

# REVUE IVOIRIENNE DE SOCIOLOGIE ET DE SCIENCES SOCIALES



Vol. 4 (2023) n°15 – 4<sup>ème</sup> trimestre  
du 31 décembre 2023

**ISSN 2707-8604**



**Revue Ivoirienne de Sociologie et de Sciences Sociales**  
**Université Alassane Ouattara**  
**(Bouaké - Côte d'Ivoire)**

**Directeur de Publication :**

**Dr Gnazégbo Hilaire MAZOU, Maître de Conférences**

**Boîte postale : 01 BP V18 Bouaké 01**

**Tél : (+225)  
0102 84 10 79  
(+225) 0708 35 09 41**

**E-mail : [revueriss@gmail.com](mailto:revueriss@gmail.com)**

**Indexation:**

**<https://reseau-mirabel.info/revue/15308/Revue-ivoirienne-de-sociologie-et-de-sciences-sociales-RISS>**

**[https://www.academia.edu/49037913/REVUE\\_IVOIRIENNE\\_DE\\_SOCIOLOGIE\\_ET\\_DE\\_SCIENCES\\_SOCIALES](https://www.academia.edu/49037913/REVUE_IVOIRIENNE_DE_SOCIOLOGIE_ET_DE_SCIENCES_SOCIALES)**

**Site internet : [http:// www.riss-uao.org](http://www.riss-uao.org)**

**ISSN 2707-8604**

## **ADMINISTRATION DE LA REVUE**

**Directeur de Publication** : Dr Gnazégbo Hilaire MAZOU, Maître de Conférences

**Rédacteur en chef** : Dr Djama Ignace ALLABA, Maître de Conférences

**Rédacteur en chef Adjoint** : Dr Meless Siméon AKMEL, Maître de Conférences

**Correspondance** : *revueriss@gmail.com*

## **COMITÉ SCIENTIFIQUE**

Prof. N'Guessan François KOUAKOU, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Deho Roger TRO, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Issiaka KONE, Professeur des Universités, Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa

Prof. Alphonse Yapi-DIAHOU, Professeur des Universités, Université Paris 8

Prof. N'Doumy Noël ABE, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Doumbia TIEMOKO, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Émile Brou Koffi, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Doh Ludovic FIÉ, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Opadou KOUDOU, Professeur des Universités, École Normale Supérieure Abidjan

Prof. Maïga ALKASSOUM, Professeur des Universités, Université OUAGA I (Burkina Faso)

Prof. François N'Goran KOUASSI, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Jean Ferdinand MBAH, Professeur des Universités, Université Omar-Bongo (Gabon)

Prof. Charles AWESSO, Professeur des Universités, Université de Lomé (Togo)

Prof. Jean-Michel Egue LATTE, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Prof. Jean-Baptiste GBONGUE, Professeur des Universités, IPNETP Abidjan

Prof. Hypolithe TOLLAH, Professeur des Universités, Universités Québec à Trois Rivières

## **COMITÉ DE LECTURE**

Prof. Sekre Alphonse GBODJE, Professeur des Universités, Université Alassane Ouattara

Dr Irafiala TOURE, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Diamoï Joachim AGBROFI, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Gnazégbo Hilaire MAZOU, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Meless Siméon AKMEL, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Obou Mathieu TCHETCHE, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Imourou Abou BAKARI, Maître de Conférences, Université Abomey-Calavi (Bénin)

## **COMITÉ DE RÉDACTION**

Dr Gnazégbo Hilaire MAZOU, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Djama Ignace ALLABA, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Meless Siméon AKMEL, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Gnabro Robert LOBA, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Brahim COULIBALY, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Djibli Vincent DIBI, Maître de Conférences, Université Alassane Ouattara

Dr Konan Jérôme KOUAKOU, Chargé de recherche, Université Alassane Ouattara

Dr Euloge Zagocky GUEHI, Chargé de recherche, Université Peleforo Gon Coulibaly Korhogo

Dr Martin Armand SADIA, Maître-assistant, Université Alassane Ouattara

Dr Tehua Parfait KOUAKOU, Maître-assistant, Université Alassane Ouattara

## NOTES AUX CONTRIBUTEURS

La revue **RISS**, *Revue ivoirienne de sociologie et de sciences sociales* de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké (Côte d'Ivoire), est une revue scientifique à comité de lecture international et des évaluateurs faisant autorité dans les différents domaines qui ont le développement pour objet, notamment la sociologie et les sciences sociales. RISS est un espace de diffusion de travaux originaux de Sociologie et de Sciences Sociales. Cette revue scientifique vise l'émergence, la diffusion de réflexions approfondies sur le développement et la promotion d'un espace de communication et d'échange entre enseignants-chercheurs, chercheurs et différents autres intervenants sur la question partout dans le monde. La revue **RISS** publie un numéro tous les trimestres (quatre (4) numéros ordinaires chaque année), disponible en ligne sur le site de la revue et un dossier thématique au format papier paraissant au cours de la deuxième quinzaine du mois de décembre. En vue de susciter des interventions pour le dossier thématique, un appel à contribution est émis au début du mois de janvier de chaque année. Ce dossier vise à faire l'état d'une question dans toute sa complexité et ses diverses approches. Il est sous la responsabilité d'un Directeur désigné qui en assure le développement éditorial. Les normes éditoriales de la revue RISS sont conformes à celles adoptées par le Comité Technique Spécialisé (CTS) de Lettres et sciences humaines/CAMES.

### Les manuscrits

La revue RISS ayant un caractère international, il est recommandé aux auteurs de rédiger dans le souci d'être compris de tous. Aussi doivent-ils éviter des expressions régionales ou de faire allusion à des faits situés localement. Les contributions doivent être envoyées aux responsables de la revue sous la forme électronique, en version Word uniquement à l'adresse : [revueriss@gmail.com](mailto:revueriss@gmail.com). Tout projet de texte soumis à évaluation doit présenter les informations suivantes :

- Titre de l'article en capitales d'imprimerie (20 mots maximum) ;
- Les Noms et prénoms complets des auteurs avec leurs adresses professionnelles ;
- Institution de rattachement de son auteur ou de chacun de ses auteurs ;
- Le résumé de l'article en français et en Anglais (150 mots maximum).
- Le corps du texte en Police Times New Roman, Taille 12, Interligne simple ;

Les références bibliographiques suivant les Normes APA (classées par ordre alphabétique) ;

- Volume : 20 pages maximum
- Marges : 3 cm à gauche, 2 cm en haut, à droite et en bas
- La subdivision du texte doit se faire selon le système décimal (1., 1.1., 1.2. - 2., 2.1., 2.2. , etc.).

