

Université d'Abomey-Calavi
FAculté des **S**ciences **H**umaines et **S**ociales
(FASHS)

ANNALES DE LA FASHS
Nouvelle édition

N° 002 Novembre 2019
Volume 2

Adresse de contact

Annales de la FASHS
Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS), 01 BP 526
Cotonou, Rép. du Bénin, Tél./Fax +229 21360074
E-mail: viliho2004@yahoo.fr ; vincent.orekan@gmail.com
Téléphone : 00 229 21 04 29 09

Adresse de soumission d'articles
annales.fashs.uac@gmail.com

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

ANNALES DE LA FASHS

Revue publiée par la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

COMITE DE PUBLICATION

Directrice de publication : Odile DOSSOU GUEDEGBE

Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Rédactrice en Chef : Sylvie de CHACUS

Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Mise en page : Vincent O. A. OREKAN

CONSEIL SCIENTIFIQUE

N'BESSA Benoît (Professeur Emérite), HOUNDÉNOU Constant (Professeur Titulaire), BOKO Gabriel (Professeur Titulaire), HOUNSOUNON-TOLIN Paulin (Professeur Titulaire), CLÉDJO Placide (Professeur Titulaire), DOSSOU GUÈDÈGBÉ Odile (Professeur Titulaire), OGOUWALÉ Euloge, (Professeur Titulaire), TENTÉ A.H. Brice (Professeur Titulaire), VISSIN Expédit Wilfrid (Professeur Titulaire), AMOUZOUVI H. Dodji (Professeur Titulaire), BIO BIGOU B. Léon (Professeur Titulaire), KPATCHAVI Adolphe (Professeur Titulaire), TOHOZIN Antoine Yves (Professeur Titulaire), BAGODO Obarè (Professeur Titulaire), BAKO-ARIFARI Nassirou (Maître de Conférences), FOURN Elisabeth (Maître de Conférences), GONZALLO Germain (Professeur Titulaire), ORÉKAN O. A. Vincent (Professeur Titulaire), ADANHOUNME Eustache (Maître de Conférences), METINHOUE Pierre (Maître de Conférences), KISSEZOUNON Gervais (Maître de Conférences), ODOULAMI Léocadie (Professeur Titulaire), AZONHE Thierry (Maître de Conférences), DJOSSOU SEGLA Ariane (Maître de Conférences), GIBIGAYE Moussa (Maître de Conférences), HEDIBLE C. Sidonie (Maître de Conférences), HOUNGNIHIN Roch A. (Maître de Conférences), IMOROU Abou-Bakari (Maître de Conférences), OUASSA KOUARO Monique (Maître de Conférences), TCHIBOZO Romuald (Maître de Conférences), TOKO I. Ismaëla (Maître de Conférences), VIGNINOU Toussaint (Maître de Conférences), YABI Ibouaïma (Maître de Conférences), AHLOU Cyprien Maître de Conférences), de CHACUS Sylvie (Maître de Conférences), HOUNMENOUE Jean-Claude (Professeur Titulaire), HOUËSSOU Patrick (Professeur Titulaire), N'DAH Didier (Maître de Conférences), TOSSOU Rogatien (Maître de Conférences).

COMITE DE LECTURE

Les lecteurs (référés) sont des scientifiques choisis de par le monde selon les thématiques des articles.

BUT ET PUBLICATION

Les annales de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (Nouvelle édition) est une revue scientifique annuelle qui vise à publier des articles originaux dans les domaines des sciences géographique, sociologique, psychologique, de l'éducation, historique et philosophique. Les articles sont rédigés en Français ou en Anglais avec un résumé détaillé en une demi-page au maximum. Les auteurs, s'ayant régulièrement acquitté de leur frais de publication, bénéficient de la publication de leur article. Ils obtiennent le tiré à part de leurs articles après publication du numéro.

FRAIS DE PUBLICATION

La publication de tout manuscrit est conditionnée par le règlement préalable des frais de publication par les auteurs. Les frais de publication sont fixés à 50000 FCFA ou 77 € par manuscrit accepté.

ISSN : 1840-8583

Dépôt légal n° 10104 du 16 Janvier 2018. Bibliothèque nationale du Bénin, 1er trimestre

SOMMAIRE

Titres	Pages
<p>FORMES ET RENCONTRE : LES NOUVEAUTES PLASTIQUES DANS LA CREATION AFRICAINE A L'OREE DE LA MODERNITE OCCIDENTALE ET AU-DELA (16^e AU 21^e SIECLE)</p> <p>EFFIBOLEY Emery Patrick</p>	5
<p>ESTIMATION A L'AIDE DE LA TELEDETECTION ET DES SIG DES IMPACTS DES SEQUENCES PLUVIOMETRIQUES SECHES SUR LA DYNAMIQUE SAISONNIERE DE LA BIOMASSE FOURRAGERE DANS LA COMMUNE DE MALANVILLE (NORD-BENIN)</p> <p>TABOU Talahatou, ZAKARI Soufouyane, YABI Ibouiraïma, OROU SEKO Sabi Séko Mahamadou et HOUSSOU Christophe Sègbè</p>	28
<p>ANALYSE DE LA DYNAMIQUE DE L'OCCUPATION DES TERRES AUTOUR DE LA RETENUE D'HYDRAULIQUE PASTORALE DE GANRO DANS LA COMMUNE DE BEMBEREKE AU BENIN</p> <p>AJAVON Yves Césaire, DJIBRIL Housérou, ABDOULAYE Djafarou, TENTE A. H. Brice</p>	46
<p>DYNAMIQUE PERIURBAINE ET COMMERCE DES MATERIAUX DE CONSTRUCTION DANS L'ARRONDISSEMENT D'AKASSATO</p> <p>BALOUBI Makodjami David</p>	61
<p>SYSTEMES DE PRODUCTION ET DE COMMERCIALISATION DE FROMAGE WARANGASHI DANS L'ARRONDISSEMENT DE KALALE AU BENIN</p> <p>GIBIGAYE Moussa</p>	78
<p>INVESTISSEMENT PARENTAL DANS LA SCOLARITE ET VALEUR ACCORDEE A L'ECOLE CHEZ DES ELEVES DU PREMIER CYCLE DU SECONDAIRE AU TOGO</p> <p>BITO Kossi</p>	94
<p>REPRESENTATIONS DE LA THERAPIE DE L'ANGINE CHEZ LES ENFANTS A L'INTERFACE DU SOCIAL ET DU BIOMEDICAL A ZE</p> <p>MELIHO Pierre Codjo, DIKPO Thélesphore Toliton</p>	110
<p>L'ÉTHIQUE ANIMALE DE PETER SINGER : UNE PENSÉE SOUCIEUSE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE</p> <p>KPESSOTON Bibiane</p>	133
<p>LA THEORIE KANTIENNE DE LA CONNAISSANCE COMME FUSION DES THEORIES POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DE L'OBJECTIVITE</p> <p>ASSOGBA Dailidji Christian</p>	149

ETUDE DU SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITE DES ETUDIANTS DE L'UNIVERSITE NORBERT ZONGO AU BURKINA-FASO MOUMOULA Issa Abdou, BAWA Ibn Habib, KOUTOU Yvonne	163
CONTINUUM ÉDUCATIF DE L'ENSEIGNEMENT DE BASE AU BURKINA FASO : REGARDS CROISES DES ACTEURS DE L'ÉCOLE WAYACK-PAMBE Madeleine	182
DE LA DIMENSION RELIGIEUSE DE LA TRADITION ORALE BENINOISE SAGBO Sinseingnon Germain	204
IDENTITE ET RELATIONS DE PLAISANTERIE CHEZ LES BATAMMARIBA: DEFI D'UNE COHESION SOCIALE BATCHANA Essohanam	213

pp. 110 – 132

REPRESENTATIONS DE LA THERAPIE DE L'ANGINE CHEZ LES ENFANTS A L'INTERFACE DU SOCIAL ET DU BIOMEDICAL A ZE

REPRESENTATIONS OF THERAPY OF ANGINA IN CHILDREN AT THE INTERFACE OF SOCIAL AND BIOMEDICAL IN ZE

MELIHO Pierre Codjo* (1), DIKPO Thélesphore Toliton (2)

(1) *Laboratoire des Sciences Animales et Halieutiques (LaSAH), Ecole de Gestion et d'Exploitation des Systèmes d'Élevage (EGESE), Université Nationale d'Agriculture (UNA, Porto-Novo, Bénin), BP : 207 Cocotomey, République du Bénin, Tél. : +229 95 05 48 15, e-mail : pmeliho@gmail.com*

(2) *Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature (ENAM), Université d'Abomey-Calavi (UAC), BP : 161 Godomey, République du Bénin, e-mail : tolitedo@yahoo.fr*

