlée dans la zone de Porto-Novo au Sud-est du Bénin

³ Les points de vente de journaux qui mutent en des lieux de sociabilité et de discussion où les conducteurs de taxi-motos écoutent, lisent et commentent les journaux et mènent des débats sur les faits de société, notamment politiques.

thé, fréquenter les parcs de stationnement, fréquenter les sites de vente de médicaments, être membre ou responsable des associations de conducteurs de taxi-moto, être disponible et accepter de se prêter à l'entretien, être un agent de santé, être un vendeur de médicament. Au total 2 responsables syndicaux, 5 vendeurs/vendeuses de médicaments, 2 agents de pharmacie, 5 médecins et 69 CTM ont été enquêtés. Ces derniers ont entre 22 et 66 ans. Parmi eux, 48% sont illettrés, 28% ont le niveau primaire, 12% ont le niveau premier cycle du secondaire, 8% ont le niveau second cycle du secondaire et 4% ont le niveau universitaire. Ils sont 76% à être mariés contre 24% de célibataires. Ils sont majoritairement du groupe socio-linguistique fon et apparentés⁴.

Cet article qui se focalise sur leurs pratiques médicamenteuses est subdivisé en deux sections. La première catégorise les conducteurs, expose les risques qu'ils encourent et leurs pratiques auto-médicamenteuses. La seconde présente les facteurs qui sous-tendent l'autoconsommation de médicaments chez ces acteurs et les risques auxquels ils s'exposent.

I. CONDUIRE LE TAXI-MOTO POUR VIVRE ET VIVRE POUR CONDUIRE LE TAXI-MOTO

a. Catégorisation des *zémijan*

La conduite de taxi-moto à Cotonou se présente comme un moyen de révélation des capacités adaptatives de milliers de jeunes. Trois catégories de CTM ressortent des données collectées : la première tient compte des lieux de provenance et/ou de résidence, la seconde se fonde sur le statut de la moto utilisée et la troisième table sur la période au cours de laquelle l'activité est exercée.

Par rapport à la provenance et/ou au lieu de résidence, trois types de conducteurs s'établissent :

- ceux qui viennent travailler à Cotonou et qui retournent dans leurs localités le soir ;
- ceux qui résident à Cotonou de façon permanente ;
- ceux qui passent des jours à Cotonou avant de retourner dans leurs localités d'origine et qui, au cours de ce laps de temps, sont des « sans domicile fixe », soit parce qu'ils dorment à la belle étoile, soit parce qu'ils négocient les lieux de couchage auprès de tiers ou de leurs pairs dont ils

dépendent du bon vouloir et des humeurs.

Par rapport au statut de la moto utilisée, quatre types de CTM sont identifiés :

- ceux qui sont propriétaires de leurs motos ;
- ceux qui sont en contrat-location à « garer » : dans le cas d'espèce, le conducteur doit ramener la moto au propriétaire tous les soirs à une heure fixe et la reprendre le lendemain ;
- ceux qui sont en contrat-location-vente ;
- ceux qui sont employés et qui ont donc le statut de salarié.

Par rapport au moment où ils exercent l'activité et/ou au temps consacré à l'exercice de l'activité, trois types CTM émergent des données :

- ceux qui travaillent à plein temps au cours de la journée et qui n'ont que cela comme activité : ce sont les professionnels du métier. Au sein de ce groupe, il y a ceux qui rentrent les soirs lorsqu'ils sortent les matins, et il y a ceux qui travaillent de jour comme de nuit et qui se surnomment « *Zò mǎ ci* » (Litt. sans éteindre le feu, sans arrêt) ;
- ceux qui travaillent de façon intermittente au cours de la journée ou de la nuit, mais qui rentrent se reposer : ce sont les occasionnels pour lesquels le taxi-moto est une activité secondaire, palliative ou compensatrice ;
- ceux qu'on pourrait appeler les « noctambules » qui exercent ce métier uniquement la nuit : la plupart exercent d'autres activités en cours de journée.

L'appartenance à l'une ou l'autre de ces catégories n'est pas exclusive et détermine énormément les rapports aux médicaments et autres substances.

De nos jours, les *zémijan* évoluent dans un environnement suffisamment concurrentiel du fait du nombre de plus en plus important de personnes qui s'adonnent à cette activité. Pour gagner leurs vies, ces personnes sont obligées de rivaliser d'ardeurs et de stratégies et plus que par le passé. Ainsi, plusieurs stratégies sont développées pour avoir des clients et pour se faire son gain : le regroupement en des points donnés de la ville, notamment aux carrefours ; le stationnement sur des parcs de taxis-motos de plus

⁴ Classification des langues par l'Institut National de la Statistique et de la démographie (INSTaD)

en plus formalisés⁵ ; l'interpellation du « supposé client » en pleine circulation par des onomatopées ; le stationnement autour des grins de thé ou de journaux ; le stationnement aux encablures des gares routières et des sites de déchargement des clients par les taxis-ville, les bus inter-communes ou les minibus intra- et interurbains communément appelés « *Tokpa-Tokpa* ». Aux points de stationnement des bus et minibus, ils courent, dans un élan concurrentiel, à la rencontre des véhicules qui déchargent les passagers.