### Structuration recommandée pour tout manuscrit

Pour les contributions **théoriques** et **fondamentales** :

- ✓ Une introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approches théoriques)
- ✓ Un développement articulé
- ✓ Une conclusion
- ✓ Une bibliographie

Pour les contributions résultant d'une **recherche de terrain**:

- ✓ Une introduction (justification du choix du thème, objectif, question principale)
- ✓ Un développement articulé (méthodologie, résultats, discussion)
- ✓ Une conclusion
- ✓ Une bibliographie

**Résumé :** Tout article, y compris les articles de synthèse, doit être accompagné de résumés en français et en anglais, quelle que soit la langue originale du texte. Il doit énoncer brièvement le problème et les objectifs de la recherche, la démarche méthodologique et les principaux résultats. Tout résumé est suivi d'un maximum de 5 mots clés.

**Introduction :** L'introduction doit poser clairement la problématique avec des citations scientifiques (au moins 5) les plus récentes et les plus pertinentes. Les objectifs de l'étude doivent être clairement énoncés. Le texte doit être rédigé dans un langage scientifique et compréhensible.

**Matériel et Méthodes :** Dans cette rubrique, il s'agira de décrire la démarche méthodologique suffisamment détaillée. Y figurent entre autres : le type d'étude, la description de la population de l'étude, les données et les techniques utilisées, les variables principales et secondaires étudiées, l'analyse statistique, etc.

**Résultats et analyse :** Les titres sont alignés à gauche, sans alinéa et en numérotation décimale : Titre de niveau 1 est en gras (6 pts avant, 6 pts après), Titre de niveau 2 est en italique gras avec 6 pts avant, 6 pts après et le Titre de niveau 3 est en italique non gras (6 pts avant, 6 pts après).

**Discussions :** La démarche méthodologique utilisée et les résultats obtenus doivent être discutés de façon conforme aux normes. Au moins cinq (5) auteurs devront être cités en référence dans la discussion.

**Citations :** Les citations d'auteurs sont entre guillemets. Lorsqu'elle dépasse trois (3) lignes, il faut aller à la ligne pour la mettre convenablement en forme (interligne 1, aller en retrait vers la droite de 2 points, taille de la police réduite d'un point par rapport à la taille normale du texte). Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon le cas :

Initiale(s) du (des) prénom(s) du (des) auteurs plus nom du (des) auteurs suivi de l'année de publication et de (des) pages de référence ; tous ces éléments étant mis entre parenthèses.

Initiales (s) du (des) prénoms du (des) auteurs plus nom du (des) auteurs, année de publication et page de références ; ces deux derniers éléments étant mis entre parenthèses.

#### **Exemples :**

Cas 1 : Les femmes enceintes ont leur façon d'appréhendé les différents modèles d'interprétation de la maladie (P. H. Collins, 2012 : p. 6).

Cas 2 : Selon H. Mazou (2014, p. 11), les comportements des jeunes sont socialement situés.

### **Références bibliographiques**

Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit :

Nom et Prénom (s) de (des) auteur(s), Année de publication, Titre, Lieu de publication, Zone Éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Éditeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la

revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2<sup>de</sup> éd.).

Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Par exemple :

1. Bourdieu Pierre, 1998, La Domination masculine, Paris, Éditions du Seuil, 92 p.
2. Gendron C. 2006, Le développement durable comme compromis, Paris, PUQ, 294 p.

# TABLE DES MATIÈRES

**Editorial** ..... 7

## Philosophie

**MOUNGA MBAIDJE TAMBAYE JEAN MICHEL** Comprendre la fragilité du pouvoir politique au Tchad des années 1990 à nos jours à travers une analyse de la notion de l'ambition chez Nicolas Machiavel ..... 8–27

**GANE MADDA AZARIA / JEAN-MICHEL MOUNGA MBAIJÉ, / HOULPAN JULIEN** Francafrique : Amitié Franco-africaine ou le mythe de la caverne de l'Afrique Francophone ..... 28–43

## Sociologie

**JEAN-YVES BRIARD** Commentaires situés sur un croisement de regards entre des activistes LGBTIQ et la communauté universitaire de Bouaké ..... 44–57

**BEDIE DÈGBÉDJI VIGNON / DOUTI BOAMAN JOVIT MAJOIE / HOUNSOUVI ALIDÉOU MARIANO JOSÉ** Sens et usages thérapeutiques communautaires de la bilharziose urinaire en milieu lacustre au sud du Bénin (so-ava) ..... 58–69

**ALICE DANHI / MAXIME VALIDER KOFFI / BOH JULIEN YOUAN BI** Dynamique sociale et désintérêt scolaire ..... 70–82

## Economie

**AMADOU K. DIT AMOBO WAÏGALO** Analyse des facteurs incitatifs du consentement à payer la taxe de développement régional et local (TDRL) dans la commune rurale de Sébougou ..... 83–95

## ÉDITORIAL

Le monde d'aujourd'hui est confronté à des phénomènes qui brouillent les distinctions habituelles : les appartenances multiples et les métissages, les rencontres interculturelles, les mélanges entre modernité et tradition, les tensions entre mondialisation et affirmations identitaires, les emprunts et les détournements d'une culture à l'autre, les impacts des nouvelles technologies de la communication et des nouveaux imaginaires culturels, les changements climatiques, etc. Toutes ces préoccupations susmentionnées invitent les Enseignants-chercheurs et Chercheurs à s'inscrire dans une démarche de découverte pour affronter la réalité sociale à travers leurs différentes investigations, échanges et contributions scientifiques. Il s'agit de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée, dans le but de trouver la véritable explication des faits, en vue de participer au bien-être social de nos populations.

C'est dans ce contexte que la Revue Ivoirienne de Sociologie et des Sciences Sociales (RISS), du Département de Sociologie à l'Université Alassane OUATTARA (Bouaké - Côte d'Ivoire), dans une approche pluridisciplinaire, se propose de mettre à la disposition de ses fidèles lecteurs et contributeurs d'horizons divers, un espace d'échanges et de productions scientifiques, afin de contribuer au développement de nos sociétés.

Tout en vous souhaitant bonne lecture, nous espérons que les différentes contributions et échanges vous seront profitables.

**Pour le comité de rédaction**

*Gnazégbo Hilaire MAZOU*

Directeur de publication

## **SENS ET USAGES THERAPEUTIQUES COMMUNAUTAIRES DE LA BILHARZIOSE URINAIRE EN MILIEU LACUSTRE AU SUD DU BENIN (SO-AVA)**

### **BEDIE Dègbédji Vignon**

Assistant, Institut Régional en Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi,  
Email: [bedie.vignon@gmail.com](mailto:bedie.vignon@gmail.com)

### **DOUTI Boaman Jovit Majoie**

Assistant, Institut National de la Jeunesse et des Sports, Université de Lomé,  
Email : [doutijovit@ymail.com](mailto:doutijovit@ymail.com)

### **HOUNSOUVI Alidéou Mariano José**

Département de Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi,  
Email: [josounsouvi@gmail.com](mailto:josounsouvi@gmail.com)

#### **Résumé :**

Les maladies hydriques en général, et la bilharziose urinaire en particulier, sont généralement liées par le manque de bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement. À Sô-ava, la communauté, en cas de maladie, adopte des pratiques thérapeutiques pour faire face à cet événement morbide. La présente recherche vise à démontrer que les pratiques thérapeutiques des communautés à la bilharziose urinaire sont subséquentes aux représentations sociales. Pour y arriver, l'option méthodologique a été de se baser sur des entretiens semi-directifs, un questionnaire ainsi que l'observation *in situ*. Les techniques d'échantillonnage sur lesquelles reposent cette recherche sont le choix raisonné et le hasard simple. Des résultats, il en ressort que les communautés de la commune de Sô-Ava pensent que la bilharziose urinaire n'est pas biomédicale. Lorsque survient un événement bilharziose, l'acteur met en scène différentes pratiques thérapeutiques allant de l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle à l'automédication, en passant par des cérémonies de purification.