Résumé

L'anthropologie médicale a démedicalisé la maladie en intégrant les usages sociaux autour des logiques thérapeutiques dans un contexte plus large. Revisiter ces usages sociaux permet de décrire et d'analyser le parcours thérapeutique des soins de l'angine entre les registres biomédical et social. Cette recherche a porté sur l'observation des pratiques et le recueil des récits de soins domestiques à la suite d'épisode d'angine chez les enfants du groupe socioculturel Ayízo à Sèdjè-Houègoudo à Zè au Sud-Bénin. Au total, quarante acteurs retenus par la technique du choix raisonné et de l'itinéraire sont approchés à savoir : femmes et mères d'enfant, hommes spécialisés dans les soins d'angine, professionnels de santé et représentants ou leaders des collectivités locales. L'analyse par thématique des récits de soins obtenus par entretiens répétés et l'ethnomédecine ont servi d'approche de triangulation des corpus. Les résultats abordent trois aspects. Primo, il a été observé les similitudes et les singularités taxinomiques des entités nosologiques populaire et biomédicale autour de l'angine. Secondo, les résultats mettent en exergue les représentations étiologico-thérapeutiques de l'angine chez le malade et le soignant. Ainsi, trois catégories d'acteurs de soins parmi ceux observés énoncent une pluralité de représentations, de savoirs et des pratiques de soins d'angine dans la communauté. Tertio, il résulte des résultats une plurithérapie des soins d'angine qui circule en synergie entre le doigt, le médicament et la pharmacopée. En conséquence, il y a une complémentarité des médecines qui renforce l'autothérapie en marge du discours médical autour de l'automédication.

Mots-clés : *Univers domestique, automédication, plurithérapie de l'angine, discours médical, Ayízo*

Abstract

Medical anthropology has demedicalized the disease by integrating social practices around therapeutic logics in a broader context. Revisiting these social uses makes it possible to describe and analyze the therapeutic pathway of angina care between biomedical and social registers. This research focused on the observation of practices and the collection of stories of home care following episode of angina in children of the socio-cultural group Ayízo Sèdjè-Houègoudo in Zè in southern Benin. In total, forty actors selected by reasoned choice technique and route are approached namely: women and mothers of children, men specialized in angina, health professionals and representatives or leaders of local communities. The thematic analysis of care stories obtained through repeated interviews and ethnomedicine served as an approach to triangulation of corpora. The results address three aspects. First, the similarities and taxonomic singularities of popular and biomedical nosological entities around angina have been observed. Secondly, the results highlight the etiologico-therapeutic representations of angina in the patient and the caregiver. Thus, three categories of care providers among those observed state a plurality of representations, knowledge and practices of angina care in the community. Tertio, it results from the results a combination therapy of angina which circulates in synergy between the finger, the drug and the pharmacopoeia. As a result, there is a complementarity of medicines that strengthens self-therapy in the margins of medical discourse around self-medication.

Keywords: *domestic universe, self-medication, multiple therapy of angina, medical speech, Ayízo*

Introduction

Les objets thérapeutiques dont le corps, la pharmacopée et le médicament ont été à l'origine des recherches en anthropologie sociale. Mais le recours aux médicaments a pris une ampleur, déjà au XIX^e siècle dans les campagnes françaises, puis en Afrique avec la découverte du Sida vers les années 1980 dont les antirétroviraux ont été les modèles expérimentés. Ainsi, à l'aune de l'anthropologie du médicament, une sous discipline de l'anthropologie médicale, les recherches ont porté sur les usages de cet objet médical, notamment en Afrique francophone avec l'introduction du médicament pharmaceutique industrialisé (C. Baxerres, 2012, 2010 ; C. Baxerres et E. Simon, 2013 ;). Le médicament nourrit les réflexions actuelles autour de la

pharmaceuticalisation (A. Desclaux, M. Egrot, 2015) pour promouvoir les politiques de la vie et de soins en rapport avec l'automédication (P. C. Méliho, 2015, p. 132). Auparavant, c'est-à-dire vers le XX^e siècle, les recherches en anthropologie médicale ont porté sur les objets thérapeutiques dont les remèdes, les préparations réalisées selon des prescriptions rituelles, etc. (A. Walter, 1981-1982 ; C. Baxerres et E. Simon., 2013), mais aussi les réponses religieuses fournies par les prières, les Saints guérisseurs, l'aumônier, etc. pour rompre avec la monotonie de l'autonomie dans le rapport soignant-malade. Le médicament comme objet de recherche en anthropologie de la maladie a donc repositionné le débat scientifique vers la médicalisation voire la surmédicalisation (F. Laplantine, 1982, p. 74) des soins avec une attention portée sur l'automédication. Dans ce contexte, L'automédication et l'inobservance des prescriptions médicales font partie des règles de mésusages (ORS, URAM, 2003, p. 7) et l'autonomie du malade et du thérapeute obéissent à une contre-indication si l'on tient au discours médical. Pour S. Fainzang (2012, p. 1) « (...), l'automédication a un statut différent selon les caractéristiques sociales et culturelles des individus, amenant les uns à la revendiquer et les autres, au contraire, à la rejeter ». Dans le même temps, « la valorisation de l'autonomie est une réalité sociale relativement récente dans l'histoire de la relation médecins-malades » (S. Fainzang, 2012, p. 4). Cette réflexion est vraie, seulement dans la mesure où « (...), la médicalisation est développée sous un contrôle des soins (...) » (F. Saillant, 1999, p. 33). Dans une démarche inverse, F. Saillant (1999), F. Saillant et E. Gagnon (1999) se sont préoccupés des soins et des acteurs qui les délivrent dans l'univers domestique, et ont intégré la notion de la responsabilité de l'homme et de la femme, sous la notion du genre dans l'entretien de la santé et de la vie dans « *l'espace thérapeutique* ». En outre, la résolution des problèmes de soins au niveau du ménage fait partie intégrante du rôle traditionnel de la femme en sa qualité de mère de famille (C. A. Kpatchavi, 2011, p. 172), néanmoins elle intègre désormais l'homme également. C'est dire que l'homme et la femme jouent un rôle de complémentarité dans l'offre de soins domestiques qu'il importe de documenter selon les contextes.

En effet, l'analyse des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison préoccupe en anthropologie sociale depuis des lustres. Pendant que certains auteurs focalisent l'attention sur l'interférence entre la magie, la guérison et la symbolique corporelle (G. Brunel, 1980, p. 113) d'autres concentrent leurs réflexions autour du sacré réintroduisant le sens du mal (F. Laplantine, 1982, p. 63). Dans l'un ou dans l'autre cas, « l'univers de la maladie apparaît constitué d'intuition et de logique, de luttes et d'échecs où la symbolique est liée à une pratique qui vise continuellement à réinstaurer l'ordre des choses. Elle vise à la guérison du patient tout en assurant que l'ordre logique

du sens soit respecté » (G. Brunel, 1980, p. 126). Cet ordre est en perpétuelle construction par une harmonie négociée entre diverses populations constituées d'agents humains, animaux, plantes, micro-organismes (G. Brunel, 1980, pp. 125-126). Et c'est dans cet univers que naissent les pratiques thérapeutiques, les logiques et savoirs qui les soutiennent, les acteurs qui les détiennent et les délivrent par une légitimité socialement reconnue en cas de maladie. Ainsi, « le pouvoir de guérir apparaît tributaire de la culture et du contexte social. Et la personne souffrante entre en relation avec une personne ou un groupe, plus ou moins légitimés par la société comme porteur ou médiateur du pouvoir de guérir » (P. Bernadou, p. 353).

Pour contribuer au débat, cette recherche vise à décrire et à analyser le parcours thérapeutique des soins de l'angine entre les sphères biomédicale et sociale. Il s'agit en réalité d'approfondir les logiques et les pratiques d'*auto-soins* (P. Cohen et I. Rossi, 2011, p. 5) et les représentations du « *se soigner au domicile* » ou de « *l'autothérapie* » dans le cas de l'angine chez les enfants. L'hypothèse autour de laquelle est fondée la recherche postule que dans chaque territoire de soins, il existe des acteurs, qui, dans un statut de « profane » ou de « spécialiste non professionnel » apportent une expertise qui guérit par la médecine populaire ou alternative. Pour en rendre compte, la suite du développement va aborder la démarche méthodologique, les résultats et la discussion.

1. Matériel et méthodes

Cette recherche est de type empirico-déductif et de nature qualitative. Elle a été menée dans l'arrondissement de *Sèdjè-Houègoudo* constitué du groupe socioculturel *Ayizɔ* dans la Commune de *Zè* au Sud du Bénin. En réalité, *Ayizɔnu* est un locuteur de la langue *Ayizɔ*. Le groupe socioculturel *Ayizɔ* est un en pleine mutation et réaffirme son autonomie en termes de terroir et de peuple unique attaché à sa culture au Sud-Bénin. *Ayizɔnu* est issu des migrations anciennes dont *Adja-Tado* est sa terre de référence géographique.

