

# TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES ET RATIONALITÉS PROFANES AUTOUR DU TIMANTIBO : UNE ETHNOGRAPHIE DES PRATIQUES DE SOIN CHEZ LES TOFIN DE AHOMEY-LOKPO (SO- AVA, BÉNIN)

THERAPEUTIC TRAJOECTORIES AND SECULAR RATIONALITIES  
AROUND TIMANTIBO: AN ETHNOGRAPHY OF CARE PRACTICES  
AMONG THE TOFFIN OF AHOMEY-LOKPO (SO-AVA, BENIN).

Auteur 1 : Abdoulaye BENON MONRA.

Auteur 2 : Erick Comlan GBENOU.

Auteur 3 : Vignon Dègbédji BEDIE.

**Abdoulaye BENON MONRA**, Faculté des Sciences Sociales et Humaines, Université d'Abomey-Calavi, Bénin,

**Erick Comlan GBENOU**, Département de Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi, Bénin,

**Vignon Dègbédji BEDIE**, Institut Régional de Santé publique, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, ID :  
<https://orcid.org/0000-0003-3121-9550>,

**Déclaration de divulgation** : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

**Conflit d'intérêts** : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

**Pour citer cet article** : BENON MONRA .A, GBENOU .E C & BEDIE .V D (2025). « TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES ET RATIONALITÉS PROFANES AUTOUR DU TIMANTIBO : UNE ETHNOGRAPHIE DES PRATIQUES DE SOIN CHEZ LES TOFIN DE AHOMEY-LOKPO (SO-AVA, BÉNIN) », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 31 » pp: 1846 – 1865.



DOI : 10.5281/zenodo.17123200

Copyright © 2025 – ASJ



## Résumé

Cette étude s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médicale et analyse les trajectoires thérapeutiques des malades du *timantibo* (érysipèle) dans la communauté tofin de Ahomey-Lokpo, commune lacustre de Sô-Ava au Bénin. À partir d'une démarche qualitative combinant entretiens individuels, observation directe et recherche documentaire, l'enquête met en évidence une pluralité de recours aux soins, révélatrice d'un système de santé local fondé sur le pluralisme médical. Les résultats montrent que les choix thérapeutiques sont façonnés par des représentations sociales de la maladie, souvent interprétée comme mystique ou malveillante, et par des contraintes économiques et sociales qui limitent l'accès aux soins biomédicaux. Les itinéraires thérapeutiques observés relèvent d'une rationalité profane, située et pragmatique, où se combinent médecine traditionnelle, automédication, pratiques religieuses et recours hospitalier tardif. L'étude souligne également le rôle central de la sociabilité communautaire dans la prise en charge des malades, ainsi que les tensions entre solidarité et dépendance thérapeutique. Ces résultats invitent à repenser les politiques de santé publique à partir des pratiques réelles des populations, en valorisant les savoirs locaux et les dynamiques sociales de soin.

**Mots clés :** Érysipèle, trajectoires thérapeutiques, pluralisme médical, rationalité profane, Représentations sociales

## Abstract

This article explores the therapeutic trajectories of individuals affected by *timantibo* (popular nosology for erysipelas) in the lacustrine community of Ahomey-Lokpo, Sô-Ava, Benin. Anchored in medical anthropology, the study adopts a qualitative methodology combining documentary research, semi-structured interviews, and direct observation. Findings reveal that therapeutic choices are shaped by plural medical rationalities, where traditional medicine, self-medication, religious practices, and biomedical care coexist. These trajectories are socially constructed and influenced by cultural representations of the disease, often perceived as mystical or socially induced, as well as by structural constraints such as poverty, limited access to health infrastructure, and high medical costs. The study highlights the role of community-based therapeutic sociability, where care is collectively negotiated, and underscores the tension between solidarity and therapeutic dependency. These insights call for a rethinking of public health strategies that integrate local knowledge systems and social dynamics in health governance.