En dehors des stratégies qui permettent de « gagner des clients en pleine circulation », la plupart des stratégies évoquées placent les CTM dans un rôle de relais et établissent une intermodalité entre leurs activités et celles des autres modes de transport. Entre eux-mêmes, cette complémentarité s'observe également parce qu'ils se fixent parfois des limites de couverture en termes géographique. La fixation de cette limite, les oblige à céder, en bout de chaîne (la leur), leurs clients à d'autres collègues qui poursuivent la trajectoire. Dans ces cas, il peut y avoir soit des négociations directes entre le client et le *zémijan* qui relaie le premier⁶, soit entre le premier *zémijan* et celui qui prend le relais⁷. Au total, les lieux et les territoires de rassemblement des conducteurs sont bien distribués et comptent sans doute moins pour leur cohérence géographique (localisation anarchique et illégale) que pour la contribution qu'ils apportent à la mobilité quotidienne (Meissonnier, 2007). Cela est tellement réel, que la plupart des « cotoinois » se sont non seulement accoutumés à ce mode de transport dans sa forme classique, mais s'adaptent aussi, de plus en plus, à sa forme digitalisée.

b. Risques encourus par les *zémijan* à Cotonou

La conduite de taxi-moto expose la personne qui s'y adonne à plusieurs effets socio-sanitaires dus à sa pénibilité. Ces effets la disqualifient des rangs des emplois décents (Gbénahou, 2001).

Le profil épidémiologique dressé révèle des plaintes de fatigue quasi permanente ; de douleurs musculaires et articulaires qui sont dues aux secousses et à la forte sollicitation du corps tout au

long de la journée ; de peurs et de stress constants ; de nervosité souvent chronique ; d'hémorroïdes ; de faiblesses sexuelles ; de troubles oculaires ; de maladies respiratoires dues aux gaz d'échappement et de problèmes lombaires ou sciatiques. Au-delà de ces maux, il y a les traumatismes dus aux braquages et aux accidents de route.

Les maux fréquemment évoqués par les CTM seraient surtout dus à la posture assise et figée adoptée à longueur de journée, la posture penchée en avant adoptée pendant la conduite et aux fortes sollicitations des nerfs, du fait de l'état de la voirie et de l'état des motos, notamment le mauvais état des amortisseurs. Les contraintes liées au travail étant étroitement liées aux types de contrat dans lesquels ils évoluent, les CTM ne subissent pas ces maux de la même manière.

Certains de ces problèmes de santé ont été déjà analysés. En ce qui concerne les douleurs sciatiques, Zomalhèto & al. (2019, p.3) ont montré que « la prévalence de la lombalgie était de 68,89% chez les CTM enquêtés à Porto Novo ». Cela démontre l'acuité des problèmes sciatiques dans le rang de ces acteurs. Monteiro et al. (2018), se sont intéressés aux maladies oculaires et ont montré que 66,25% des 80 CTM qu'ils avaient enquêtés avaient une acuité visuelle de loin supérieure à 7/10. Cependant, les auteurs rapportent qu'en dépit de cela, 25% des CTM enquêtés avaient une acuité visuelle de loin incompatible à l'exercice de leur métier à cause des pathologies conjonctivales, palpébrales et du segment antérieur, notamment la cataracte dont ils souffraient (Monteiro & al., 2018). Dans leurs travaux, ces auteurs ont noté qu'il y a une relation statistiquement significative entre l'acuité visuelle incompatible et la survenue d'un accident de la route.

Par ailleurs, à Cotonou, la conduite de taxi-moto est un gagne-pain qui arrache parfois des vies. En effet, c'est une activité fortement accidentogène, à cause de plusieurs facteurs. Il s'agit entre autres de : l'adoption de comportements ou d'attitudes à risque, la non-maîtrise de la moto et du code de la route, les excès de vitesse, la faible application des normes visant la régulation de la circulation et les troubles de la vision. Certains enquêtés, estimant que les autorités

⁵ A ces niveaux, les conducteurs s'inscrivent sur un tableau à leur arrivée et les clients sont obtenus en fonction de la position sur ce tableau. C'est donc une question de tour.

⁶ Dans ce cas, le tarif n'est pas négocié jusqu'à la destination par le premier.

⁷ Dans ce cas, celui qui cède le client a négocié le tarif jusqu'à la destination et s'entend avec le relais sur le coût de sa course.

routières tant municipales que nationales ne jouent pas convenablement leurs rôles, évoquent la faible répression comme un facteur important. L'évocation de ce facteur semble s'enraciner dans la conviction que le problème lié aux accidents de la circulation doit être réglé par les politiques publiques puisqu'elles ont vocation à renvoyer les individus à leurs obligations, à travers des actions de normalisation, de sensibilisation, d'éducation ou de répression. Fofana et Moussa (2018), complètent cette liste de facteurs en évoquant l'absence de rétroviseurs, les perceptions associées aux casques, les croyances populaires en des forces maléfiques, aux gris-gris, aux amulettes et aux talismans. Ils mettent surtout l'accent sur la confiance excessive mise en ces éléments pour protéger contre les accidents. A cette liste on peut ajouter, dans le contexte de Cotonou, les bagues contre accident.

Un nombre important de personnes rencontrées (plus de 80%) estiment *a contrario* que beaucoup d'accidents sont causés par des détenteurs de savoirs et savoir-faire locaux.

La mobilisation de ces études vise à montrer la prévalence des risques sanitaires encourus par les CTM de Cotonou puisqu'ils sont exposés aux mêmes risques que leurs pairs des autres villes du Bénin et du continent.