Mots-clés : Bilharziose urinaire, Pratiques thérapeutiques, Représentations sociales, Usages sociaux et Sô-ava

#### **Abstract**

Waterborne diseases in general and urinary schistosomiasis are usually caused by the lack of good hygiene and sanitation practices. In So-Ava, the populations, in case of illness, adopt therapeutic behaviors to face this morbid event. This research aims to demonstrate that the therapeutic behavior of populations facing urinary schistosomiasis is after social representations. To achieve this, the methodological option was to rely on semi-structured interviews, a questionnaire and in-situ observation. The sampling techniques on which this research is based are reasoned choice and simple chance. From the results, it appears that the populations of the municipality of Sô-Ava think that urinary schistosomiasis is not biomedical. When a schistosomiasis event occurs, the actor puts on different therapeutic behaviors ranging from the use of traditional pharmacopeia to self-medication, via purification ceremonies.

**Keywords:** Urinary schistosomiasis, therapeutic behaviors, social representations, social uses of the disease and Sô-ava.

## Introduction

La gestion de l'eau fait objet de nombreux débats scientifiques qui interpellent de plus en plus les sciences sociales. En raison des enjeux qu'elle suscite dans les sociétés contemporaines, elle fait l'objet d'expertises et de recherches multiformes (C. Baron et M. Tidjani Alou, 2011). La question de la qualité de la vie, objet fondamental du paradigme prônant le développement humain durable prend en compte l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement des communautés. C'est justement dans ce contexte que les Objectifs de Développement durable (ODD) en leur objectif 6 visent à : « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ». L'eau potable étant un besoin fondamental de l'humanité, elle apparaît ainsi comme une préoccupation de développement humain durable. D. Konnon (2009) insiste sur ses besoins d'usage quotidien. En abordant l'importance de l'eau, et de son accessibilité, A. I. N. Akpona et *al.* (2015, p. 9120) soulignent que : « l'eau joue un très grand rôle dans l'existence et le maintien de tout groupe social. Elle est au cœur de toutes les activités sociale, économique, politique et religieuse... ».

Cependant, suivant les conclusions du Sommet de Rio en 1992, il faut reconnaître qu'une eau potable, un environnement assaini et une remarquable hygiène sont des éléments essentiels à la santé et par induction la croissance voire le développement économique d'un pays. Au Bénin, selon les données de l'Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages 2010, (EMICoV), seulement 13,2 % des ménages évacuent les ordures par la voirie publique ou privée, ce qui signifie que 86,8 % des ménages au Bénin continuent de jeter les ordures dans la nature. En général, les eaux usées et les déchets solides sont rejetés respectivement à 93 % et 74,9 % dans la nature (INSAE 2016). Selon l'Organisation mondiale de la santé, environ 1,1 milliard de personnes n'ont pas accès à une eau potable et 2,4 milliards ne disposent pas de systèmes d'assainissement adéquats (WHO-UN Habitat, 2010). Dans les zones rurales, certains acteurs sociaux continuent de consommer l'eau des rivières et marigots (C. S. Hediblè et *al.* 2014).

Dès lors, la contamination microbiologique de l'eau potable peut être à l'origine de la transmission de maladies telles que la diarrhée, le choléra, la dysenterie, la fièvre typhoïde et la poliomyélite, et on estime qu'elle entraîne chaque année 505 000 décès consécutifs à des maladies diarrhéiques (World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF, 2023). Au-delà de la contamination des eaux de boissons et de la consommation des eaux des rivières et des marigots, les communautés font face à plusieurs maladies hydriques parmi lesquelles figure la bilharziose urinaire. Elle est l'une des maladies les plus répandues dans le monde et sévit dans environ 76 pays situés en Afrique, en Amérique du Sud, au Moyen-Orient et au sud du continent asiatique (OMS, 2011). Le nombre de personnes exposées est estimé à 600 millions dont plus de 200 millions sont infectés et près de 280 000 personnes décèdent chaque année des complications (OMS, 2011). Connue également sous le nom de schistosomiase, la bilharziose est causée par des vers parasites qui portent le nom de Schistosomes ou Bilharzies, qui sont présents dans certaines eaux douces. La bilharziose, qui sévit de manière endémique dans certaines régions du Bénin, est la deuxième maladie parasitaire la plus importante après le paludisme (J. Engels et *al.* 2002 ; OMS, 2011). Les communautés à risque sont celles qui vivent surtout en milieu lacustre.

Au Bénin, dans certaines communes du Bénin, telle celle de Sô-Ava, la persistance des maladies hydriques reste un problème majeur de santé publique. En 2013, une étude menée dans la commune de So-Ava au Bénin a révélé une prévalence de la bilharziose urinaire, causée par *Schistosoma haematobium*, de 32,78 % parmi les jeunes écoliers. Les prévalences spécifiques dans trois villages de la commune étaient de 22,22 %, 21,43 % et 46,47 % (M. Ibikounlé et *al.* 2013). La commune de Sô-Ava, située au Bénin, est une région lacustre où

l'accès à l'eau potable est un défi majeur, qui bénéficie des efforts continus du gouvernement béninois en matière de sensibilisation, de prévention et de traitement contre ce problème de santé. D'où l'importance d'interroger le sens des usages thérapeutiques de la bilharziose urinaire dans la commune de Sô-ava au sud du Bénin pour accompagner la lutte contre cette maladie. Quelles sont les significations sociales que mobilisent les habitants de la Commune de Sô-Ava dans le traitement de la bilharziose urinaire.