**Keywords :** Erysipelas, **therapeutic trajectories**, medical pluralism, profane rationality, Social representations

## Introduction

Dans les sociétés où coexistent médecine moderne et savoirs traditionnels, les maladies telles que l'érysipèle, désigné localement sous le nom de *timantibo*, ne se réduisent pas à des entités biologiques. Elles s'inscrivent dans un univers de représentations complexes, où les dimensions biomédicales croisent les perceptions culturelles, les croyances populaires et les expériences vécues. Chez les Tofin de Sô-Ava, le timantibo est bien plus qu'une affection dermatologique : il constitue un phénomène social et culturel complexe. Interprété comme un « envoûtement par la tomate », il est perçu comme une maladie mystérieuse, douloureuse et potentiellement mortelle, mobilisant des représentations mystiques et corporelles. Cette vision locale contraste fortement avec la définition biomédicale, qui décrit l'érysipèle comme une dermohypodermite aiguë, parfois nécrosante (P. Bernard et al., 1995 ; C.-L. Blum et al., 2013).

Les travaux de P. Bernard et al. (1989), C. Chartier et E. Grosshans (1990) et T. Siljander et al. (1993) ont précisé les caractéristiques cliniques, les complications et l'étiologie bactérienne, notamment le rôle du streptocoque  $\beta$ -hémolytique. Ces apports classiques sont aujourd'hui complétés par des études plus récentes qui confirment que l'érysipèle touche principalement les membres inférieurs, avec des facteurs de récurrence bien identifiés tels que l'obésité, le lymphoedème et les lésions cutanées (F. Hali et al., 2021 ; B. Diatta et al., 2015), souvent associés à un œdème de stase ou à une rupture de la barrière cutanée (D. Stevens et al., 2015 ; Vidal Recos, 2022).

L'érysipèle connaît une recrudescence, avec un taux de récurrence élevé (P. Pitché, 1997 ; *LeMedecin.fr*, 2025) et une incidence estimée entre 10 et 130 cas pour 100 000 habitants par an. Cette recrudescence est confirmée par B. Diatta et al. (2015), qui soulignent les aspects cliniques et épidémiologiques des dermohypodermes bactériennes dans des contextes tropicaux, où les conditions environnementales et socio-économiques aggravent la vulnérabilité des populations. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, notamment en contexte tropical (S. Bjornsdottir et al., 2005 ; K. Pitché et al., 2015).

Malgré ces apports, la complexité des parcours thérapeutiques reste peu explorée. En France, la prise en charge repose sur une antibiothérapie orale en ambulatoire dans les formes simples, avec des molécules comme l'amoxicilline, la pristinamycine ou la clindamycine, pour une durée maximale de sept jours (*Haute Autorité de Santé*, 2019). L'hospitalisation est réservée aux formes graves ou en cas d'échec du traitement initial. À l'inverse, dans des contextes comme celui de Sô-Ava au Bénin, la prise en charge initiale est souvent informelle, marquée par l'automédication, les soins traditionnels et les conseils communautaires. Le recours à la biomédecine intervient généralement en phase avancée, lorsque les symptômes deviennent critiques ou que les traitements locaux échouent. Cette différence révèle une tension entre médecine institutionnelle et pratiques

profanes, où les trajectoires thérapeutiques s'inscrivent dans une logique d'essais, d'ajustements et de négociations sociales (B.M. Senou, 2002 ; J.-B. Kahindo Mbeva et al., 2021).

À Ahomey-Lokpo, les malades du timantibo recourent à une pluralité de soins : médecine traditionnelle, automédication, prières, rituels, puis biomédecine. Cette hiérarchisation repose sur des croyances, des contraintes économiques, l'accessibilité, la peur de l'amputation ou de la stigmatisation. La maladie devient un fait social total, au sens de Mauss, traversant les sphères religieuse, thérapeutique, économique et politique (L. Kouetchome et al., 2023).