En effet, la phase empirique de la recherche a duré deux mois couvrant la période de janvier à février et de septembre à octobre 2012. Elle a été complétée par un approfondissement de la revue documentaire entre 2018 et 2019 autour des usages thérapeutiques, la magie, la guérison, la symbolique corporelle et le sacré, l'anthropologie médicale, l'anthropologie du médicament et l'automédication. L'échantillon des personnes interrogées dans le cadre de cette recherche est constitué par les méthodes non probabilistes dont le choix raisonné et la technique d'itinéraire ont permis d'aborder quarante acteurs constitués des femmes et mères d'enfant, hommes spécialisés dans les soins d'angine, professionnels de santé et représentants ou leaders des collectivités locales. Les

matériaux mobilisés auprès d'eux sont constitués des récits de soins (F. Saillant, 1999) et des données d'observation libre rendus en corpus pour une analyse par thématique et l'ethnomédecine. Trois résultats importants sont obtenus à la suite de la systématisation des matériaux de terrain.

2. Résultats

2.1. Similitudes et singularités taxinomiques des entités nosologiques populaire et biomédicale autour de l'angine

Du point de vue anthropologique, la nosologie traite de l'acte diagnostique dans son déroulement et dans sa durée (A. Walter, 1981-1982, p. 407). Elle permet une classification et une nomenclature (G. Brunel, 1980, p. 113) des maladies en rapport avec leurs contextes d'émergence. L'angine, une maladie infectieuse, reconnue depuis la découverte du vaccin antidiphthérique est classée, nommée puis systématisée à travers des entités nosologiques entre la perception populaire et les significations médicales.

En effet, l'angine présente trois variantes selon les registres nominatifs décrits par les informateurs identifiés sur le territoire de soins. Une première variante indique une forme qui se manifeste à travers les narines. Les expressions émiques qui la restituent sont : « *e nɔ tɔn gbɔn awɔntɛn mé* » (cela sort du nez) ; « *dɛ nɔ tɔn gbɔn aga dɪ e* » (ce qui sort par le haut). Sortir par le haut et sortir du nez expriment des entités de relocalisation dans la partie supérieure de la bouche (le larynx). La seconde variante précise la présence de l'angine dans l'œsophage. On accède à l'œsophage par la bouche. La dernière variante relocalise l'angine dans la gorge. De la deuxième forme à la troisième, se font apercevoir des catégories nominatives distinctes de l'angine, *une pathologie auto-diagnostiquée* (Y. Jaffré, 1999), en milieu *Ayizo*. Des perceptions des informateurs, l'angine est nommée par deux mots à deux phonèmes et à quatre monèmes qui sont des expressions de différents signifiants pour donner le même signifié : *végoménu* et *vésuvésu*. Dans les deux nosologies, *vé*=mal, faire mal, être douloureux. A propos de la seconde notion, (*vésuvésu*), *su*=fermer ; *vésu* signifie difficile à fermer, qui fait mal quand on veut fermer. Littéralement *vésuvésu* signifie « difficile à fermer », « difficile à fermer ». Concernant la seconde signification (*végoménu*), *go*=bouteille ; *végo* signifie mal bouteille. En rapport avec l'anatomie humaine, *végo* désigne gorge ; *végomé* veut dire alors mal gorge dedans. Le monème « *nu* » désigne plusieurs entités dont la bouche, avaler, boire. *Végoménu* signifie mal gorge dedans bouche (boire, avaler). Ce qui veut dire difficile à traverser la bouche, difficile à boire. Ces deux nosologies font apparaître la notion de douleur dans la gorge. De la description empirique

s'identifie les difficultés de présenter l'angine par une catégorie unique et singulière que la médecine pourrait mieux clarifier.

En effet, le *Guide de traitement des maladies infectieuses* (1995) précise que les angines aiguës font partie des infections ORL. On désigne sous ce terme les infections des voies aériennes supérieures jusqu'à la jonction laryngotrachéale, et celles de leurs annexes (sinus de la face, oreille moyenne). Bien qu'observées aussi chez l'adulte, les angines sont surtout fréquentes chez l'enfant en raison des caractéristiques anatomiques et immunologiques de cet âge (APPIT, 1995, p. 112). Ainsi, les angines présentent six formes :

- l'angine virale soutenue par les arguments tels que l'âge (moins de 3 ans), la constatation d'une angine vésiculeuse, ou à fausses membranes chez un sujet à jour de sa vaccination antidiphtérique, la présence de signes associés (catarrhe nasal ou oculaire, toux) ;
- l'angine unilatérale avec haleine fétide fait suspecter l'angine de Vincent (*fusobactérium*) ;
- l'angine ulcéronécrotique (agranulocytose ou une hémopathie) ;
- l'angine diphtérique ou angine à fausses membranes ;
- l'angine à streptocoque A β hémolytique ;
- l'infection d'amygdalectomie qui se discute dans trois situations : angines répétées ; amygdales infectées en permanence laissant sourdre du pus par les cryptes ; grosses amygdales non infectées mais assez volumineuses pour obstruer le *cavum* et donner lieu à des troubles de ventilation (APPIT, 1995 : 112-113).

De cette littérature scientifique médicale sur les formes et les cas d'angine, il se dégage que la nomenclature d'angine décrite suivant la perception populaire ressemble à l'infection d'amygdalectomie. Pour en illustrer, la perception des professionnels de santé sur les signes cliniques et les manifestations récurrentes de l'angine ont été interrogés dans le milieu de recherche. La question qui a servi de porte d'entrée est la suivante : « à quels signes reconnaît-on l'angine ? ».

Les prestataires indiquent la fièvre (corps chaud, yeux rouges), le frisson ou l'hyperthermie (élévation anormale de température), le mal à la gorge : avoir du mal à avaler, à manger, les maux de tête, le vomissement sont des indications de l'angine. Une précision sur l'aspect vomissement indique que « *si c'est gros et on prend quelque chose on peut vomir* » (Entretien 10, 11 octobre 2012). Un autre enquêté évoque que « *l'angine se reconnaît par le toucher, la palpation des épiglottes ou par l'observation ou examen buccale où on voit la rougeur des épiglottes. La palpation permet de rechercher la douleur et l'observation permet de constater la rougeur* » (Entretien 10, 11 octobre 2012). Quelqu'un d'autre

donne le nom de l'instrument d'observation : « *on utilise abaisse langue pour voir dans la gorge, ça donne un volume et c'est rouge* » (Entretien 4, 4 octobre 2012). La description de l'angine présentée par les agents de santé rejoint la perception populaire qui évoque la douleur dans la gorge. En lien avec les affections de la gorge, il est aussi évoqué que « *c'est possible que quelqu'un qui a commencé par tousser peut faire de l'angine* » (Entretien 9, 11 octobre 2012). Aussi, une indication par rapprochement de signe commun laisse-t-il comprendre « *la confusion du paludisme et de l'angine, c'est l'angine mais qui se manifeste sous le couvert du paludisme et si on ne sait pas faire, on traite le paludisme ne sachant pas que c'est l'angine qui grossit en produisant du pus* » (Entretien 1, 26 septembre 2012).

De l'analyse des différents corpus obtenus auprès des professionnels l'angine apparaît dans le tube digestif, et plus précisément dans l'œsophage (la gorge), ce qui justifie que les acteurs du monde familial ont approximativement une certaine connaissance de la nature de la maladie. Par ailleurs, pour certains « *cela se manifeste le plus souvent par le corps chaud* » (Entretien 1, 26 septembre 2012). De l'observation dans la maisonnée comme dans la médecine le toucher est pratiqué : « *il faut contrôler avec la main, surtout ceux qui savent le faire* ». Ces acteurs sont bien familiers à l'angine, « *une maladie à caractère multiépisode* » (B. M. Yoro, 2012) et de mauvaise réputation à Sèdjè-Houègoudo. Ceci est d'autant plus vrai, qu'il importe de retenir, qu'« *il y a trop de l'angine ici. C'est la maladie du milieu. L'angine est la deuxième maladie après le paludisme. On identifie les cas dans tous les villages des arrondissements de Sèjé-Denu et de Sèjé-Hwégudo. C'est leur maladie dans la localité* » (Entretien 6, 9 octobre 2012).