## **1. Cadre méthodologique**

Cet article, qui s'inscrit dans la complexité de la Sociologie de la Santé, nécessite l'intervention d'une méthodologie particulièrement propre aux sciences sociales. La présente recherche s'intéresse aux pratiques thérapeutiques de la bilharziose urinaire dans la commune de Sô-ava au sud du Bénin. La démarche méthodologique adoptée est de nature qualitative. Au cours de la collecte des données, les acteurs tels que les communautés rurales, les agents de santé et les chefs religieux ont été approchés par la méthode du choix raisonné. La recherche documentaire, l'entretien individuel approfondi, l'observation indirecte, les entretiens de groupe ont été les techniques de collecte des données. Une partie de l'échantillon est indéfinie à l'avance, vu que certains acteurs étaient inconnus avant la descente sur le terrain. Pour ces raisons, la taille de l'échantillon a été arrêtée à 45 acteurs locaux après atteinte du seuil de saturation des réponses. L'analyse des résultats est faite par la théorie des représentations sociales. La théorie des représentations sociales « offre un éclairage particulier favorisant une meilleure compréhension des rapports entre la personne, le groupe social et l'environnement ; elle donne la possibilité de mieux saisir les dynamiques sociales impliquées dans les enjeux environnementaux [...] » (C. Garnier et L. Sauvé, 1999, p. 65). Ces différentes méthodes nous ont permis d'analyser les pratiques thérapeutiques des communautés à la bilharziose subséquentes aux représentations sociales dans la commune de Sô-ava au sud du Bénin. Les représentations sociales s'avèrent être des phénomènes complexes très présents dans la vie sociale. Elles sont constituées de différents éléments qui ont longtemps été appréhendés séparément : attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. La représentation qu'a un groupe social d'un objet s'appuie sur un ensemble d'informations, d'opinions, de croyances, d'interprétations idéologiques, etc. relatives à cet objet. Elle permet notamment au groupe social de comprendre et d'expliquer la réalité, de définir son identité sociale, d'orienter son action en fonction du contexte et de justifier a posteriori ses choix ou attitudes. Étudier les représentations sociales d'une maladie, revient aussi à étudier la nosologie. En effet, la nosologie est certes une partie de la médecine qui étudie les maladies afin de les classer, mais le sens sociologique revêt une autre dimension qu'il s'avère nécessaire de déterminer afin de pouvoir comprendre voire, expliquer les représentations sociales d'une maladie en occurrence la bilharziose urinaire.

## **2. Résultats et discussions**

Les résultats mettent en évidence une hybridation des conceptions étiologiques de la Bilharziose dans la communauté étudiée. L'analyse des pratiques thérapeutiques de la Bilharziose révèle d'une part le poids pris par les croyances et les représentations sociales dans le traitement de la maladie. C'est l'étiologie sociale de la maladie constituée à partir des données de l'expérience sociale et de la sémiologie populaire. De nos observations, les formes thérapeutiques rencontrées dans la commune de So-Ava se déconnectent partiellement du discours médical. Elles participent à la « construction sociale de la maladie comme le soulignent Y. Jaffré et J-P Olivier de Sardan (1999, p.7) « jamais, nulle part, les représentations populaires des maladies ne coïncident avec les représentations savantes, biomédicales ». En ce sens les usages thérapeutiques locaux sont moins à classer dans les

répertoires de la médecine moderne. Ils se construisent autour d'autres entités que nous pouvons qualifier d'« entités nosologiques populaires ». Ces entités correspondent au niveau local à des systèmes de classification de la maladie, de reconnaissance des signes et des symptômes. Ils sont responsables à la fois d'expliquer la maladie et de définir l'approche thérapeutique à mettre en place pour la traiter. A partir des données collectées, l'hypothèse de la maladie comme fait socialement construite se confirme. Elle se justifie au regard des nombreuses significations attribuées à la maladie et aux processus thérapeutiques dans lesquels elle s'inscrit. Partant de l'étiologie sociale et culturelle de la maladie, les usages thérapeutiques n'ont pas que pour seule finalité d'agir sur le corps physique. La dimension biophysique du traitement est couplée avec d'autres dimensions sur lesquelles viennent se greffer des pratiques thérapeutiques du terroir. A travers ces pratiques, l'action sur la maladie fait appel à un ensemble de procédés cathartiques et de techniques de purification soumis au pouvoir des guérisseurs traditionnels et tradithérapeutes. Le recours aux praticiens locaux et la mobilisation des savoirs thérapeutiques locaux, font tous partie d'une démarche d'endogénéisation de l'acte thérapeutique. En marge du modèle étiologique dominant se mettent en place d'autres procédés plus conventionnels et conformes aux normes de la biomédecine. On retrouve donc au sein de la même communauté une diversité de systèmes thérapeutiques concurrents, chacun renvoyant à des modèles étiologiques divergents. Les résultats sont analysés et discutés en deux temps. En premier lieu, nous présentons un aperçu de représentations étiologiques de la bilharziose urinaire dans la commune de Sô-Ava. En second lieu, est dressé, un portrait des pratiques thérapeutiques à l'œuvre dans la commune de la commune de Sô-Ava.

## ***2.1. Etiologie sociale de la maladie et logiques thérapeutiques endogènes***

### *2.1.1. Nosologie populaire de la maladie*

L'étude nosographique a permis d'identifier les formes sémantiques de représentation de la bilharziose urinaire dans la commune de So-Ava. Dans l'univers thérapeutique de la communauté, deux terminologies reviennent avec insistance pour désigner la bilharziose. Il s'agit de « Adidôfôfo » et de « Adovè ».

#### *2.1.1.1. « Adidôfôfo »*

Pour certains habitants de la commune de So-Ava, la présence de sang dans les urines est le signe révélateur d'une pathologie. C'est le « Adidôfôfo ». La traduction littéraire donne ce qui suit : « urine sanguinolente ». Pour une partie de la communauté, l'urine ensanglantée est le signe distinctif de la bilharziose urinaire. Pour elle, la maladie ne se résume qu'à un symptôme notamment la présence du sang dans les urines. C'est à ce propos que cet acteur, atteint de bilharziose urinaire déclarait ce qui suit :

« J'ai attrapé cette maladie depuis la semaine passée. Dès le commencement, quand je commençais à avoir le corps chaud, ma maman pensait que c'était le paludisme. Elle essayait donc de me traiter avec de la tisane, mais ça n'allait pas trop. Un de ces jours quand j'urinais, ma maman a remarqué qu'il avait du sang après l'urine. Après la consultation auprès des sages du village, on m'a diagnostiqué « Adidôfôfo ». Et j'ai commencé un traitement à base de tisane et autres plantes. » (K.L, 20 ans, collecte de données 2022).

Le propos précédent est riche d'enseignements en ce sens que pour cet acteur tout comme sa mère. La nomenclature de la maladie ne leur était pas familière au point où elle a eu l'obligation de se référer afin d'en savoir davantage. Ce qui signifie qu'il existe des cadres sociaux qui savent comment se manifeste telle ou telle autre maladie. Ces cadres sociaux constituent la pierre angulaire de la diffusion d'abord d'une nomenclature médicale et ensuite

d'éventuels traitements. L'un des enseignements qui peuvent être tirés de cette recherche est que la construction de la maladie est éminemment sociale. Ce sont ces cadres sociaux de la maladie mis en lumière à travers ce verbatim. Cela va de soi, la bilharziose urinaire n'ayant pas un seul symptôme, du coup, pour ces cadres sociaux de la maladie, le « *Adidôfôfo* » est la maladie dont le répondant français est la bilharziose urinaire. Cependant, pour la biomédecine, la bilharziose urinaire et le « *adovè* » sont une, et même maladie.