L'objectif de cette recherche est d'analyser, dans une perspective sociologique et anthropologique, les logiques sociales, symboliques et pratiques qui orientent le recours successif ou simultané à différents systèmes de soins dans la prise en charge du timantibo chez les Tofin d'Ahomey-Lokpo. Il s'agit d'éclairer les formes de rationalité à l'œuvre dans la gestion locale de l'érysipèle, au croisement de la biomédecine et des savoirs profanes.

L'article s'articule autour d'une exploration des représentations biomédicales et culturelles de l'érysipèle (K. Bréhaut et al., 2023), d'une analyse des itinéraires thérapeutiques (É. Pigeon-Gagné et al., 2022), et d'une discussion des enjeux sociaux, économiques et symboliques liés à la prise en charge du timantibo (C.D. Moukoko Kibamba & F. Mantsounga, 2023 ; N. Alix, 2022).

## **1. Cadre théorique**

Cette étude s'inscrit dans le champ de l'anthropologie médicale, qui considère la maladie comme un phénomène à la fois biologique, social et culturel. Cette approche permet d'appréhender les logiques de recours aux soins dans un contexte de pluralisme médical, où coexistent médecine biomédicale, médecine traditionnelle, pratiques religieuses et automédication. Elle offre une grille d'analyse des trajectoires thérapeutiques en tenant compte des représentations, des contraintes structurelles et des dynamiques sociales qui les façonnent.

### **1.1 L'itinéraire thérapeutique comme construction sociale**

Le concept d'itinéraire thérapeutique, tel que défini par J-P Olivier de Sardan (1995), désigne l'ensemble des démarches entreprises par un individu ou son entourage pour faire face à un problème de santé. Il englobe les pratiques de soins, les consultations successives, les recours aux différents types de thérapeutes, ainsi que les décisions prises à chaque étape du processus. Cette approche met en lumière la dimension sociale, contextuelle et stratégique des choix thérapeutiques, souvent influencés par les normes locales, les réseaux de sociabilité, les ressources disponibles et les rapports de pouvoir implicites dans les interactions de soin.

### **1.2 Le pluralisme médical et les sphères de soin**

Dans les sociétés africaines, les systèmes de soins sont marqués par une coexistence de plusieurs formes de médecine. A. Kleinman (1980) propose une typologie en trois sphères : le système

populaire (famille, voisins), le système professionnel (médecins, infirmiers) et le système folk (guérisseurs, tradipraticiens). Le recours à l'un ou l'autre de ces systèmes dépend de facteurs multiples : croyances, accessibilité, coût, efficacité perçue, pressions sociales. Cette pluralité est particulièrement manifeste dans le traitement du *timantibo*, où les malades alternent ou combinent plusieurs formes de soins selon les circonstances, les interprétations étiologiques et les ressources disponibles.

### **1.3 Contraintes structurelles et inégalités d'accès**

Les trajectoires thérapeutiques sont également conditionnées par des facteurs structurels tels que la pauvreté, l'éloignement des infrastructures sanitaires, le coût des soins et la faible couverture médicale. P. Farmer (2003) introduit le concept de violence structurelle pour désigner l'ensemble des mécanismes sociaux, économiques et politiques qui entravent l'accès aux soins et renforcent les inégalités de santé. Dans le contexte étudié, ces contraintes favorisent le recours à l'automédication ou aux soins traditionnels, souvent perçus comme plus accessibles, plus adaptés culturellement et moins coûteux.

## **2. Cadre et méthode d'étude**

La méthode de cette recherche est qualitative. Au total, la recherche s'est focalisée sur 60 sujets composant le groupe cible sélectionné grâce à un choix raisonné. Cette méthode nous ont permis d'analyser les itinéraires thérapeutiques des malades du « timantibo » chez les Tofin de Ahomey-Lokpo centre dans la Commune de Sô-Ava.