Du discours des professionnels de la santé, des malades eux-mêmes et de leur environnement, la forme de l'angine la plus récurrente dans le milieu est proche des variantes une et six évoquées par le *Guide de traitement des maladies infectieuses* à savoir : respectivement l'angine virale menaçant les enfants de moins de trois ans et l'infection d'amygdalectomie (chez enfant et adulte). C'est une hypothèse qui tient compte du « *système de repérage* » (D. Fassin, 1990, p. 11) avec l'évocation de toux, de pus, de quelque chose qui ferme, qui est rouge, dans la gorge, etc. Au regard de ce développement, « *la maladie nommée se situe au carrefour de plusieurs axes classificatoires -le corps, les symptômes, les valeurs socio-culturelles, les causes -* » (A. Walter, 1981-1982, p. 407).

2.2. Représentations de l'étiologie de l'angine chez le malade et le soignant

Plusieurs causes de l'angine sont évoquées ici en interaction avec les similitudes et les contradictions du malade au soignant. La première cause de l'angine selon les agents de santé, c'est le manque d'hygiène bucco-dentaire. « *Parce que chez les enfants, jusqu'à 5 ans, on ne prend pas soins de la bouche. Les enfants ne brossent pas les dents. Les mamans ne prennent pas trop soins de la bouche des enfants. Ailleurs, l'angine est moins fréquente* » (Entretien 6, 9 octobre 2013). Un autre professionnel indique la consommation de certains aliments, l'hygiène et la qualité de l'eau comme des causes de l'angine. « *Quand je prends du gari (farine préparée à base des tubercules de manioc) avec arachide ça me donne l'angine ; si on n'a pas bien protégé notre nourriture, on a l'angine. Souvent, c'est l'eau qui nous donne de l'angine ici* » (Entretien 10, 11 octobre 2012). De ces opinions, il se dégage trois causes fondamentales de l'angine à savoir l'hygiène, la consommation de certains aliments et la qualité de l'eau. De l'environnement des malades, plusieurs causes sont évoquées parmi lesquelles certaines recoupent la perception des soignants. En premier lieu on retrouve la qualité de l'eau : « *vègomènu ɔ, e sɔn sin wu, sin dɛ mi nɔ nu le* » (l'angine dépend de l'eau, l'eau que nous buvons) (Entretien 15, 19 janvier 2012). En second lieu, il y a la cause alimentation avec rejet de la cause eau : « *cela peut commencer après avoir pris la banane, le sucre et autres aliments sucrés ; l'eau ne cause pas l'angine* » (Entretien 2, 26 septembre 2012). Une autre cause évoque le défaut d'hygiène par le manque d'eau dans un milieu semi-lacustre. Un informateur affirme « *par manque d'eau, on ne lave pas les enfants à temps* » (*sin ma tin le zɔn bɔ wu lé nu vilé nɔ dɔ dandan àà*) (Entretien 7, 18 janvier 2012). Ces différentes opinions sur les causes de l'angine mettent l'accent sur la consommation d'aliment sucré et l'eau.

Un quatrième registre de cause construite aborde l'attaque par la sorcellerie : « *vègomènu azɔn wé, e ma nye vodun nu dɛ. Amɔ, aze wa byɔ mé* » (l'angine est une maladie, ce n'est pas une affaire de vodun. Mais, la sorcellerie est rentrée dedans). Pour attester ces propos, un autre informateur explique « *l'angine n'est plus une maladie de l'eau, mais plus une violence de la sorcellerie. La fréquence d'une maladie est récupérée par les sorciers, les malfaiteurs, etc.* » (Entretien 8, 18 janvier 2012). Ce qui traduit le caractère multiépisode de l'angine dans le milieu de recherche. Une autre version des représentations étiologiques est fournie par un enseignant qui rapporte des épisodes d'angine chez un enfant : pour eux, ces maladies sont liées à la sorcellerie. On ne parle jamais de l'eau en tant que vecteur de maladie. Pour le cas d'un enfant qui souffre souvent de l'angine, il suffit que l'enfant aille en vacances pour être guéri. Mais, quand il revient, le mal reprend son cours. Ses parents reconnaissent que lorsque l'enfant

part d'ici, il quitte l'œil des sorciers et il est guéri (Propos d'un enseignant, EPP Misèbò, 11 juin 2010, extrait du manuscrit du mémoire de DEA, 2011).

Une dernière perception attribue les causes de l'angine à l'apparition de nouvelles herbes : « *il y a de nouvelles herbes qui apparaissent et que nos aïeux ne connaissaient pas. La présence de nouvelles herbes dans l'eau donne de maux de ventre (xomezon), toux (kpen), angine (vegomenu)* » (Entretien 3, 28 septembre 2012). En réalité, entre la présence de nouvelles herbes (*agátúmà*) et l'attaque des sorciers, les épisodes d'angine ne connaissent pas d'âge, ni de statut. Ainsi l'angine est une maladie de tous les âges. Ces propos en confirment assez « *moi, avec mon âge, je souffre de l'angine. Malgré l'utilisation de l'eau de forage, l'angine est régulière. Nous ne pouvons pas dire que c'est l'homme qui donne ces maladies* » (Relais communautaire, 4 octobre 2012). Ce verbatim laisse comprendre que même un professionnel de la santé exerçant et vivant à *Sèdjè-Houègoudo* est exposé à des épisodes d'angine. Puisque les relais communautaires, une catégorie d'acteurs qui accompagne les professionnels dans leurs actions sont atteints dans leur espace social alors que c'est eux qui prodiguent les conseils d'hygiène. Cette reconnaissance rentre dans une conception universelle de la maladie à savoir que : « *chaque culture a sa façon de classer les maladies, (...)* » (D. Fassin, 1990). Cette catégorisation étiologique de l'angine conduit à la recherche thérapeutique pour aborder la « *trajectoire thérapeutique* » (B. M. Yoro, 2012) selon les univers de représentations évoqués.

2.3. Pluralisme thérapeutique des soins d'angine par une trilogie doigt, médicament et pharmacopée

Le pluralisme médical fait partie de l'étude des thérapeutiques abordant la description du *cure*, la présentation des recours thérapeutiques et l'efficacité d'un système thérapeutique qu'il soit médicamenteuse ou symbolique (A. Walter, 1981-1982, p. 407). Le pluralisme est fondé sur un pluralisme de signes et de nomination, un pluralisme de cause ou de causalité et un pluralisme thérapeutique (une thérapie multiple). Dans un même système médical ou dans plusieurs systèmes médicaux où on délivre des soins (*cure*) on observe l'interaction de plusieurs acteurs, chacun étant dépositaire d'un pan de savoirs applicables au cours du traitement (*care*). Trois catégories d'acteurs de soins animent l'univers thérapeutique au dépend desquels circulent plusieurs représentations, des savoirs et des pratiques de soins d'angine chez les enfants de 0 à 15 dans la maisonnée. Les premiers acteurs de soins sont constitués des femmes de l'environnement immédiat du malade, les hommes du groupe thérapeutique élargi et les professionnels de la santé.

En effet, dans la médecine populaire ou *autochtone* (A. Walter, 1981-1982) voire alternative, applicable pendant les soins dans la maisonnée, la *pratique spectaculaire* (A. Walter (1981-1982) la mieux documentée dans ce contexte concerne les soins manuels avec le doigt, mieux la symbolique corporelle (G. Brunel, 1980, p. 113) ou *soigner le corps par le corps* (P. C. Mêliho, 2019) ; le corps étant considéré ici comme un *objet thérapeutique* (C. Baxerres et E. Simon, 2013). L'exemple des soins digitaux autour de l'angine est rapporté en encadré I.