#### 2.1.1.2. Le « *Adovè* »

Pour les communautés locales de la Commune de So-Ava, la bilharziose urinaire est différente du « *adovè* » qui signifie littéralement douleur urinaire. Si pour la biomédecine, les douleurs urinaires et les urines sanguinolentes sont deux faces d'une même réalité (bilharziose urinaire), pour la communauté, les deux maladies constituent des épisodes morbides particuliers. Les deux appellations ne signifient pas dans l'imaginaire collectif des communautés la même réalité. L'évocation de l'urine douloureuse émane de la légère douleur à la miction ainsi qu'à la parution d'une coloration rouge brique. Cependant, s'en tenir à cette traduction littérale, c'est courir le risque de confondre la maladie avec d'autres infections liées aux urines ou au sexe. Pour l'appellation moderne, il s'agit de la Bilharziose urinaire. C'est justement cette différence qui induit une différence dans le traitement que les sachants proposent. Pour eux, cette maladie a deux origines probables : soit naturelle, soit provoquée. Dans cette optique, un sachant déclare ce qui suit :

« Le *adovè* là, c'est souvent l'eau qu'on boit qui donne ça. Ou bien, c'est quand tu ne te laves pas bien. Vous savez, ici dans le village souvent, c'est l'eau de la rivière que nous utilisons pour notre toilette. Cette eau est souvent impropre ce qui fait que quand on urine pendant qu'on se lave, les microbes entrent dans notre sexe et surtout les femmes. Mais il arrive fréquemment qu'un ennemi puisse envoyer la maladie. Tu es là comme ça et tout d'un coup, tu as des douleurs quand tu vas pisser, ou bien, tu vas sortir avec la femme d'autrui, ah là, tu vas mourir si on ne fait rien pour toi. » (C.S, 23 ans, collecte de données 2022).

De ce discours, les renseignements en termes de savoirs locaux sont dignes d'intérêt. Par ailleurs, nous constatons que les systèmes étiologiques endogènes attribuent rarement à la rivière une fonction pathologique. Pour les habitants, la rivière étant une richesse, elle ne peut donc en aucun cas être la source d'une maladie. C'est ici le lieu de ressortir les propos de madame X qui disait que :

« C'est de cette eau que nous vivons. Nous y faisons la pêche pour vendre les poissons, et même pour en consommer, nous prenons cette eau pour faire également la lessive et la cuisine. Je ne pense pas qu'elle ne soit la source d'aucune maladie. » (B.V, 22 ans, collecte de données 2022).

Un autre individu qui a une fois contracté la maladie ira plus loin pour dire que :

« C'est l'excès de sucre qui cause la maladie de '*Adidôfôfo*'. La preuve éclatante, depuis un bout de temps où je ne prends plus de sucre, la maladie n'a plus refait surface. Aussi, il y a qu'elle se contracte après qu'on soit atteint du paludisme. » (S.E 22 ans, collecte de données 2022).

Par ailleurs, certaines personnes de la communauté sont d'avis que les symptômes de la bilharziose urinaire proviennent du paludisme. L'un des symptômes du paludisme étant la fièvre, elle fait partir également des premiers signes qu'on observe chez une personne atteinte de la bilharziose urinaire. C'est l'exemple d'un jeune homme qui s'exprime en ses termes :

« Pour moi, ce n'était qu'un début de paludisme quand j'ai commencé par ressentir la fièvre, jusqu'à ce que je ne remarque pas la présence de l'urine dans mon sang. C'est après avoir remarqué cela que je me suis résolu à me rendre à l'hôpital où les agents de santé me faisaient prendre conscience que je souffrais en réalité de la bilharziose urinaire. » (A.R, 22 ans, collecte de données 2022.)

La présence du sang dans l'urine et la douleur urinaire sont des symptômes qui apparaissent quelques jours après l'infection des parasites responsables de la bilharziose urinaire dans l'organisme de l'individu infecté.

### *2.1.2. Endogénéisation du traitement de la maladie*

Ici, le sujet malade fait recourt aux pratiques endogènes pour se faire traiter. Au nom des moyens endogènes, nous avons : usage des tisanes (intervention des radiothérapeutes) et les cérémonies d'expiation.

#### *2.1.2.1. Usage des tisanes*

Ici, le sujet malade se sert des tisanes pour se traiter. En effet, une fois infecté de la maladie, ils se rendent chez les radiothérapeutes pour avoir des écorces d'arbres ou des feuilles pour pouvoir se guérir de la maladie. C'est le lieu de comprendre les propos d'un monsieur qui s'exprime en ses termes :

« Après que je sois malade, ma maman tout inquiète s'est rapprochée du mari de ma tante qui est radiothérapeute. Ce dernier lui a donné des tisanes qu'elle a tenté de préparer pour moi et je me suis traité avec au fil du temps. » (N.E population de base, collecte de données 2022.)

Cette méthode de traitement semble hautement efficace d'après les dires de N. E. Pour lui, les anciens parents se sont constamment traités de la sorte et ont vécu assez longtemps avec les tisanes. Il ajoute qu'ils se servent aussi de la tisane pour guérir plusieurs autres maladies à part la bilharziose urinaire.

#### *2.1.2.2. Cérémonies d'expiation*

À ce niveau, le sujet malade pratique des rites pour se faire traiter. Ils se rapprochent des chefs de cultes traditionnels pour avoir une solution à leur problème. Ses derniers par suite de consultations apportent des solutions aux problèmes de leur patient. Un chef de culte nous dira à ce sujet :

« Je reçois des cas de maladies causées par des envoutements. Certains parents commettent des actes malsains dans le passé et cela rattrape les enfants en leur créant des maladies parmi lesquelles figure la présence de sang dans les urines (Bilharziose urinaire). » (H.F Chef de culte traditionnel dans la commune de Sô-Ava).

Un autre individu pour renchérir dira que :

« Lorsque j'ai attrapé cette maladie, mon papa avait un problème avec un de nos oncles qui lui faisait des menaces. Il lui disait qu'il allait nous faire souffrir, mon papa et nous qui sommes ses enfants, il a même insisté sur le fait que mon père allait juste dépenser son argent dans la maladie. Il m'a donc amené chez le chef de culte traditionnel de la localité pour que je fasse des cérémonies. J'ai eu à trouver un peu de satisfaction par suite de cela. » (K.R, habitant de la commune de Sô-Ava)

Un des mérites incontestables des recherches anthropologiques est d'avoir articulé entre les conceptions de la maladie et les pratiques des soins traditionnels. En ce sens, elles ont mis l'accent sur l'efficacité symbolique et sur la dimension collective qui sous-tend le dispositif thérapeutique traditionnel, marquant par la même sa spécificité et ses mérites par rapport à la

biomédecine. En effet, autant l'action de la biomédecine est limitée à l'approche organiciste et individuelle de la maladie, et tend à isoler le patient de son cadre social, autant la thérapeutique traditionnelle est orientée vers une dimension symbolique visant à intégrer celui-ci au sein de son entourage et de sa communauté (R. Abdmouleh 1990). La maladie en plus d'être un désordre biologique est envisagée comme un désordre individuel et social. C'est le signe d'un malaise entre l'individu et la société, lequel se traduit en termes de sorcellerie et de possession. Comme le souligne Marc Augé, l'attaque du sorcier signifie en quelque sorte un rappel à l'ordre. Elle suscite une redéfinition de la personne, renvoie à un code de déchiffrement des symptômes et met en cause une ou plusieurs dimensions sociales pertinentes (M. Augé et C. Herzlich, 1983). Cette mise en cause, cette interpellation du social s'observe à travers le processus de diagnostic divinatoire ayant pour but d'identifier l'agresseur et le motif de l'agression. Le plus souvent, la maladie renvoie à des conflits, et à des tensions sociales (Kaday-Talle, 1985). Dans cet esprit, Evans-Pritchard met l'accent sur la dimension sociale de la magie, suscitée selon lui par une situation concurrentielle et conflictuelle et de vengeance (Evans-Pritchard E.E., 1977). Ce sont ces critères qui rendent pertinents le diagnostic des guérisseurs et leur intervention.