### **2.1-Type d'étude**

Il s'agit d'une recherche descriptive et analytique qui vise à cerner les différents chemins, traitements adoptés par les victimes et leur entourage dans la prise en charge de « timantibo ».

### **2.2- Population d'étude**

Dans le cadre de l'analyse des itinéraires thérapeutiques des malades du Timantibo chez les Tofin d'Ahomey-Lokpo Centre, la population d'étude se compose de plusieurs catégories d'acteurs sociaux, chacun jouant un rôle spécifique dans la construction et la circulation des savoirs et pratiques de soin. Ces acteurs, issus de sphères institutionnelles, coutumières et communautaires, participent à la pluralité des recours thérapeutiques mobilisés par les malades. La diversité des acteurs impliqués dans les itinéraires thérapeutiques du *Timantibo* reflète la complexité sociale de la prise en charge. Les agents de santé interviennent généralement en phase avancée, tandis que les tradi-thérapeutes constituent les premiers recours, porteurs de savoirs endogènes. Les malades eux-mêmes, à travers leurs récits et décisions, orientent les parcours de soin. D'autres figures comme les artisans, les commerçantes, les cultivateurs et les pêcheurs incarnent des formes spécifiques de vulnérabilité ou de savoir empirique. Les chefs traditionnels et autorités locales jouent un rôle de

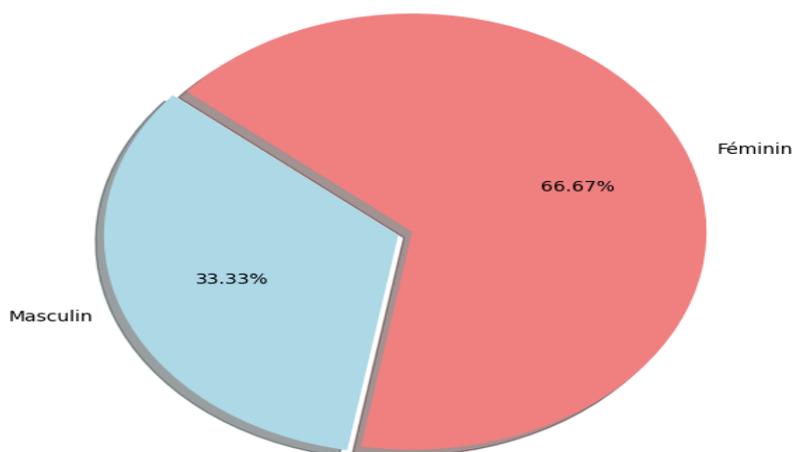
régulation et de légitimation des pratiques, dans un contexte où les décisions thérapeutiques sont souvent collectives. Cette configuration d'acteurs révèle que les trajectoires de soin sont socialement construites, négociées entre croyances, savoirs médicaux et contraintes économiques.

### 2.3- Échantillonnage et taille d'échantillonnage

Dans le cadre de cette étude portant sur les itinéraires thérapeutiques des malades du *Timantibo* chez les Tofin d'Ahomey-Lokpo Centre, la constitution de l'échantillon a reposé sur une démarche qualitative, fondée sur une approche non probabiliste. L'échantillonnage par choix raisonné s'est imposé comme la méthode la plus pertinente, compte tenu de la nature exploratoire de la recherche et des contraintes liées au terrain. Cette technique permet de sélectionner des enquêtés en fonction de leur pertinence sociologique, de leur expérience vécue de la maladie, de leur rôle dans les dynamiques thérapeutiques locales, ainsi que de leur capacité à fournir des informations riches et contextualisées.

Ainsi, les acteurs retenus – malades, tradi-thérapeutes, agents de santé, figures d'autorité coutumière et locale, artisans, cultivateurs, pêcheurs, commerçantes – ont été choisis pour leur position stratégique dans les réseaux de soin et leur connaissance des pratiques liées au *Timantibo*. Au total, 60 entretiens individuels ont été réalisés dans l'arrondissement d'Ahomey-Lokpo Centre, au sein de la commune de Sô-Ava. La taille de l'échantillon a été arrêtée à l'atteinte du seuil de saturation des données, garantissant ainsi la profondeur analytique des matériaux recueillis. La figure ci-dessous illustre la répartition des enquêtés selon le sexe, mettant en évidence une prédominance féminine dans l'échantillon.