II. PRATIQUES MEDICAMENTEUSES CHEZ LES ZEMIJAN

a. Points de regroupement des conducteurs de taxi-moto et des vendeurs/vendeuses de médicaments

Les points de regroupement des CTM dans la ville de Cotonou sont généralement volatiles. Toutefois, à bien observer, on peut dégager deux types. Il y a les points de regroupements permanents et les points de regroupement temporaires ou circonstanciels. En ce qui concerne les points de regroupement permanents, ils se construisent souvent autour des « coins chauds » de la ville à savoir : les carrefours, les sens giratoires, les gares de bus ou de taxis, les hôpitaux, les églises, les banques, les écoles ou collèges, les centres d'attraction et les marchés. On peut en citer quelques-uns sans prétendre l'exhaustivité. Il s'agit des lieux suivants : devant la morgue du Centre Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou (CHNU-HKM), au rond-point de l'Étoile rouge, autour du marché Saint Michel,

Dantokpa au cœur du marché à « singboglouè » ou sous le pont en allant vers Akpakpa, fin pavé Fidjrossè (vers la plage), Erévan, sous l'échangeur de Houéyiho, Akpakpa Dodomè, devant le port de pêche, Vodjè (chez maman Pauline, vendeuse de pâte), Sikècodji (parc de taxi pour Agonlin), Ganhi, Stade de l'Amitié. Les points qui relèvent de la deuxième catégorie sont innombrables. On ne peut donc pas logiquement les nommer dans cet article. Il convient juste de retenir que ces points de regroupement se créent au gré des opportunités ou des demandes de transport. Ainsi, contrairement à ce que soutiennent Aloko Nguessan et Guelé Gué (2016, p.53), il n'y a pas de gares formelles de taxi-motos à Cotonou, mais des points de regroupements fluides, démontables et démantelés à volonté.

Pour ce qui est de la vente des tisanes et des médicaments, il s'agit généralement de vente à la sauvette. Cela fait qu'il est véritablement difficile de cartographier les lieux de vente informelle des médicaments qu'ils soient de type moderne ou de type « traditionnel ». Cependant, il y a le « célèbre Adjégounlè » au cœur du marché Dantokpa qui est un lieu de vente à la fois en gros, en demi gros et au détail.

b. Types et rôles des médicaments et des Substances Psycho Actives utilisés

Les médicaments utilisés par les CTM sont de trois ordres. Il s'agit des « médicaments pharmaceutiques industriels », des Substances Psycho Actives (SPA), qui sont à cheval entre les médicaments modernes et les médicaments locaux, et des tisanes qui sont considérées comme des médicaments locaux (voir Tab.1 qui résume les caractéristiques de ces différents types de médicaments modernes utilisés par les CTM).

La quasi-totalité des médicaments mobilisés sont des génériques ou des contrefaçons. Leurs rôles et leurs dénominations, tels qu'ils sont mentionnés sont issus des discours des enquêtés (Tab.1). Ils peuvent donc ne pas correspondre exactement aux normes biomédicales. De l'analyse de ce tableau, il ressort que les maux contre lesquels ces médicaments sont utilisés sont surtout la fatigue, les douleurs, les courbatures, les brûlures internes, les fièvres ordinaires ou les fièvres au long cours, les maux de tête, le rhume, le paludisme. Les médicaments Ibuprofène, Efferalgan, Diclofénac et Aspirine sont des

Types de médicaments	Composition chimique des médicaments relevés sur les emballages	Maladies traitées (aux dires des acteurs)
Paracétamol		Enlève la chaleur du corps, la douleur, les maux de tête
Passion	Ginseng 20mg; taurine 1000mg; caféine 50mg; inositol 50mg; nicotinamide 20mg; vitamine B1 10mg; vitamine B6 5mg; vitamine B2 sod. Phosphate 5mg.	Lutte contre la fatigue
Ibuprofène		Lutte contre la fatigue et la douleur
Tramadol® (tramol)		Efficace contre la fatigue, le sommeil, permet de conduire sur une longue durée.
Quinine	Quinine sulfate 300mg	Lutte contre le paludisme
Efferalgan	Paracétamol 500mg ; acide citrique anhydre ; carbonate de sodium ; sorbitol poudre ; saccharine sodique ; docusate de sodium ; povidone ; benzoate de sodium.	Lutte contre la fièvre
Mixagripi	Paracétamol 500mg; Pseudoephedrine HCl 30mg; Chlorpheniramine maleate 2mg.	Lutte contre la douleur, le paludisme, les maux de tête, le rhume.
Amoxicilline	Trihydrate d'amoxicilline BP équivalent à amoxicilline 500mg.	Lutte contre la douleur, les brûlures internes
Chloroquine	Chloroquine phosphate BP 100mg (équivalent à 62mg chloroquine de base).	Lutte contre le paludisme.
Huit maladies (socomol, reality extra, etc.)	Ibuprofène BP 400mg ; paracétamol BP 500mg ; caféine (anhydre) BP 30mg.	Lutte contre les crampes de muscle, torticolis ; douleurs des genoux ; maux de hanche ; entorses ; douleurs de la plante du pied ; douleurs et fièvres ; migraines (maux de tête).
Ibucap	Ibuprofène 200mg ; paracétamol 325mg ; caféine 30mg.	Lutte contre les douleurs musculaires, la courbature.
Boska	Paracétamol 500mg; caféine 300mg.	Lutte contre les malaises dans le corps
Aspirine		Lutte contre la fatigue, la courbature, le paludisme.
Dichlophénac		Lutte contre les douleurs musculaires, les courbatures.
Egbaxu (Dénomination locale signifiant « il a cassé les os »)		Lutte contre les douleurs du corps, travaille même à l'intérieur des os (comme son nom l'indique), contre le rhumatisme.