Cette cohésion sociale est renforcée par l'effet cathartique des cérémonies d'exorcisme. En outre, elles constituent pour les malades et son entourage un lieu privilégié de dépaysement et de rencontre. Car elles leur permettent d'établir des réseaux d'amitiés et d'échanger des informations et des tuyaux sur leurs maladies et les thérapies. En ce sens, ces lieux et ces cérémonies aident les patients à socialiser leur maladie et à échapper à la marginalisation ou à l'exclusion sociale (Abdmouleh R., 1990). En agissant sur la dimension psychosociologique de la maladie, la médecine traditionnelle contribue à apaiser le conflit qui oppose l'individu à sa communauté tout en lui offrant l'occasion de s'y réintégrer. Force est de constater que le guérisseur joue un rôle « d'équilibreur social ». À ce propos C L. Levi-Strauss, (1983, p.21) postule que pour chaque société le rapport entre les conduites normales et les conduites spéciales est un rapport de complémentarité. Il s'ensuit que « Les formes de troubles mentaux caractéristiques de chaque société et le pourcentage des individus qui en sont affectés sont un élément constructif de type particulier d'équilibre qui lui est propre ». C'est ainsi que nous saisissons la dimension symbolique et collective de la médecine traditionnelle et son apport à l'équilibre social. Ce fait a incité sociologues et anthropologues à restituer le débat sur la culture et ses formes symboliques au sein des sociétés occidentales. Selon J. Saliba (2003), il s'agit de rendre à celle-ci toute sa rationalité, dans le lieu même où domine la conception matérielle et technique du monde. D'autant plus que cette approche unidimensionnelle des faits sociaux est au cœur même des crises qui traversent notre modernité

### *2.1.2.3. Traitement auto médicamenteux*

L'automédication est généralement décrite comme une pratique individuelle, voire intime, relevant du sujet (A. Desclaux, 2015). Certes, dans ces études, le sujet n'est ni asocial ni acculturé : il choisit un produit thérapeutique en puisant dans une profusion de ressources depuis les savoirs profanes dans la diversité des savoirs locaux et traditionnels auxquels il accède par transmission orale intergénérationnelle ou par des échanges avec son entourage dont il mobilise l'expérience jusqu'aux savoirs globaux accessibles par le web. L'une des personnes interviewées à ce sujet nous fait savoir que :

« À cette époque, je vivais avec une de mes tantes qui me malmenait, je n'avais personne à vrai dire. J'ai eu peur de le dire à ma tante en question et par des recherches auprès des proches. J'ai appris que j'avais la capacité de me traiter avec de la tisane. Je suis donc allé chercher cette tisane que j'ai eue à préparer chez les amis pour me traiter avec. » (I.F population de base Collecte de données 2022).

Une autre personne dira que :

« J'ai un cousin qui avait eu la maladie. Je l'avais assisté dans le temps où il était à l'hôpital donc j'ai eu une idée des médicaments qu'ils lui ont prescrits dans le temps. Quand j'ai remarqué les symptômes de la maladie à mon niveau, je me suis rendue à la pharmacie pour me procurer les médicaments en question. » (H.I population à la base, collecte de données 2022).

Ces derniers font le succès des sites médicaux, dont la sociabilité n'est pas absente, et s'exprime particulièrement dans les forums qui accueillent des échanges d'expériences absolument personnelles mettant en relation des personnes dans des communautés de patients virtuelles. Mais dans ce double contexte de savoirs et de relations, c'est l'individu qui choisit, dans une démarche idiosyncrasique, en définissant lui-même – consciemment ou inconsciemment – les règles, rationalités et modalités, de sa pratique. Il produit des assemblages (ONG & Collier, 2004) d'éléments de connaissance à partir d'espaces culturels qui peuvent être divers.

Par ailleurs, comme le montre J. Rodriguez et J.-M. Wachsberger (2012), il apparaît d'abord que les différences de statut des individus au sein des ménages (genre, position dans le ménage, statut matrimonial) n'influencent pas le recours à l'automédication, contrairement à ce que l'on constate fréquemment dans les pays occidentaux où l'automédication se révèle une pratique plutôt féminine et maternelle (usage et prescription). Le niveau d'éducation ne semble pas être plus discriminant. Du point de vue des caractéristiques individuelles, seul l'âge entraîne des différences de pratique. Comparativement, au plus de 50 ans, les enfants de moins de 5 ans sont en effet significativement moins soignés au domicile sans passer par le recours à un spécialiste de santé.

L'automédication dépend également en partie des caractéristiques du ménage. Lorsque le chef de ménage est ouvrier ou employé qualifié, les membres de la maisonnée sont nettement moins enclins à se soigner par eux-mêmes que lorsque le chef est inactif ; à l'inverse, les ménages dont le chef est patron le sont significativement davantage. L'automédication est également plus fréquente lorsque le chef de ménage est sans religion (3 % des chefs de ménage), mais elle l'est moins s'il est protestant (27 % des chefs de ménage).

## **2.2. *Étiologie biomédicale de la maladie et recours à la médecine moderne***

### **2.2.1. *Une conception biomédicale de la bilharziose au sein de la communauté***

L'homme étant le principal réservoir de l'infection, la bilharziose est une maladie parasitaire provoquée par des vers. Les larves du parasite libérées par des gastéropodes d'eau douce pénètrent dans la peau d'une personne lorsqu'elle est en contact direct avec une eau infestée dans le cadre d'activités agricoles, domestiques, ou ludiques courantes. La transmission a eu lieu quand les personnes atteintes de la maladie contaminent les sources d'eau douce avec leurs excréments contenant les œufs du parasite, qui vont y éclore. C'est le lieu de donner raison à un agent de santé du milieu qui dit :

« J'entends souvent dire que la bilharziose urinaire se contracte quand on est en contact avec l'eau souillée, la rivière de la communauté. Les habitants du milieu ont pour habitude de se baigner dans l'eau de rivière où ils contractent la maladie. » (R.A, 41 ans, collecte de données 2022).