**Figure 1 : Répartition des enquêtés selon le sexe**



Source : données de terrain, mars 2024

Cette répartition montre que les femmes représentent près des deux tiers des enquêtés (40 femmes contre 20 hommes), ce qui reflète leur rôle central dans les pratiques de soin et la gestion domestique

de la santé au sein de la communauté tofin, une tendance également observée à l'échelle internationale dans les professions de santé où les femmes sont majoritaires (M. Boniol et al., 2019).

#### **2.4- Techniques de collecte, traitement et analyse des données**

La méthodologie adoptée repose sur une combinaison de techniques qualitatives, articulées autour de la revue documentaire, de l'observation ethnographique et des entretiens semi-directifs. Ces méthodes ont été choisies pour leur capacité à saisir la complexité des pratiques et des représentations liées aux itinéraires thérapeutiques dans un contexte de pluralisme médical. Les outils mobilisés pour la collecte des données sont les suivants :

- une fiche de lecture pour l'analyse des documents secondaires ;
- une grille d'observation pour consigner les interactions, les gestes thérapeutiques et les contextes sociaux de soin ;
- un guide d'entretien semi-directif structuré autour de thématiques clés, permettant de recueillir les récits de malades, de soignants et d'acteurs communautaires.

Le traitement des données a été effectué manuellement. Les matériaux recueillis ont été organisés par thèmes récurrents et centres d'intérêt émergents, en vue de faire ressortir les logiques sociales sous-jacentes aux pratiques de soin.

L'analyse des données repose sur une approche thématique, à la fois descriptive et analytique. Elle vise à identifier les régularités, les ruptures et les tensions dans les discours et les pratiques, tout en les recontextualisant dans leur environnement socioculturel. Cette démarche permet de dégager les rationalités multiples qui orientent les choix thérapeutiques des malades du *timantibo*.

### **3. Résultats**

L'analyse des données empiriques issues des entretiens réalisés à Ahomey-Lokpo Centre permet de dégager plusieurs thématiques centrales autour des représentations, des perceptions et des pratiques liées à la maladie du *timantibo*. Ces résultats mettent en lumière la manière dont les savoirs populaires, les croyances locales et les expériences vécues structurent les itinéraires thérapeutiques dans ce contexte socioculturel spécifique.

#### **3.1. Représentations sociales et savoirs populaires autour du timantibo**

L'analyse des données recueillies à Ahomey-Lokpo Centre met en évidence une pluralité de représentations sociales et de savoirs profanes autour de la maladie localement désignée sous le nom de *timantibo*. Ces savoirs, transmis oralement et ancrés dans les expériences vécues ou observées, constituent une forme de connaissance située, façonnée par les interactions sociales, les récits communautaires et les pratiques quotidiennes.

Le terme *timantibo*, parfois prononcé *titibo*, est unanimement associé à la tomate, en raison de la ressemblance chromatique entre les lésions cutanées et le fruit. Cette étymologie populaire est

confirmée par plusieurs enquêtés : « *Ce n'est que timantibo ou titibo que je connais. Ce nom, à l'entendre, vient de la tomate.* » (P. V., Zem, 55 ans, Tofin, juillet 2024)

La maladie est perçue comme grave, voire mortelle, et suscite une forte charge émotionnelle dans les récits : « *Ah ! C'est le timantibo qui a tué ma fille de 17 ans. C'est une mauvaise maladie. Hummmm !* » (Cultivateur, 55 ans, Tofin, juillet 2024)