Source : Données de terrain, Août 2017

Tab. 1 – Types de médicaments utilisés par les zémijans

Types de médicaments	Effectif d'utilisateurs	Proportion (%)
Paracétamol	21	27,27
Ibucap	10	12,98
Passion	9	11,69
Ibuprofène	9	11,69
Efferalgan	5	6,49
Huit maladies (socomol, etc.)	4	5,19
Tramadol® (tramol)	3	3,89
Dichlophénac	3	3,89
Mixagripi	3	3,89
Amoxicilline	3	3,89
Chloroquine	3	3,89
Quinine	1	1,29
Boska	1	1,29
Aspirine	1	1,29
Egbaxu	1	1,29
Total	77	100,00

Source : Données de terrain, Août 2017

Tab.2- Proportions de conducteurs de taxis-motos qui utilisent les différents médicaments

antalgiques⁸ de palier I (Dematteis, 2011 : 27)⁹. Le Tramadol® communément appelé « tramol » par les zémijan est un antalgique de palier II selon Dematteis (2011).

En s'intéressant aux proportions de zémijan qui utilisent les différents médicaments au sein de la population enquêtée, il s'avère que le médicament le plus consommé par les CTM à Cotonou est le Paracétamol (Tab.2). Viennent ensuite respectivement l'Ibucap, l'Ibuprofène, la Passion et l'Efferalgan. Le Tramadol® apparaît ici parmi les médicaments les moins consommés parce que les CTM et les vendeurs rencontrés évitent généralement d'avouer qu'ils l'utilisent ou le vendent. Cela confirme aussi que l'usage du Tramadol® est peu documenté. Toutefois, il est important, selon les personnes rencontrées, de retenir que son usage tend actuellement à supplanter

⁸ Antalgique : substance qui réduit la douleur.

⁹ http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/home/addictologie/docs/20110228122308/Addictions_aux_Medicaments_M.Dematteis.pdf, Consulté le 1er Mai 2022 à 3h 35

celui des autres Substances psycho actives (SPA). Certains auteurs comme Tisseron (2017, p.1) tirent également la même conclusion. Ce dernier indique en effet que plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest sont confrontés à une forte hausse de la consommation d'autres produits hormis la drogue, dont le Tramadol®, analgésique opioïde¹⁰ de synthèse. Il rapporte aussi que déjà en 2014, les services mixtes de contrôle portuaire de Cotonou (Bénin) et Tema (Ghana) avaient saisi plus de 43,5 tonnes de ce produit. Cela indique son entrée massive sur le territoire béninois. A cette entrée directe, il faut ajouter les entrées indirectes, voire frauduleuses.

Les données exploitées révèlent que la plupart des CTM consomment une ou plusieurs autres Substances psycho actives (SPA) en dehors du Tramadol®. Les SPA les plus consommées sont de deux sortes : les SPA licites (le café noir mélangé à la colle, aux solvants organiques ou à d'autres substances non révélées), le thé nigérien communément appelé Ataï, l'alcool, la chicha, le tabac) et les SPA illicites (drogues, notamment le cannabis, la cocaïne). La consommation de ces

substances est de plus en plus croissante de nos jours.

En dehors des médicaments modernes et des SPA, les CTM utilisent aussi les tisanes. Alors que certains prennent ces tisanes chez les vendeuses en bordure de voie, d'autres cherchent les feuilles dans la brousse pour en préparer eux-mêmes.

Par rapport aux tisanes les plus consommées, il apparaît que le paludisme est la principale maladie contre laquelle les CTM consomment les tisanes (Tab.3). Cette pratique n'est fondée sur aucune analyse biomédicale préalable. Chez les vendeuses au bord de la voie, on trouve deux catégories de tisanes : les tisanes amères et celles qui ne le sont pas. Elles sont conservées dans des bidons ou dans de grands vases. Au cours de la vente, selon la préférence du client (amère ou non), les vendeuses ajoutent du citron qui, selon elles, facilite l'élimination du paludisme par l'urine. Il ressort aussi que, concernant les tisanes, les modalités de préparation et de vente diffèrent d'une vendeuse à une autre, dépendamment des connaissances dont elle dispose. C'est la même chose chez les CTM qui les préparent eux-mêmes.

Nom de la tisane	Composition	Nom scientifique des feuilles	Maladies guéries
Hwevomasi (Tisane contre le paludisme)	Klonloma	<i>Pilostigma reticula</i> (Césalpiniacées)	Paludisme, fièvre
	Amasu	<i>Cassia podocarpa</i> (Césalpiniacées)	
	Klema	<i>Citrus aurantifolia</i> (Rutacées)	
Décoction contre le paludisme	asɔnswenma	<i>Dialium guineense</i> (Césalpiniacées)	Paludisme
	Amasu	<i>Cassia podocarpa</i> (Césalpiniacées)	
	Gbaglo	<i>Dichapetalum guineense</i> (Chailletiacées)	
Tisane contre le paludisme (amère)	kɔdo	<i>Nauclealatifolia</i> (Rubiacees)	Paludisme, fièvre
	Amasu	<i>Cassia podocarpa</i> (Césalpiniacées)	
	Xwesin	<i>Morindalucida</i> (Rubiacees)	
Tisane contre le paludisme (moins amère)	ahwanglɔn	<i>Acanthospermum hispidum</i> (Composées)	Paludisme, fièvre
	alɔvi atɔɔn	<i>Croton lobatus</i> (Euphobiaciées)	
	asɔnswenma	<i>Dialium guineense</i> (Césalpiniacées)	
Tisane contre le paludisme et autres maladies	Kpatinma	<i>New boudialaevis</i> (Bignoniacees)	Paludisme
	Eucalyptus	<i>Eucalyptus camadulensis</i> ; <i>Eucalyptus citriodora</i> (Myrtacées)	Rhume
	Xwasodò ou xwesindò	Racine de <i>Morinda Lucida</i> ou de l'Arbre à souffre	Facilite la selle, traite aussi le paludisme
	Résidus d'ananas		Donne le goût pour neutraliser l'acidité de la feuille localement dénommée « xwaso » ou « xwesin » (<i>Morinda Lucida</i>)