Le fait de libérer des excréments dans les sources d'eaux douces, se remarque généralement dans les milieux non assainis. Dans ces milieux, les règles d'hygiène ne sont pas respectées. Nous pouvons constater ici que la bilharziose urinaire est causée par le non-respect des règles d'hygiène et d'assainissement.

### *2.2.2. Une démarche thérapeutique propre à la médecine moderne*

Par ailleurs, la médecine moderne intervient également dans le traitement des cas de la bilharziose urinaire dans la commune de Sô-Ava. Il est remarqué qu'ils se rendent à l'hôpital que lorsque les méthodes énumérées préalablement n'ont pas eu d'effet. Autrement, les habitants de la commune de Sô-Ava, infectés de la maladie de la bilharziose urinaire font recourt à la médecine moderne lorsque ses derniers n'ont pas eu de satisfactions dans les pratiques endogènes. Un agent de santé pour nous dire mieux à ce sujet s'exprime en ses termes :

« Généralement, quand les patients viennent, on constate qu'ils sont déjà à la forme grave de la maladie. À la suite de questions, ils exposent qu'ils ont, auparavant, tenté de se traiter à la maison et comme ils n'ont pas eu de la satisfaction, ils se sont résolus à venir à l'hôpital. Il nous revient donc de leur donner un traitement de qualité en leur prescrivant des médicaments pour donner suite aux diagnostics. » (A.K agent de santé de la commune de Sô-Ava collecte de données 2022).

Un individu de la localité, victime de ses faits vient appuyer l'agent de santé en disant :

« Lorsque j'ai contracté la maladie, mes parents ne souhaitaient pas que j'aille à l'hôpital parce qu'ils se disaient que j'allais guérir naturellement avec les plantes de la tisane. Au fil du temps, j'ai commencé par ressentir d'autres malaises, la maladie se compliquait et un ami de mon père est venu le solliciter de m'amener à l'hôpital. À la suite des traitements des agents de santé et la prise des comprimés prescrits, ma santé s'est améliorée. » (K.I population de base collecte de données 2022).

Les communautés rurales font appel à la médecine moderne quand ils ne trouvent de satisfaction au niveau de la médecine traditionnelle. Ses derniers se rendent donc à l'hôpital dès l'apparition des complications.

La relativisation des théories médicales modernes et les limites de la médecine ont eu pour corollaire la revalorisation des conceptions profanes. Celles-ci retrouvent alors une positivité et un rôle dans le processus de la construction sociale de la maladie. Mais, vu le poids de la médecine moderne (surtout dans les sociétés industrielles) dans la détermination du processus du diagnostic, d'étiquetage de la maladie et les conséquences que cela entraîne dans la vie du malade, l'étude de ses significations aura lieu à partir de la médecine elle-même. Ainsi, dans l'analyse de Freidson, la médecine devient alors l'objet privilégié qui lui permet d'accéder à la carrière et à la conduite du malade. Dans cette perspective, elle cesse d'être considérée comme représentant d'un savoir unique et absolu pour devenir une profession issue du social, s'exerçant dans le social et produisant du social. Freidson accorde un intérêt extrêmement particulier à cet aspect, car, selon lui, le savoir médical n'est pas une simple lecture, mais un processus de construction de la maladie en tant que situation sociale imprégnée par la déviance. Ce processus de construction sociale de la maladie se laisse constater aux stades du diagnostic et de la thérapeutique. En diagnostiquant la maladie, le médecin joue un rôle social et modifie le comportement du malade en lui donnant un nouveau statut. À son tour, l'institution de soins possède sa propre organisation (dans le travail, le traitement, le rapport entre médecins, etc.) qui module l'existence du malade. D'une manière générale, la médecine détient un rôle social : celui du contrôle de la maladie. Ainsi, dans la mesure où la médecine est accréditée par le pouvoir et dotée d'un dispositif juridique, ce rôle de contrôle social a donc des origines et des implications politiques.

### ***2-3- Regard croisé : perception étiologique de la maladie et formes thérapeutiques***

Les choix thérapeutiques sont fonction en premier lieu de la perception de la maladie : « les codes de comportements face à la maladie seront directement déterminés par la

reconnaissance et la classification des symptômes » (M. Barbiéri, 1991 : p.23). Dans la commune de Sô-Ava, l'univers thérapeutique se nourrit de croyances populaires et de représentations autour de la maladie. A l'intérieur de communautés étudiées, la reconnaissance sociale de la bilharziose urinaire comme fait pathologique ne renvoie pas forcément à une construction médicale. Le discours social produit sur la maladie se distance du discours médical aussi bien sur la manière dont la maladie est désignée que sur l'interprétation qui lui est donnée. Les groupes ethniques d'Afrique de l'Ouest possèdent des systèmes étiologiques spécifiques, appuyés sur des critères variables pour la reconnaissance, la dénomination et la classification des symptômes (A. Herzlich, 1969). Ici, la maladie ne prend pas son sens dans les registres de nomination du médecin mais dans les répertoires d'appellation locale. Contrairement au discours médical, La sémiologie populaire de la maladie ne fait aucune distinction entre la cause et les symptômes de la maladie. La confusion fréquente entre l'agent pathogène et l'élément révélateur de la maladie conduit souvent à ignorer ou à méconnaître les facteurs de risque. Si le discours médical insiste sur les circonstances objectives de la survenue de la bilharziose, le langage populaire est fortement attaché à décrire les sensations et les réactions du corps malade. Deux éléments sont à la base du système de reconnaissance locale de la maladie : le sang et la douleur. La présence de ces deux éléments est le signe qu'un ordre biologique et social est perturbé. Ici les manifestations de la douleur ne renvoient pas qu'à des troubles organismiques. Les populations partagent une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine sacrée, c'est-à-dire impliquant une dimension sociale ou divine (S. Hielscher et al., 1985). L'origine de la douleur n'est pas qu'une réponse naturelle à des stimuli corporels mais la conséquence de la violation d'un ordre sacré. Les systèmes nosologiques en place dans les communautés identifient la bilharziose à un fait biologique et social.