Les symptômes sont décrits avec précision : un bouton rouge à bout pointu, accompagné d'interdits alimentaires et comportementaux. Ces prescriptions, fondées sur des savoirs empiriques et des croyances locales, traduisent une rationalité thérapeutique propre à la communauté :

« *Il ne faut pas manger de la tomate, du poisson frais, du haricot, ni s'approcher de la femme. Il ne faut pas aller à l'hôpital pour des injections. Il faut juste prendre des comprimés de pharmacie et d'autres soins.* » (P. V., 55 ans, Tofin, juillet 2024)

La maladie est également investie d'une dimension symbolique forte. Elle est souvent interprétée comme le produit d'une intention malveillante, d'un acte d'envie ou de jalousie : « *On nous dit que cette maladie n'est pas une maladie normale. C'est quand tu es envié que ça vient. Et ça, je dis que c'est de la méchanceté.* » (C. B., Pêcheur, 57 ans, Tofin, juillet 2024)

Toutefois, certains enquêtés adoptent une posture plus pragmatique, attribuant la maladie à des facteurs environnementaux tels que l'humidité du milieu de vie :

« *Je vis dans un milieu humide, je me couche à même le sol. J'ai l'impression qu'un insecte m'a piqué ce jour-là. Moi, je n'ai pas lié ce qui m'arrive là à un envoûtement.* » (D. T., Pêcheur, 51 ans, Tofin, juillet 2024)

D'autres reconnaissent leur ignorance quant aux causes exactes de la maladie, ce qui témoigne d'une incertitude étiologique partagée : « *Je trouve que ce qui cause cette maladie, c'est l'ignorance. Je dis l'ignorance car je ne peux pas dire vraiment ce qui cause ça. Si je le sais, je te le dis.* » (Pêcheur, 65 ans, Tofin, juillet 2024)

Ces récits montrent que le *timantibo* est bien plus qu'une affection cutanée : il constitue un **fait social total**, au sens de Mauss, mobilisant des dimensions corporelles, symboliques, relationnelles et environnementales. Les savoirs populaires qui l'entourent traduisent une logique d'interprétation plurielle, où se mêlent causalités mystiques, observations empiriques et expériences de vulnérabilité.

### 3.2. Symptômes pluriels et expériences corporelles du timantibo

Les récits recueillis à Ahomey-Lokpo Centre révèlent une diversité de manifestations symptomatiques du *timantibo*, traduisant une expérience corporelle complexe et plurielle de la maladie. Loin d'une définition biomédicale univoque, les enquêtés décrivent des signes visibles et ressentis qui s'inscrivent dans une logique d'interprétation locale, mêlant observation empirique, symbolisme et vécu sensoriel.

Le *timantibo* est perçu comme une maladie à plusieurs visages, dont les symptômes varient selon les individus et les contextes. Cette variabilité est soulignée par plusieurs enquêtés, qui évoquent une dynamique évolutive de la maladie, marquée par l'apparition de signes cutanés et de troubles physiologiques :

« Cela se manifeste sous plusieurs formes. C'est une maladie qui peut être dans le corps et qui doit sortir en donnant des signes sur le corps. C'est aussi une maladie qui survient par envoûtement. Toujours est-il que vous avez un symptôme sur la peau accompagné d'une forte fièvre. » (A. K., Pêcheur, 65 ans, Tofin, juillet 2024)

La dimension visuelle du symptôme est centrale : le bouton rouge, souvent comparé à une tomate mûre, constitue un marqueur corporel de la maladie. Il est décrit comme douloureux, envahissant, et porteur d'une charge émotionnelle forte :

« Ah oui. Tu es là seulement et tu constates qu'un abcès apparaît sur ton pied ou sur ton bras. Ce bouton fait tellement mal et c'est rouge comme une tomate mûre par la suite. » (P. V., Conducteur de taxi, 55 ans, Tofin, juillet 2024)