Encadré I : démonstration de la thérapie doigtale de l'angine par une soigneuse

Langue Ayízo	Version française
<p><i>Doto lé dɔ mi na wa zo zo, fiɔe mi kplɔn dɛ zo nɛ. Hun doto le dɛsu nɔ dɔ mi ni gba dɔ xwe gbe ?</i></p> <p>Obliger ! <i>Gbigba tɔn, nɛ kɔn nɔ nyé gbɔn ? Nɛ mi nɔ gba gbɔn ? E ji vi din, bɔ e gbé anɔ nɔ, nyé nɔ gbaé. Bé gbé anɔ nɔ, wun nɔ gbaé bi bé nɔ nɔ en. E o dɔ finé nɛ.</i></p> <p><i>Mi nɔ ze viɔ ze zín da ajaji, bo nɔ ze alɔ do blo le. De viɔ bé axwàá, mi nɔ ze dakpa, bɔ mi nɔ blo le na, bɔ mi nɔ gbaé, bo nɔ lé lilé, bo nɔ gbaé. De nyé agatɔn, awɔntinmé tɔn, alɔ mi....</i></p> <p><i>Ada ji tɔn dɛ ! dɛ nyé awɔntinmé tɔn, bo nɔ hu vi zo, le wé mi nɔ dɔ alɔ dɔ, bo nɔ gbaé (elilé alɔ sin xomé).</i></p>	<p>Les agents de santé ont dit que nous allons travailler avec eux. C'est de là que nous avons appris ça. Donc les agents de santé, eux-mêmes, vous demandent de casser à la maison ? Obliger ! Pour casser, comment ça se passe ? Comment vous cassez-vous ? Un enfant naît et refuse de téter, moi je casse. S'il refuse le sein, je casse tout et il reste un (il se porte bien, en bonne santé). Il est déjà là (l'amygdale infectée). Nous prenons l'enfant et le faisons coucher sur le côté. Puis, nous prenons notre doigt pour faire ceci. Dès que l'enfant crie, nous le faisons coucher sur le côté, et nous faisons ceci, et nous cassons. Puis nous tournons le doigt comme ça, et nous cassons. Celui qui sort par le haut ! Celui qui sort par le nez ! Notre doigt fait..... Voici celui du côté, de la gorge. Celui qui sort par le nez et qui tue l'enfant, c'est comme ceci que nous positionnons le doigt, puis nous cassons (elle tourne la paume du doigt).</p>

Source : Données d'enquête, 6 octobre 2012

Ce récit confirme la typologie de l'angine identifiée selon les entités taxinomiques et nosologiques populaires Ayízo. Ces réalités taxinomiques et nosologiques ont un rapport avec la manière de disposer le doigt et les positions dans lesquelles on tient l'enfant avant de passer à la *chirurgie doigtale* voire "*digitale*". De l'angine du nez selon la perception populaire à l'angine de la

gorge ou de l'œsophage, ces propos illustrent bien les techniques thérapeutiques prescrites dans le contexte social et dont certains acteurs sont les spécialistes. C'est dire que soigneur et malade sont tous dans l'espace de soins que constitue la sphère ou l'espace domestique ; l'espace thérapeutique n'étant pas différent de l'espace social. Quelques images des doigts qui soignent témoignent cette démonstration de l'informatrice à propos de la technique de soins d'angine (photos 1 à 5).

Ces photos montrent cinq doigts de quatre différents soigneurs d'angine en contexte social. Ce qu'on peut déjà retenir de ces images c'est que chaque soigneur est spécialiste de l'usage d'un doigt entre l'index ou le médium. A travers ces images on note trois usagers de l'index (photos 1 à 3) contre un seul usager du médium (photo 5) et de l'index (photo 4).



Photos 1, 2, 3, 4 : index, soigneur d'angine

Photos 5 : le médium

Source : Mèliho, octobre 2012

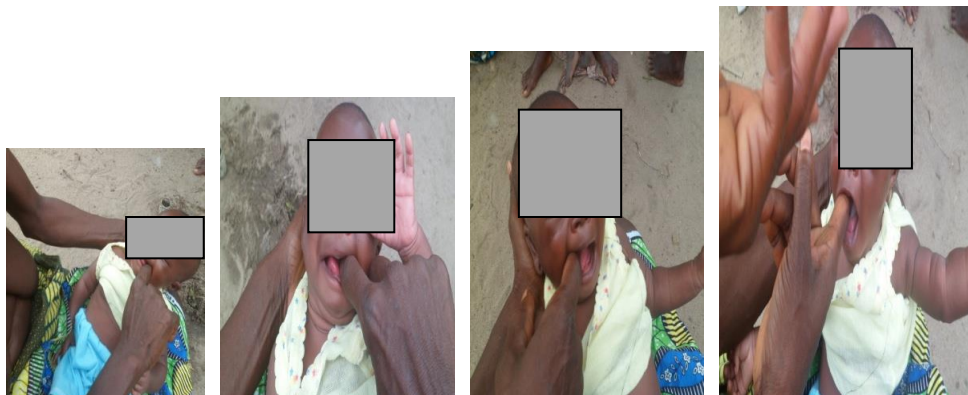
Certains soigneurs utilisent les deux doigts (index et médium) illustrés par les photos 6 à 11.



Photos 6, 7, 8, 9, 10, 11 : Index et médium, soigneurs d'angine

Source : Mèliho, octobre 2012

Par contre, les 12 à 15 montrent la technique d'utilisation du doigt pour soigner l'angine.



Photos 12, 13, 14, 15: étapes des pratiques de soins adaptés aux formes d'angine
Source : Méliho, Octobre 2012

Ces photos montrent les différentes positions du doigt dès son contact avec la bouche selon le protocole du traitement social de l'angine. Lorsque le doigt est plongé directement dans la bouche sans détour, avec la paume tournée vers le bas (revers), c'est pour aller au contact de l'œsophage. Il va rechercher la présence de l'amygdale infectée dans le tube digestif (la gorge) et selon les sens gauche et droit (photos 13, 14, 15). Par contre, lorsque le doigt est plongé dans la bouche, dans sa position de la paume regardant le ciel (face), c'est pour soigner l'angine du nez ou des narines (photo 15). Cette documentation du « *se soigner par le doigt* » ou les « *soins doigtaux* », mieux la « *chirurgie doigtale* ou *digitale* » montre bien que dans chaque culture, et selon chaque peuple, et à chaque époque, le développement d'une forme particulière de maladie, suscite le recours aux savoirs locaux (C. A. Kpatchavi, 2011), ou localisés (M. Akrich, 1987 ; L. Sèhouéto, 2006) en vue de la thérapie et du maintien de la bonne santé. Ainsi, l'offre locale de soin s'inscrit dans une logique de renforcement de l'autonomie du malade (C. Baxerres et E. Simon, 2013). Ces savoirs cohabitent d'une manière ou d'une autre avec le savoir médical. Dans le cas d'espèce, l'informatrice a rappelé au début de ses propos que « *les agents de santé ont dit que nous allons travailler avec eux. C'est de là que nous avons appris ça* » (entretien du 6 octobre 2012).

Dans la suite de la restitution des matériaux empiriques, il est évoqué l'association de plusieurs pratiques médicales avec l'intervention du médicament. La question posée pour en savoir est la suivante : si vous cassez, achetez-vous des comprimés (médicaments) pour lui donner ? La réponse d'un informateur est affirmative avec l'explication de sa représentation du rôle des médicaments. « *Mi nɔ xɔ para kpo lindo. Para nɔ gbɔ jɔhɔn, lindo nɔ dɛ vivɛ* » (Nous achetons para et lindo. Para guéri le froid. Lindo guéri la douleur)

(Entretien 13, 6 octobre 2012). Ces médicaments cités sont de la catégorie des antidouleurs (paracétamol) et antibiotiques (indocide), faisant partie d'une gamme de médicaments génériques. Mais l'informateur construit sa propre indication du principe actif, pour traduire une guérison sur satisfaction de signe (le froid et la douleur) par détournement de l'usage des médicaments (C. Baxerres, 2012). N'étant pas un spécialiste professionnel, le soigneur se livre à des « (...) formes de bricolage auxquelles le médicament offre un accès privilégié » (A. Desclaux et J. J. Levy, 2003, p. 10) pour satisfaire l'efficacité d'un remède par ses vertus thérapeutiques (Y. Jaffré, 1999), mieux l'efficacité symbolique (J. Brunet-Jailly, 1993) du médicament (M. Akrich, 1995). A ce propos on qualifie la démarche de l'usager d'« une logique pragmatique et d'efficacité » (B. M. Yoro, 2012, p. 57). Dans l'un ou dans l'autre cas, les soins prennent aussi en compte l'usage de plantes médicinales sous forme de tisane.

Les propos d'autres informateurs listent les tiges et racines de la catégorie des *recettes phytothérapeutiques locales* (A. Walter, 1981-1982) utilisées le plus souvent suite à la question : que font les gens du milieu pour traiter l'angine ? Les réponses obtenues par triangulation précisent « *mi nɔ kun atíndɔ* » (nous déterrons les racines d'arbre) » ; « tisane de *quinquériba* » ; « écorce de *deslegémà* » (feuille d'isope) ; « *ye nɔ kpa ka goto bo nɔ sa je do* » (ils cherchent la peau, l'écorce de l'arbre de la calebasse, puis ils y ajoutent du sel) (Entretien du 19 janvier 2012, 11 octobre 2012). Ces propos montrent que l'usage des plantes médicinales joue un rôle de complémentarité qui accélère la guérison. Le recours aux plantes médicinales et aux médicaments (A. Desclaux et J. J. Lévy, 2003) renforce « l'efficacité thérapeutique résultant de la combinaison des produits traditionnels et ceux de la médecine moderne » (A. C. Kpatchavi, 2012, p. 232). Mieux, « les plantes médicinales sont des ressources culturelles adaptées aux représentations sociales locales » (P. Cohen et I. Rossi, 2011, p. 5). Tout dépend de quelle association de plantes médicinales et quels sont leurs principes actifs, ou encore des *principes pharmacologiques actifs* (A. Walter, 1981-1982). Après avoir exploré le sens du doigt et des plantes médicinales, la réflexion s'est focalisée sur la raison de l'association du doigt, des médicaments et des plantes médicinales restituées en encadré II. Les propos rapportés en encadré ci-dessous mettent la lumière sur les contraintes des usages de la *trithérapie* dans le cas de l'angine.