L'idée culturellement admise que la maladie correspond une double réalité biologique et culturelle va de pair avec la construction d'une démarche thérapeutique propre aux communautés de Sô-Ava. Etant conçus en dehors des codes nosographiques de la médecine moderne, le diagnostic et le traitement de la bilharziose font appel à des normes thérapeutiques propre au terroir. A travers ces réponses thérapeutiques, l'action engagée sur la maladie n'a pas que pour seule fonction de traiter le corps physique. Elle a également une fonction expiatoire et purificatrice. « Les maladies classées comme naturelles pourront être soignées au dispensaire, mais les maladies « provoquées » relèveront avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales » (T. Locoh et al., 1995 : p.17). La maladie a donc « une définition sociale et est entourée d'actes sociaux qui la conditionnent » (E. Freidson, 1984 : p. 214-215). En plus d'être destinée de rétablir une fonction d'ordre biologique l'offre thérapeutique doit assurer un ordre social. Par les multiples manœuvres thérapeutiques dont il fait l'objet, le corps malade est amené à se débarrasser de son impureté. Le passage du corps malade au corps sain se réalise à travers une succession d'étapes de rites et de pratiques à fonction cathartique telles que les bains, le port de remèdes magiques, des lavements élaborés à partir des ressources de la pharmacopée. « Plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité de guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (incantations) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance » (D. Fassin, 1992 : p.77). Les filières thérapeutiques endogènes n'excluent donc « pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques » (A. Adjamagbo et al. 1999). Il est particulièrement fréquent que l'itinéraire thérapeutique pas linéaire appelle l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants (G.W. Ryan, 1998). Les malades utilisent conjointement et complémentirement les divers recours thérapeutiques qui leurs sont offerts : « Faute de mieux, on peut aller à l'hôpital pour un traitement symptomatique et retourner au village pour un traitement étiologique. C'est du reste le mode de partage africain le plus

courant entre les recours à la médecine traditionnelle et la médecine occidentale ou cosmopolite » (A. Zempléni, 1986).

## Conclusion

Au terme de cette recherche axée sur les représentations sociales de la bilharziose urinaire dans la commune de Sô-Ava, d'abord, les principaux constats qui ont conduit à la problématique, ainsi que l'objectif général qui fondent l'essence même de cette recherche. Ensuite, un rappel succinct de la méthodologie adoptée et enfin les principaux résultats auxquels la recherche est parvenue.

Ainsi l'objectif principal de la recherche qui est de démontrer que les pratiques thérapeutiques des communautés face à la bilharziose sont subséquentes aux représentations sociales et les objectifs spécifiques qui sont respectivement de dégager les représentations sociales liées à la bilharziose urinaire, ainsi que d'identifier les pratiques thérapeutiques liées à la bilharziose urinaire, ont été formulés pour être testés empiriquement lors des enquêtes sur le terrain. Le modèle théorique sollicité dans cette recherche se base sur l'approche compréhensive de M. Weber. En effet, elle donne la possibilité d'analyser la portée de cette activité en termes de priorité stratégique au niveau de l'État à travers le rapport entre les moyens investis ou prévus et les finalités.

En revanche, le soubassement méthodologique crucial à toute recherche en sciences sociales. La démarche qualitative, mais appuyée de quelques données quantitatives s'est imposée comme nature de la recherche. Cette démarche a été celle privilégiée pour atteindre les objectifs précédemment énoncés. De plus, sur la base des techniques d'échantillonnage boule de neige et choix raisonné et d'outils adéquats (fiche de lecture, guide d'entretien et l'administration du questionnaire).

## Références bibliographiques

- 1- Augé Marc et Herzlich Claudine, 1983, *Le sens du mal : anthropologie. Histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives Contemporaines, Coll. Ordres Sociaux.
- 2- Abdmouleh Ridha, 1990, *Conduites face aux maladies et aux médecines en Tunisie*, Doctorat de l'Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales, sous la direction de M. Matalon Benjamin, Paris.
- 3- Adjamagbo Agnès, Guillaume Agnès, Koffi N'Guessan (eds.), 1999, *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. Paris : IRD, 165 p.
- 4- Akpona Adukê Inuya Nadège, Magnon Zountchégbé Yves, Tossou Rigobert Coucou, Efió Sylvain, 2015, « Symbolisme et gestion endogène de l'eau en milieu Shabè dans la région Centre du Bénin », *Journal of Applied Biosciences* 96:9119 – 9128.
- 5- Barbiéri Magali, 1991, *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, Paris : Ceped, 40 p. (Les dossiers du Ceped, n°18).
- 6- Barons Catherine, et Tidjani Alou Mahaman, 2011, « L'accès à l'eau en Afrique subsaharienne : au-delà des modèles, une pluralité d'innovations locales. » *Mondes en développement*, 155, 7-22. <https://doi.org/10.3917/med.155.0007>
- 7- Desclaux Alain, Egrot, M. (eds). (2015). *Anthropologie du médicament au Sud. la pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan.

- 8- Evans-Pritchard et Edward Evan, 1977, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard.
- 9- Fassin Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 359 p.
- 10- Freidson Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot, Coll. Médecine et Société.
- 11- Garnier Catherine, et Lucie Sauvé, 1999, *Planification urbaine et intercommunalité*. Thèse de doctorat, Tome 1, Université d'Orléans, Laboratoire Collectivités publiques, 757 pages.
- 12- Emilie Guitard, 2012, Le chef et le tas d'ordures. Politique africaine, Karthala, 2012, 3 (127), pp.155-177.
- 13- Hedible Sidonie Clarisse, Ouassa Kouaro Monique, Babadjide Charles Lambert, Vissin Expédit, Wilfrid Boko Michel, 2014, « représentations sociales et gestion des ressources en eau de consommation a Tokpahoungodo (commune d'Avrankou, département de l'Oueme, Bénin, Afrique de l'Ouest » , *Cahiers du CBRST* N° 6 décembre, ISSN : 1840-703X.
- 14- Herzlich Claudine, 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris-La haye, Mouton, 210 p.
- 15- Hielscher Sibylle, Sommerfeld Johannes, 1985, "Concepts of illness and the utilization of health care services in a rural Malian village", *Social Science and medicine*, 21(4), p.469-481.
- 16- Kaday, Talle, « Le contre sorcier Haalpulaar », in *Sciences sociales et santé*, vol. III, n° 3-4, 1985
- 17- Konnon Dieudonné, 2009, *Étude portant sur l'élaboration d'un répertoire des acteurs et d'une bibliographie relative à la gestion et a l'utilisation de l'eau au Bénin*, rapport provisoire Volume 1 : document principal
- 18- Lévi-Strauss Claude, 1983, « Introduction au livre de Marcel Mauss », in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF (quadrige),
- 19- Locoh Thérèse, Koffi N'Guessan, Rakotomalala Malanjoana, 1999, *Genre, population et développement en Afrique de l'Ouest*. Abidjan : ENSEA ; FNUAP, 169 p.
- 20- OMS, 2011. *Rapport du comité O. M. S. d'experts sur la lutte contre les maladies tropicales négligées*.
- 21- ONG & Collier, 2004. "Health education for tropical disease control in Guitard, Emelie. 2012, « Le grand chef doit être comme le grand tas d'ordures.» Gestion des déchets et relations de pouvoir dans les villes de Garoua et maroua (Cameroun), p. 34.
- 22- Ryan Gery William, 1998, "what do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village." *Social Science & Medicine*, Vol. 46, n°2, p.209-225.
- 23- Saliba Jacques, 2003 « Le corps et les constructions symboliques », in *Socio-Anthropologie*, N°5. *Médecine et santé : symboliques des corps*, Mise en ligne janvier 2003, (<http://socio-anthropologie.revues.org/sommaire195.html>)
- 24- Zempleni Andras, 1986, La « maladie et ses causes », *L'Ethnographie*, numéro spécial : 96-97.