Source : Enquête de terrain, Août 2017

Tab. 3- Profil prophylactique des tisanes

¹⁰ Les opiacés sont des substances dérivées de l'opium. Ces produits sont d'origine naturelle ou synthétique. Les opioïdes désignent toute substance se liant à un récepteur cellulaire des opiacés. Ils agissent sur le système opioïde cérébral, principalement par leur activité sur les récepteurs neuronaux.

Les discours sur l'approvisionnement des médicaments au bord de la voie font l'objet de discours (Photos 1).

Dans la catégorie des médicaments traditionnels se trouvent aussi les pommades. En effet, certaines pommades comme « *une minute* », « *victago* » et « *neelambari* » sont utilisées par les CTM pour le massage du corps, le soir au retour des courses. Certains préfèrent utiliser ces pommades plutôt que de consommer des médicaments modernes (Photos 2).

Les données collectées et analysées ici confirment bien que, « *en cas de maladies, les habitudes courantes consistent à prendre des initiatives personnelles. Ces initiatives consistent à recourir à des plantes et de plus en plus à des médicaments du secteur informel. C'est après l'échec de ces initiatives que d'autres recours sont envisagés (guérisseurs, centres de santé, églises)* » (Kpatchavi, 2015, p.47-48).

III. PROCESSUS D'APPROPRIATION ET EFFETS DES MEDICAMENTS

a. Source d'approvisionnement des médicaments et modes d'acquisition

La majorité des CTM enquêtés (58%) achète les médicaments dans le marché informel. Par ailleurs, il se trouve 17% qui alternent l'approvisionnement sur le marché informel et l'approvisionnement en officines pharmaceutiques, dépendamment des cas de

maladies auxquels ils sont confrontés. Ces résultats rejoignent les conclusions d'une étude du ministère de la Santé, qui montre que 85% des béninois s'approvisionnent en médicaments sur le marché parallèle¹¹. Ces données montrent aussi que le médicament, en plus d'être un objet thérapeutique, est aussi un objet marchand dont la distribution ou la commercialisation se fait de façon formelle et informelle (Baxerre, 2012). Toutefois, il est à noter que l'approvisionnement en médicaments de rue par les CTM était réel et visible sur le terrain avant l'opération « *pangéa 9* » conduite le 24 février 2017 qui a consisté à interdire la vente illicite des médicaments sur toute l'étendue du territoire national. Cette opération a entraîné la disparition des points de vente des médicaments aux abords des voies de la ville de Cotonou. Cependant, cela n'a pas empêché les CTM de continuer leurs pratiques d'automédication, car les vendeurs et vendeuses s'adaptent à la répression. On assiste donc à un changement de système, notamment à la vente camouflée¹² et à la vente en milieu domestique. Cette « *intégration de la vente des médicaments dans l'espace domestique favorise sa circulation et met vendeurs et usagers à l'abri d'une quelconque répression des autorités comme cela s'observe dans les marchés ou autres espaces publics* » (Kpatchavi, 2015, p.48).

Plusieurs facteurs favorisent l'achat et l'autoconsommation des médicaments de rue par les CTM. Il s'agit entre autres de :



Photo 1- Différents médicaments utilisés par les CTM
(Cliché D. Azonchiga, novembre 2016 à août 2017)



Photo 2- Pommades utilisées par les CTM :
« *Vitago* », « *Neelambari* » et « *une minute* »
(Cliché D. Azonchiga, Août 2017)

¹¹ Koaci info, 2017.

¹² Dans ce cas, le vendeur n'affiche pas la vente de médicaments. Il « *passé* » les médicaments sous le couvert de la vente d'autres articles et donne des codes que les gens utilisent pour venir acquérir les produits.

- l'accessibilité géographique du médicament : les CTM préfèrent acheter les médicaments qui sont dans leurs environnements immédiats pour gagner du temps ;
- la capacité à acheter ou non le médicament : la plupart des discours enregistrés révèlent que c'est la cherté des médicaments de la pharmacie et les coûts de consultation médicale qui orientent les CTM vers les médicaments de la rue ;
- la possibilité qu'offre le marché illicite aux usagers d'acheter des médicaments décongestionnés (un ou deux comprimés) et à leur guise.

Ces facteurs n'interviennent pas de façon exclusive dans la prise de décision. C'est généralement un maillage de facteurs qui s'observe.

En dehors de ceux qui s'approvisionnent sur le marché informel, il a été identifié une minorité de CTM qui en achètent à la pharmacie. Ils y sont orientés par le degré de la douleur ressentie, la gravité des malaises vécus et/ou l'efficacité supposée des médicaments vendus en officine. Or, la grande majorité de ceux qui s'alimentent dans la rue mobilise les mêmes arguments. Il va sans dire que les facteurs qui sous-tendent le choix d'un médicament sont étroitement liés aux expériences vécues, aux expérimentations faites et aux perceptions individuelles.