En outre, lorsque l'angine résiste à ces soins, le recours à la biomédecine et aux thérapeutes spécialisés s'avère nécessaire, avec le décloisonnement de la ligne de la sphère domestique pour tomber dans l'extra-domestique (centre de santé ou hôpital). La question évoquée dans l'univers médical est : « comment traiter l'angine ? adressée aux agents de santé. Plusieurs réponses recoupées

rapportent ce qui suit. On met l’anti-inflammatoire et un antibiotique, parfois les antipyrétiques pour baisser la fièvre. On fait également le gargarisme (consiste à prendre de l’eau tiède salée qu’on renoue dans la bouche jusqu’au niveau de la gorge pour désinfecter ou nettoyer un peu la gorge). Les épiglottes se trouvent au niveau de la gorge, donc l’eau salée les nettoie, mais jamais ne les traumatiser. Ne pas les traumatiser veut dire ne pas les toucher.

Encadré II : Sens émique de la trithérapie de l’angine

<p>Langue Ayizɔ <i>Eté wé zɔn bɔ mi nɔ blo ene lé bi?</i> <i>Enɔ xɔ atɛnkɛnkwin bo nɔ na,</i> <i>bo nɔ le ba amà zunkàmé tɔn bo nɔ na, co bo nɔ lé</i> <i>yi dotoxwe ?</i></p> <p><i>E ciq̄i zɔnlin ɔ nyé q̄o kpo ge àá ?</i> <i>Zɔnlin ɔ yi zɔnlin gege ?</i> <i>Aniwutu we azɔn q̄o kpo ge ɔ, mi nɔ nya gbɔn ali</i> <i>gege nu?</i> <i>Ni mi gba bɔ mikpɔn bɔ wu jan tɔn, bɔ mi gbae,</i> <i>mi nɔ xɔ atɛnkɛnkwin bo nɔ na,</i> <i>bo nɔ q̄a amàsin bo nɔ na.</i></p> <p><i>Azɔn ene gbɔ.</i> <i>Zozo q̄esu vo we,</i> <i>Amàsin mianwu ɔ, e q̄o na nu! e q̄o na nu!</i></p>	<p>Version française Pourquoi faites-vous tout ça ? Vous achetez de comprimé (médicament) pour donner. Vous cassez. Vous cherchez les plantes médicinales pour donner. Vous allez au centre de santé ! Il me semble que vous n’utilisez pas un seul chemin. Les chemins empruntés sont nombreux. Pourquoi, pour la seule maladie, vous cherchez par plusieurs chemins ? Si nous cassons, et que nous nous assurons que c’est elle (l’angine) et nous l’avons cassée, nous achetons les comprimés pour lui donner, puis nous préparons la tisane pour lui donner. Cette maladie est guérie. La chaleur aussi est autre. La tisane chaude, on doit boire ! on doit boire !</p>
--	--

Source : Données d’enquête, 6 octobre 2012

Cette version des prestataires s’oppose bien à la déclaration de l’interviewée qui rapporte que les agents de santé leur recommande de casser et souhaitent même une collaboration à cet effet. A en croire les professionnels de santé, les gens cherchent à casser l’angine, ce qui est formellement proscrit. Ceux qui le font sont exposés à une septicémie qui peut entraîner tout de suite la mort. J’ai vu, j’ai vécu, on a cassé et ça a tué. Les germes qui créent l’angine, par exemple, les streptocoques, une fois cassés trouvent une porte d’entrée et peuvent traverser facilement la barrière méningée et rentrer dans le cerveau et c’est la mort. Quand ils prennent la direction du haut, on peut faire tout, c’est la mort (Entretien 9, 11 octobre 2011).

Cette proscription du mode de prise en charge en contexte social amène à observer le traitement médical dans une unité de soins à la périphérie. « On utilise de l’antibiotique (péni V, chlortenfenicole, cloxaciline ou érythromycine),

du flagyl contre les amibiases, de l'anti-inflammatoire (ibuprofène, dichlofénac, etc.) » (Entretien 4, 4 octobre 2012). Un autre soignant donne une précision sur le traitement en rapport avec le poids et certaine spécificité.

« On met de l'antibiotique :

- péni V tenant compte du poids de l'enfant ;
- ou amoxiciline en l'absence de péni V selon le poids de l'enfant ;
- s'il n'y a pas les 2 on met érythromycine (c'est rare que les deux manquent) ;
- on traite parasitoses systématiquement chez l'enfant ;
- on ajoute du fer foldine plus multivitamine si l'enfant est un peu pale ;
- paracétamol pour baisser la fièvre » (Entretien 6, 9 octobre 2012).

Dans un cas particulier d'association ou de confusion de signe entre le paludisme et l'angine le traitement indiqué est présenté ci-dessous (tableau I). « Paludisme simple associé à l'angine » (Entretien 6, 9 octobre 2012). Les posologies présentées ci-dessous sont applicables à tout moment après le pronostic du paludisme par le test de diagnostic rapide. La démarche de plurithérapie observée au sein de la communauté exprime la pratique de l'automédication par l'usage de médicament pharmaceutique, le traitement traditionnel par la pharmacopée et la *chirurgie doigtale* pour le cas de l'angine.

Tableau I : Traitement du paludisme simple avec du coartem selon le poids et l'âge

Tranche d'âge	Poids	Dose de traitement	Posologie
6 mois à 3 ans	5 à 14 kg	1 plaquette de six comprimés	1 comprimé x 2 par jour pendant 3 jours
3 à 7 ans	15 à 24 kg	1 plaquette de 12 comprimés	2 comprimés x 2 par jour pendant 3 jours
7 à 11 ans	25 à 34 kg	1 plaquette de 18 comprimés	3 comprimés x 2 par jour pendant 3 jours
11 ans et plus (âge adulte)	35 kg et plus	1 plaquette de 24 comprimés	4 comprimés x 2 par jour pendant 3 jours

Source : Données d'enquête, 9 octobre 2012

Au regard de ces résultats, le traitement de l'angine en biomédecine (*care*), et les soins au malade en contexte global (*cure*), loin d'être singuliers, se chevauchent, s'interagissent et se complètent en réponse à une demande de soins de proximité tout en réduisant les *trajets thérapeutiques des malades* (A. Walter, 1981-1982). C'est un facteur de renforcement de l'autonomie du malade.

3. Discussion : construction de l'autonomie thérapeutique en contexte social

Cette recherche est parvenue à trois résultats importants, notamment : (1) les similitudes et singularités taxinomiques des entités nosologiques populaire et biomédicale autour de l'angine ; (2) les représentations du malade et du soignant autour de l'étiologie de l'angine ; (3) le pluralisme thérapeutique des soins d'angine par une trilogie doigt, médicament et pharmacopée.

En effet, les recherches sur la taxinomie des maladies en anthropologie (D. Bonnet, 1999) ont permis d'élaborer les entités classificatoires exprimant les formes sous lesquelles elles se présentent dans le temps et dans l'espace et ce, dans plusieurs univers de sens (social et médical). Au regard des classifications obtenues à l'issue de cette recherche l'angine est une amygdalite dont le siège de la localisation physico-humaine est la gorge, l'œsophage, le larynx.

Les personnes les plus exposées à l'angine sont les enfants de différentes tranches d'âge : 0 à 5 ans, 5 à 14 ans, et les personnes âgées de 15 ans et plus. Mais, la prévalence est plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans. Cette caractérisation des groupes vulnérables est bien soutenue par des anthropologues pour qui « certaines maladies se manifestent ainsi logiquement en fonction de l'âge de la personne et des transformations de son organisme » (C. Baxerres, 2012) avec une construction des causes multivariantes.