Photo 3- Approvisionnement en médicaments et prise de tisane par les zémijans au bord de la voie (Cliché D. Azonchiga, nov.2016)

Concernant les modes d'acquisition des savoirs sur les médicaments, les données collectées indiquent que les CTM procèdent de différentes manières pour demander les médicaments qu'ils souhaitent acheter. Il s'agit des demandes directes de médicaments, des exposés de symptômes ou de maladies, des exposés de boîte de médicaments et des présentations d'ordonnance, avec une prédominance des demandes directes. Cette

demande directe suppose la possession de connaissances sur les médicaments. Plusieurs modes d'acquisition de savoirs sur les médicaments ressortent des données :

- Le vendeur prescripteur d'ordonnance s'instruit au marché : « très souvent, c'est la source ou le marché d'approvisionnement qui constitue l'école du vendeur de médicament. C'est là qu'il apprend les maladies que les produits traitent ainsi que leurs doses d'administration » (Kpatchavi, 2011, p.311).
- La transmission indirecte de savoirs entre professionnels de santé et CTM : dans ce cas, lorsque les professionnels de santé prescrivent des médicaments aux CTM et que ces derniers trouvent satisfaction, ils mémorisent leurs dénominations et leurs modes d'emploi afin de reproduire « cette prescription lorsqu'ils sont confrontés plus tard à un problème de santé similaire » (Baxerres, 2012 : 20-21).
- L'acquisition des savoirs à partir des emballages : certains CTM se fondent sur les emballages des produits pour identifier les médicaments dont ils ont besoin et leurs modes opératoires. Ces CTM font une confiance presque aveugle aux écriteaux inscrits sur les emballages, à la couleur et la forme des médicaments, à leur galénique ainsi qu'à leurs noms pour les reconnaître et les approprier (Baxerres, 2012). Le médicament constitue en lui-même, de ce point de vue, un vecteur de transmission des savoirs sur son usage. Ce mode indique que le médicament joue, au-delà de ses fonctions commerciales, économiques et thérapeutiques, une fonction prescriptive et autonomisante de l'usager qui brise les barrières et les distances entre soignants et soignés. Il va sans dire que, que l'usager prenne ou non un avis auprès d'un pharmacien, l'automédication suppose l'exercice d'une autonomie (Fainzang, 2010).
- Le « bouche à oreille » : certains autres CTM s'informent auprès de leurs pairs pour acquérir les savoirs sur les médicaments. Les conseils donnés par les CTM à leurs pairs dans ce cas mobilisent les savoirs et savoir-faire acquis par l'entremise d'un ou plusieurs modes préalablement exposés. Ce dernier mode montre que le choix d'un médicament en automédication « se nourrit également des conseils de l'entourage, au point

que l'expérience des proches est susceptible de venir se substituer à la sienne propre » (Fainzang, 2010, p.121).

Hormis les quatre précédents modes, certains CTM évoquent la source divine. Selon eux, la connaissance des médicaments, surtout des plantes fait partie des « *dons que Dieu donne aux hommes* ».

b. Facteurs facilitant la consommation des médicaments et effets induits

La consommation des médicaments et surtout des SPA se banalise, en dépit de leur prévalence. Les facteurs qui la fondent sont :

- la pénibilité du travail : « *nécessité de tenir la route à tout prix* » ;
- les antécédents ;
- la recherche de performance et/ou de l'endurance au guidon et donc la lutte contre les fatigues ;
- la domination de la peur et du stress constants ;
- le soulagement des douleurs physiques et morales ;
- la recherche du plaisir et l'appartenance à des réseaux relationnels pratiquants ou addictifs ;
- la jeunesse des acteurs qui s'adonnent à la CTM ;
- la non connaissance des revers et retombées liés à la trop forte consommation des médicaments et surtout des SPA ;
- la recherche active, voire effrénée, de gains au prix de tous les sacrifices pour répondre aux obligations, subvenir aux besoins, payer les tontines, assurer dans les groupes de pairs et faire face à d'autres contraintes existentielles ;
- l'échec de la répression.

Lorsqu'on les interroge sur les médicaments modernes ou les SPA, la plupart des enquêtés estiment que le CTM en a besoin pour effectuer son travail. Or, le médicament, quel qu'en soit le type, est un objet ambivalent. Cela transparait dans certaines données collectées qui révèlent que la consommation de certains médicaments ou tisanes, au regard de leur toxicité, engendre des conséquences sur la santé des CTM. Le seul moyen qui s'offre pour limiter cette toxicité semble être l'évitement du cumul de ces produits et de la réaction chimique non contrôlée qui s'ensuivrait (Sarradon-Eck, 2007). Pourtant, les CTM sont dans des autoconsommations quasi-quotidiennes et donc s'exposent au cumul des

produits et des effets dont parle Sarradon-Eck. Cela s'aggrave encore plus de nos jours, parce que l'autoconsommation de certains médicaments et SPA semble banalisée. En effet, l'acceptation de certaines formes d'automédication par les pouvoirs publics, qui se matérialisent surtout par la vente libre de certains médicaments en officine pharmaceutique « *tend à lui faire perdre son caractère déviant* » (Fainzang, 2010, p.116) et à renforcer les CTM dans leurs pratiques. Cependant, contrairement à ce qu'affirme Fainzang (2010, p.122), l'automédication chez les CTM enquêtés ne s'accompagne presque jamais d'une évaluation et d'une gestion objective des risques encourus. La crainte des médicaments et de leurs effets n'engendre donc pas, chez ces acteurs, la volonté de limiter le recours à l'automédication ; alors même que leurs rapports aux accidents de route (AR) et à certains troubles psychiques, émotionnels et physiologiques sont de plus en plus documentés.

Il n'existe pas de données fiables sur la consommation du Tramadol® et des SPA, par exemple, à Cotonou. Cependant, on estime que l'usage non médical abusif de ces produits a fortement augmenté et s'accroît, de plus en plus, chez les CTM, quoique dissimulé. Il est souvent observé chez les « *Zò mǎ ci* » (ceux qui sont sous contrat ont des motos confiées, squattent des motos ou ont des contraintes en termes de gains).

Trois modes de consommation sont observés : une consommation identitaire pour marquer l'appartenance à un réseau, une consommation individuelle et une consommation mimétique. Ils sont généralement indépendants du niveau intellectuel, de l'origine professionnelle et de l'appartenance religieuse des CTM.

Des auteurs comme Maiga & al. (2012), Djidonou & al. (2015), Sopoh & al. (2021) et Salifou & al., (2021) ont indiqué ce fort usage dans leurs travaux. Si Djidonou & al. (2015), montrent dans une étude réalisée à Parakou (Bénin), que la prévalence de l'addiction au Tramadol® chez les CTM était de 45%, Sopoh & al. (2019) indiquent, à la suite d'une étude conduite sur 430 CTM à Cotonou, que la prévalence de l'usage quotidien du Tramadol® était de 28,50% et celui de l'alcool de 30,41%. En dehors du Bénin, certains auteurs ont travaillé sur cette thématique. Dans une étude conduite à Lomé, S. Salifou & al., (2021, p.65), soutiennent que la consommation de

substances psychoactives est de plus en plus préoccupante en Afrique subsaharienne, surtout chez les CTM. La prévalence globale de la consommation des SPA relevée par les auteurs était de 74,33%, soit 37,29% de consommation d'une seule SPA, 24,46% de consommation de deux SPA différentes et 12,59% de consommation de trois SPA différentes, voire plus. Presque toutes les personnes enquêtées par les auteurs et qui consomment les SPA avaient déclaré que ces SPA étaient disponibles (95,6%) et accessibles (93,00%) dans leurs environnements. En ce qui concerne spécifiquement le Tramadol®, les auteurs indiquent que la prévalence de sa consommation est préoccupante parce qu'elle est de 32,69%.

Au-delà de l'addiction, des maladies hépatiques, des crises convulsives, des dépressions respiratoires et des conséquences néphrétiques que les médecins rencontrés ont soulevées, certains des auteurs évoqués précédemment ont prouvé que les CTM qui faisaient usage de ces substances avaient tendance à être plus rapidement victimes d'Accident de Route (AR) que leurs homologues qui n'en consommaient pas. Tout en confirmant ces auteurs, les données collectées au cours de cette étude, révèlent non seulement que les CTM sont de plus en plus nombreux à prendre ces produits, mais aussi que ces risques sont accrus à cause des modes de consommation mobilisés. Le Tramadol® et les SPA ne sont souvent pas consommés seuls, mais généralement dilués dans d'autres substances ou consommés en association pour prolonger leurs effets.

Certains CTM prétendent être en sécurité parce qu'ils ne consommeraient que les tisanes. Or, l'usage des tisanes n'est pas non plus sans risques pour l'organisme. Dorangeon et Moretti ont indiqué que ces risques peuvent être le résultat d'un « *non-respect des méthodes traditionnelles de préparation, d'une perte du savoir traditionnel au cours de sa transmission de génération en génération, d'une erreur d'identification* » (Dorangeon & Moretti, 2002, p.359). Les résultats de ces recherches sont transposables dans le contexte béninois où, au-delà des éléments évoqués, le dosage à la prise, la posologie et la durée du traitement sont souvent mis en exergue par les pouvoirs publics et les médecins comme étant des inconnus en matière d'autoconsommation de tisanes.

Au demeurant, bien que les connaissances acquises sur les médicaments soient fondées sur les expériences et expérimentations, il y a des risques. D'abord, il est possible que les mêmes médicaments agissent différemment chez des individus souffrant des mêmes pathologies (Sarradon-Eck, 2007). Ensuite, il y a plusieurs effets secondaires qui engendrent d'autres problèmes. Par ailleurs, bien que les CTM choisissent de s'automédiquer de façon préventive ou surtout lorsque leurs maux sont bénins, rien ne renseigne sur ce qu'ils considèrent comme bénin.

CONCLUSION

Cet article s'appuie sur des données collectées au cours d'une recherche conduite à Cotonou sur un phénomène peu étudié à ce jour : la consommation des médicaments par les taxi-motos.

Cette ethnographie concentre ses observations sur les produits consommés, les lieux et stratégies d'approvisionnement, les mécanismes de maîtrise des médicaments et de leurs posologies, les méthodes d'approvisionnement, les facteurs qui sous-tendent la consommation et les conséquences.

Bien qu'ignorant ou feignant d'ignorer les méfaits des produits utilisés sur leurs organismes, la plupart des soixante-neuf CTM enquêtés consomment en quantité et régulièrement des médicaments modernes, des SPA et des tisanes pour prévenir des épisodes de maladies, soulager des maux, régler des ressentis jugés anormaux et se maintenir constamment en état opérationnel. Les principaux facteurs qui les y obligent sont la gestion du stress, la gestion de la nervosité chronique, le désir de « *tenir la journée* » et la recherche de plus d'endurance en vue d'*améliorer la performance et mieux rentabiliser*.

Les données exploitées dans cet article indiquent certes que les CTM s'automédiquent, mais elles ne permettent pas de systématiser toutes les pratiques médicamenteuses et de prédire, de manière stable et définitive, le rôle de certains facteurs sur l'adoption de ces pratiques médicamenteuses par les conducteurs de taxi-moto.