La recherche sur les causes de la maladie repose sur un registre plus large de catégories persécutrices en contexte global. La préoccupation du malade et de son thérapeute tourne autour de la nécessité de savoir le sens de la maladie (J. Benoist, 1996 ; F. Saillant, 1988) ou le sens de la santé (D. Fassin, 2005). Dans le cas d'espèce, les causes de l'angine évoquées reprennent en partie les logiques persécutrices de la maladie, notamment l'attaque d'un sorcier et le maléfice humain mettant en exergue les causes relationnelles d'une part. Mais il est aussi évoqué les causes relatives à l'incorporation d'élément étranger dans le corps humain à travers l'alimentation, la boisson d'eau de mauvaise qualité et les conditions d'existence d'autre part. A propos de l'eau par exemple, les avis sont mitigés. A en croire certains chercheurs anthropologues, « les maladies naturelles, présentes en permanence dans l'organisme des individus, se déclenchent en fonctions de divers éléments et situations, tels que l'inobservance des règles d'hygiène, une mauvaise alimentation et l'exposition à certaines intempéries (froid, chaud, vent, poussière, saletés) » (C. Baxerres, 2012, p. 25). Cette complexité causale retient l'attention des études en anthropologie de l'éducation pour la santé (B. Tillard, 2000) et de ses corollaires. Ainsi, la façon dont l'angine est classée ici reprend les quatre entités de la persécution de la maladie selon les anthropologues : la vengeance d'un ancêtre, la possession par

un esprit, le maléfice d'un humain, l'attaque par un sorcier (D. Fassin, 1990, p. 14). Par contre, Clements (1932) a individualisé cinq classes étiologiques : incorporation d'un objet maléfique, perte de l'âme, intrusion corporelle d'un esprit, violation d'un tabou, sorcellerie (cf. A. Walter, 1981-1982, p. 409). L'ensemble des faits font partie des facteurs socioculturels responsables de la maladie, de sa diffusion ou de sa pérennité : causes sociales, causes infectieuses ou biologiques, facteurs de risques (A. Walter, 1981-1982, p. 410). Au regard de ces considérations, les recours aux soins se font en relation avec les représentations étiologico-thérapeutiques (F. Laplantine, 1982, p. 63) marquées par un pluralisme.

En fait, le recours à la « *multithérapie* » (J. Souty, 2002) dans les soins et le traitement des maladies infectieuses ou virales est une réalité résultant du vécu des acteurs. De l'observation, « l'itinéraire thérapeutique se fait pluriel » (F. Saillant, 1999) au rythme de la simplicité ou de l'aggravation de la maladie dans un contexte où les représentations, les savoirs, les pouvoirs, et les pratiques s'autonomisent avec des acteurs autonomes dans la mise à contribution de leur expertise qu'elle soit profane, technique ou ethnoscience. On a affaire à une médecine reposant sur l'usage des sens, notamment du toucher ou de la « *thérapie doigtale* » dans une médecine d'expertise populaire et la médecine moderne (biomédicale) en interaction avec la médecine alternative (prière de guérison, recours au guérisseur ou néo-thérapeute). Ainsi, les soins domestiques sont donnés « grâce à de petits gestes basés sur le contact corporel, la sensorialité, (...) » (F. Saillant, 1999, p. 34). Cette contribution revisite le devenir de l'automédication dont l'essence repose sur la médicalisation de l'existence dans un environnement où la maladie reste encore l'affaire de chacun et la « *santé pour tous* » un slogan (S. Tizio et Y. Flori, 1997). L'angine se manifeste par la fièvre, jugée grave que si elle persiste ou si elle est accompagnée par d'autres symptômes, tels que les vomissements, les maux de tête ou la diarrhée (OMS, USAID).

Dans le cas d'espèce, la *chirurgie doigtale* ou la *césarienne des amygdales par le doigt* crée une plaie que la configuration des soins permet de réguler. Aussi, pour réguler la montée de la température, le recours à la tisane chaude renvoie-t-il à la médecine homéopathique où on guérit la maladie par ses symptômes semblables en communiquant le mal par le mal, ici le chaud contre le chaud. Puisque chez les agents de santé tout comme les malades et leur entourage, l'angine se manifeste aussi par le corps chaud, les yeux rouges. L'usage du chaud sur du chaud traduit bien la présence de la tisane chaude dans le protocole de *traitement social de la maladie*, mieux le protocole thérapeutique (A. Desclaux et J. J. Lévy, 2003). Dans la pratique, le recours aux infusions chaudes,

des potages et des tisanes cherche à faire transpirer, à faire rougir et aider à expulser le chaud en l'attirant par des cataplasmes et des bouillottes (F. laplantine, 1982, p. 66). Autrement, la littérature anthropologique fournit des catégories de maladies dites chaudes ou froides (J. Brunet-Jailly, 1993 ; D. Fassin, 1990 ; D. Bonnet, 1990, 1985) dans la perspective de la médecine humorale (D. Bonnet, 1990), voire la médecine des humeurs.

Pour les maladies chaudes par exemple, elles apparaissent brusquement et leur guérison est aussi brusque si on applique les remèdes appropriés et qu'elles sont naturelles. La trithérapie justifie ici la guérison rapide et totale de l'angine par glissement (C. Baxerres, 2012) thérapeutique du doigt à la tisane en passant par le médicament. Cette approche thérapeutique vise la maîtrise des risques en vue d'accroître l'efficacité du traitement (S. Fainzang, 2012). E. Simon et M. Egrot (2012) ont reconnu l'efficacité biologique des traitements traditionnels. Puisque « tout acte thérapeutique a une acceptation vécue et intériorisée par le malade (...) » (J. Brunet-Jailly, 1993, pp. 187-188), le soigneur et le corps social. En réalité, l'automédication telle que vécue par les acteurs est une pratique qui n'est pas isolée. D'une part, l'accès au médicament se fait à la suite d'une consultation chez le professionnel (médical) ou le spécialiste (néo-thérapeute). Ce que reflète la médication dans une dépendance thérapeutique. D'autre part, l'automédication se fait sans ordonnance dans l'entretien d'une autonomie thérapeutique. C'est dire qu'aucun patient ou soigneur ne se lève pour aller chercher un médicament pharmaceutique ou un remède traditionnel, mieux un médicament traditionnel ou phytomédicament à usage quelconque sans une expérience ultérieure dans un système médical (alternatif, professionnel ou populaire). Et cette expérience, qu'elle soit vécue par soi ou par un tiers personne, résulte d'une expertise d'acte biomédical dont les professionnels de la santé sont responsables pour ce qui concerne les usages du médicament pharmaceutique industriel. Puisque le médicament participe à la « (...) construction de l'identité d'un traitement et de ses usages, (...) » (E. Simon et M. Egrot, 2012, p. 79). De fait, « un patient qui fréquente un centre de santé acquiert un potentiel de savoir sur le diagnostic, sur les prescriptions faites et sur les modes d'utilisation prescrits par les agents, sur les soins et traitements » (C. A. Kpatchavi, 2012, p. 235). Cette expérience fait partie du capital de savoir capté auprès des agents de santé et reproduit en contexte social par automédication (C. Baxerres, 2012 ; C. A. Kpatchavi, 2012). Ainsi, l'automédication participe-t-elle de la construction de l'autonomie du malade et de son entourage, « (...) autonomie dans les choix de vie et de traitement » (A. Desclaux et J. J. Lévy, 2003), mieux autonomie dans les politiques de la vie individuelle et collective. Etant donné que soignant et malade ont un accès libre au médicament. C'est l'*autonomie thérapeutique* ou *authérapie*, c'est-à-dire « se

soigner par soi-même » lorsque les services publics de santé sont limités par discontinuité, dysfonctionnement et qualité à un moment où l'on prône l'universalité de l'accès aux soins pour l'effectivité du droit à la santé.

Conclusion

Cette recherche qui prolonge les réflexions actuelles sur l'anthropologie de la thérapie et de la guérison en rapport avec les usages du médicament a analysé les trajectoires thérapeutiques des soins de l'angine chez les enfants dans un contexte de rareté des soins du service public. La recherche menée par une démarche qualitative a permis de recueillir des récits de soins auprès de quarante informateurs clés identifiés par la technique du choix raisonné et de l'itinéraire. Les résultats obtenus des entretiens semi directifs individuels et de l'observation libre ont été catégorisés en vue d'une analyse de contenu associée à l'ethnomédecine et la triangulation des sources. Les résultats abordent trois pôles spécifiques. *Primo*, il a été observé les similitudes et les singularités taxinomiques des entités nosologiques populaire et biomédicale autour de l'angine. *Secondo*, les résultats mettent en exergue les représentations étiologico-thérapeutiques de l'angine chez le malade et le soignant. Ainsi, trois catégories d'acteurs de soins parmi ceux observés énoncent une pluralité de représentations, de savoirs et des pratiques de soins d'angine dans la communauté. *Tertio*, il résulte des résultats une plurithérapie des soins d'angine qui circule en synergie entre le doigt, le médicament et la pharmacopée. En conséquence, il y a une complémentarité des médecines qui renforce l'autothérapie en marge du discours médical autour de l'automédication. En réalité, la médicalisation de l'existence renforcée par les pratiques de soins automédiqués situe bien dans un continuum de l'acte biomédical. Le professionnel intervient toujours dans une prescription en directe ou en différée, l'automédication n'est qu'une forme de reproduction du savoir thérapeutique professionnel qui participe de la promotion des médicaments au-delà des logiques locales et des enjeux globaux. En conclusion, les résultats permettent de glisser vers la dépendance thérapeutique et l'autonomie thérapeutique autoconstruite ou autothérapie.

Références bibliographiques

- AKRICH Madeleine, 1995, « Petite anthropologie du médicament Les objets de la médecine », in *Techniques et cultures* N° 25-26, pp. 129-157
- AKRICH Madeleine., 1987, « La description des objets techniques », in *Techniques et culture*, N°9, p. 159
- APPIT, 1995, *Maladies infectieuses Guide de traitement*, Le Popi. Montigeon, 290 p.

- BAXERRES Carine et Simon Emmanuel, 2013, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les suds », in *Autrepart* 2013/1, N° 63, pp. 3-29 DOI : 10.3917/autr.063.0003.
- BAXERRES Carine, 2012, « Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales », in *Revue internationale sur le médicament*, Vol. 4(1), pp. 14-38.
- BAXERRES Carine, 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, Thèse de doctorat, EHESS / UAC, 525 p.
- BENOIST Jean, 1996, « Prendre soins », in Benoist Jean (dir.) *Soigner au pluriel Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, pp. 491-507.
- BERNADOU Paul, 2012, « Jean-Marie GUEULLETTE (dir.), Le pouvoir de guérir, enjeux anthropologiques, théologiques et éthiques », *Questions de communication*, [en ligne], 22|2012, mis en ligne le 08 janvier 2013, consulté le 02 octobre 2016, URL : <http://questionsdecommunication.revues.org/7016>
- BONNET Doris, 1999, « La taxinomie des maladies en anthropologie : aperçu historique et critique », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 17, N° 2, pp. 4-19.
- BONNET Doris, 1990, « Anthropologie et santé publique Une approche du paludisme au Burkina-Faso », in *Pratiques de recherche*, pp. 243-258
- BONNET Doris, 1988, « Notes de recherche sur la notion du "corps chaud" chez les Mosse du Burkina », in *Sciences sociales et santé*, 3-4, pp. 183-187.
- BRUNEL Gilles, 1980, « Guérison, magie et symbolique corporelle », *Anthropologie et sociétés*, N° 4(2), pp. 113 – 130, <https://doi.org/10.7202/000965ar>
- BRUNET-JAILLY Joseph (dir.), 1993, *Se soigner au Mali une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-Orstom, 344 p.
- COHEN Patrice et ROSSI Illario, 2011, « Le pluralisme thérapeutique en mouvement », *Anthropologie et santé* [en ligne]. 2/2011, Mise en ligne le 27 mai 2011, Consulté le 30 mai 2011. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/606>.
- DESCLAUX Alice et EGROT Marc (dir.), 2015, *Anthropologie du médicament au sud La pharceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan, 282 p.
- DESCLAUX Alice, LEVY Joseph-Josy., 2003, « Présentation Cultures et médicaments Ancien et nouveau courant en anthropologie médicale ? », in *Anthropologie et sociétés*, Vol. 27. N° 2, pp. 5-21.
- FAINZANG Sylvie, 2012, *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF, 192 p.

- FASSIN Didier, 2005, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », in Saillant et Genest (dir.). *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Chapitre 14, pp. 383-399, Québec, Les Presses de l'Université Laval, Paris, Anthro-pos, 2005, 467 p.
- FASSIN Didier, 1990, « Maladie et médecine », in *Sociétés, développement et santé*, Paris : Les Editions Ellipses, p. 38-49.
- Héritier F., 2003, « Une anthropologie symbolique du corps Conférence Marcel Mauss. Musée de l'homme ». in *Journal des africanistes*, p. 9-24.
- JAFFRE Yannick, OLIVIER de SARDAN Jean-Pierre, 1999, *La construction sociale des maladies Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*, Paris, PUF.
- JAFFRE Yannick, 1999, « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », in *Bulletin de l'APAD*. 17, pp. 63-70
- KPATCHAVI Codjo Adolphe, MELIHO Pierre Codjo, WONGOLO-KOUAYEP Irène Vanessa, AINA André, 2018, « Se soigner à la frontière : analyse anthropologique de la réponse des Etats Bénin-Nigéria et des politiques d'intégration régionale dans l'espace CEDEAO », in Kokou Folly Lolowou Hetcheli (dir.) *Intégration régionale, paix et développement dans l'espace CEDEAO*, Lomé, Presses de l'Université de Lomé, pp. 277-305
- KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2012, « Se soigner dans la rue : les usages sociaux du médicament dans les quartiers périphériques de Cotonou (Bénin) », in *Cahiers du CERLESHS* Tomme XXVII, N° 41, pp. 207-239
- KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2011, « *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'ouest Pour une anthropologie du paludisme chez les fɔn et waci du Bénin*. Cotonou, Editions Ablodé, 360 p.
- LAPLANTINE François, 1984, « Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines », *Histoire, économie et société*, N°3-4, pp. 641 - 650
- LAPLANTINE François, 1982, LAPLANTINE François, 1982, « La maladie, la guérison et le sacré », *Archives de sciences sociales des religions*, N° 54-1, pp. 63 - 76
- MELIHO Pierre Codjo, 2019, « Soigner le corps par le Corps : les usages sociaux des soins de traumatismes ostéo-articulaires chez les Tchakaloké à Dassa-Zoumé (centre Bénin) », in Gbènouga Martin Dossou, Tchassim Koutchoukalo, Moumouni Agboke Xolali et LarLAF (dir.), *Représentations identitaires du corps dans les littératures francophones*, Lomé, Editions Saint Augustin Afrique, pp. 409 - 592

- MELIHO Pierre Codjo, 2015, « Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayizɔ (Sud-Bénin) Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants Vers une anthropologie de l'autothérapie », in Carine Baxerres, Véronique Guienne, Roch Houngnihin, Charlie Marquis, *L'automédication et ses déterminants : Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou*, Mars 2015, Cotonou, pp. 132 - 142, <hal-01336870>, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01336870>
- MELIHO Pierre Codjo, 2011, *Usages de l'eau et comportements à risque chez les Ayizɔ du Bénin : matériaux pour une socio-anthropologie des maladies de l'eau*, Mémoire de DEA (dic. Nouhouayi Albert), Université Abomey-Calavi, 138 p.
- OMS, USAID, *sine datum*. *Utiliser la recherche ethnographique pour améliorer la prise en charge du paludisme chez les jeunes enfants*. TDR. Projet SARA. 8 p.
- ORS Franche Comité, URCAM, 2003, *L'automédication et l'observance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70 ans Analyse sociologique et repères bibliographiques*, p. 1-38
- ROSSI Illario, 2007, *Prévoir et prédire la maladie de la divination au pronostic*. Aux lieux d'être. pp. 1-18
- SAILLANT Francine, 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique », in *Anthropologie et sociétés*, Vol. 23. N° 2 Soins, corps, altérité, pp. 15-39
- SAILLANT Francine et GAGNON Eric, 1999, « Présentation. Vers une anthropologie des soins ? », in *Anthropologie et sociétés* Vol, 23 N° 2 Soins, corps, altérité, pp. 5-14
- SAILLANT Francine, 1988, *Cancer et culture. Produire le sens de la maladie*, Montréal, Les Éditions Saint-Martin, 321 pp.
- SEHOUETO Lazare, 2006, « Savoirs agricoles localisés et promotion vivrière en Afrique subsaharienne », in *Revue internationale des sciences sociales*, Edition électronique CAIRN INFO pour ERES, 2006/1 N° 187, pp. 127-134
- SIMON Emmanuel et EGROT Marc, 2012, « Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente ? A propos d'une recherche anthropologique au Bénin », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 30, N° 2, pp. 67-91
- SOUTY Jérôme, 2002, « La santé publique, entre culture et politique », *Résumé Mensuel* N° 125, Organisations : le pouvoir invisible
- TILLARD Bernadette, 2000, « Regard anthropologique sur l'éducation pour la santé », in *Revue de Recherches en Éducation* N° 25, pp.153-165

- TIZIO Stéphanie et FLORI Yves-Antoine, 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », in *Tiers-Monde*, Tome 38, N° 152, pp. 837-858
- YORO Blé Marcel, 2012, « Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche méthodologique », in *Recherche qualitative*, Vol 31 (1), pp. 47-61
- WALTER Annie, 1981-1982, « Ethnomédecine et anthropologie médicale : bilan et perspectives », in *Cah. ORSTOM, Série Sciences Humaines*, Vol. XVIII. N° 4, pp. 405-414