Bibliographie

- Agossou N.S.A., 2004, Les taxis-motos zemijan à Porto-Novo et Cotonou, *Autrepart*, pp.135-148.
- Akrich M., 1996, Le médicament comme objet technique, *Revue internationale de Psychopathologie*, 21, pp.135-158.
- Aloko-Nguessan J. & Guelé Gue P., 2016, Intégration des

motos-taxis dans le réseau de transport public : cas du département d'Oumé (Côte d'Ivoire), *Revue Canadienne de Géographie Tropicale*, Vol. 3 (1), pp.49-57.

Baxerre C., 2012, Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales, *Revue Internationale sur le Médicament*, Vol. 4, pp.14-38.

Diaz Olvera L., Plat D., Pochet P. & Sahabana M., 2007, La diffusion des motos-taxis dans l'Afrique urbaine au sud du Sahara, ASRDLF. Les dynamiques territoriales : débats et enjeux entre les différentes approches disciplinaires - XLIII^e colloque de l'ASRDLF, pp.1-17.

Djidonou A., Tognon Tchégnoni F., Gansou G., Ataïgba I., Babaèkpa K., Hers D. & Gandaho P., 2015, Prévalence et facteurs associés à l'addiction au Tramadol chez les conducteurs de taxi-motos (Zé) à Parakou/Bénin, *Le Bénin Médical*, Vol. 60, pp.7-13.

Djossou G.N.A., 2017, *Analyse de l'activité de taxi-moto au Bénin*, Thèse de doctorat (PHD) de l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Dorangeon E. & Moretti C., 2002, Enquêtes sur les intoxications par les plantes en Guyane française: aspects ethnobotaniques et médicaux. Des sources du savoir aux médicaments du futur, Origine des pharmacopées traditionnelles et élaboration des pharmacopées savantes, *Société française d'ethnopharmacologie*, pp.358-361.

Fainzang S., 2010, L'automédication. Une pratique qui peut en cacher une autre, *Anthropologie et Sociétés, Traverses*, Vol. 34, pp.115-133.

Fofana M. & Sangaré M., 2018, A propos des accidents de la route : Analyse des facteurs associés aux accidents des motos-taxis dans le département de Korhogo, *East African Scholars Multidisciplinary Bulletin*, Volume 1, Issue 3, pp.129-137.

Gbénahou H.B.M., 2017, *La participation et l'appropriation à l'épreuve des pouvoirs dans les projets ruraux à Coby (Nord-Ouest du Bénin)*, Thèse de doctorat en Sciences Politiques et Sociales, ULg, Belgique.

Gbénahou H.B.M., 2001, *La problématique d'emplois durables face aux impacts socio-sanitaires du travail en République du Bénin : cas des conducteurs de taxi-motos à Cotonou*, Mémoire de maîtrise en Sociologie Anthropologie, FLASH, UNB

Kpatchavi C.A., 2015, Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin), in: L'automédication et ses déterminants, Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, *Hypothèses*, Cotonou, pp.46-54.

Kpatchavi C.A., 2011, Savoirs, *Maladies et Thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les fon et waci du Bénin*, ed. Ablodé/UAC, Cotonou.

Maiga D.D., Seyni H., Moussa A.O. & Sidikou A., 2012, Mesusage du tramadol par les adolescents et jeunes adultes en situation de rue, *Panafrican Medical Journal*, Volume 13, Article 55, pp.1-4

Meissonnier J., 2007, Territoires commerciaux des vendeurs ambulants à Istanbul, *Espaces et sociétés*, Vol 4, n° 127, pp.145-163.

Monteiro S., Alfa Bio A., Assavedo A.R., Dossou Bodjrenou B. & Alamou S., 2018, Morbidité Oculaire chez les Conducteurs de Taxi Motos à Parakou, *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*, Vol. 12, pp.52-54.

Salifou S., Ekpai E., Wenkourama D., Kanekatoua S., Affo C. & Dassa K.S., 2021, Facteurs Associés à la Consommation de Substances Psychoactives par les Conducteurs de Taxi-Motos à Lomé, *Health Sciences & Diseases*, Vol. 20, pp.63-67.

Sarradon-Eck A., 2007, Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues, *Sciences sociales et santé*, Vol. 25, pp.5-36.

Sopoh G. E., Gaffan A. N., Sossa-Jérôme C., Kpozèhouen A. & Glèlè-Ahanhanzo Y., 2021, Alcohol, Tobacco and Tramadol Daily Consumption and Road Traffic Crashes among Motorcycle Taxi Drivers in Cotonou (Benin), *Open Journal of Epidemiology*, 2021, 11, pp.433-445.

Thoër C. & Aumond S., 2011, Construction des savoirs et du risque relatifs aux médicaments détournés, *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 35, pp.111-128.

Tisseron A., 2017, Tramadol, médicament et drogue du pauvre en Afrique de l'Ouest et au Sahel, *L'Afrique en questions*, n° 39, Ifri.

Thoër C., Pierret J. & Josy Lévy J., 2008, Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical, *Drogues, Santé et Société*, Vol. 7, pp.19-54.

Zomalhèto X., Mikponhoué R.C.N., Wanvoègbe A., Adikpéto I. & Ayélo P., 2019, Prévalence et facteurs associés à la lombalgie chez les conducteurs de taxi moto à Porto-Novo (Bénin), *The Pan African Medical Journal*, Vol 32, n° 107, pp.1-8.