Au-delà du bouton, d'autres signes sont évoqués, traduisant une expérience corporelle plus globale : fièvre intense, dégoût, perte d'appétit, lourdeur et fourmillements dans les jambes. Ces symptômes sont interprétés comme les manifestations internes d'un mal qui cherche à s'extérioriser :

« Cette maladie a plusieurs formes. Toutes se manifestent par une forte fièvre, le dégoût, le manque d'appétit, la lourdeur dans la jambe, les fourmillements dans la jambe. Mais avant il y a apparition d'un bouton jaune soleil quelque part sur la jambe qui te fait très mal. » (D. E., Commerçante, 60 ans, Tofin, juillet 2024)

Ces descriptions montrent que le *timantibo* est vécu comme une maladie à la fois visible et invisible, corporelle et symbolique, dont les symptômes traduisent une souffrance multidimensionnelle. L'image ci-dessous illustre cette réalité:

**Photo 1** : Jambe d'une femme atteinte du « timantibo »



Source : Cliché de terrain, juin 2024

La photo montre, à la **phase inflammatoire ou active**, la jambe d'une femme atteinte du « timantibo », une maladie locale caractérisée par une inflammation marquée. L'abcès visible témoigne de la matérialité du mal et oriente les choix thérapeutiques entre médecine moderne et savoirs traditionnels. Selon l'enquêtée, les soins à base de cendre et de kaolin n'ont pas freiné l'évolution de la lésion. Malgré la démangeaison, elle a évité de percer l'abcès, suivant les conseils d'un ami médecin qui lui a recommandé des antibiotiques. Ce récit illustre une négociation thérapeutique entre savoirs populaires et recours biomédical, dans un contexte d'incertitude et de pragmatisme. Le tableau ci-après présente les symptômes les plus fréquemment évoqués et leur interprétation locale.

Tableau 1 : Symptômes rapportés du timantibo.

Symptômes décrits	Fréquence d'apparition	Interprétation locale
<b>Bouton rouge douloureux</b>	Très fréquent	Envoûtement, tomate
<b>Fièvre intense</b>	Fréquent	Mal intérieur
<b>Lourdeur/fourmillements</b>	Fréquent	Blocage du sang
<b>Perte d'appétit/dégoût</b>	Modéré	Affaiblissement
<b>Abcès éclatés</b>	Cas avancés	Gravité du mal

Source : Données de terrain, mars à juin 2024

### 3.3. Pluralité des trajectoires thérapeutiques et négociations sociales autour du soin

L'analyse des récits recueillis met en lumière une diversité d'itinéraires thérapeutiques empruntés par les personnes atteintes du *timantibo*. Ces trajectoires ne relèvent pas d'un choix individuel autonome, mais s'inscrivent dans des dynamiques sociales, familiales et symboliques complexes, où se négocient les recours aux soins traditionnels, biomédicaux et religieux. La plupart des enquêtés

décrivent une logique de combinaison thérapeutique, articulant médecine moderne et pharmacopée locale. Cette hybridation des soins repose sur des conseils informels, des prescriptions communautaires et des savoirs circulants :

*« Je suis allé à l'hôpital dès le début à cause de la fièvre. À la maison, avec la combinaison des soins et à la suite d'une indication donnée par ma sœur qui est aide-soignante, des conseils et prescriptions des voisins de l'entourage, des amis, j'ai pris des comprimés antibiotiques et des décoctions de tisanes à base de feuilles. »* (A. S., Commerçante, 40 ans, juin 2024)

D'autres trajectoires sont marquées par une forte influence familiale, où les décisions thérapeutiques sont prises collectivement, parfois sans le consentement explicite du malade. Les logiques de soin sont alors guidées par des consultations divinatoires, des sacrifices rituels et des prescriptions traditionnelles :

*« Moi j'ai dit que j'irai à l'hôpital et mes frères ont refusé. Le sort leur révélait que si j'y vais, je mourrais. Ils ont fait un sacrifice sans que je sache. Malgré ça, je n'ai pas eu satisfaction. Mes frères m'apportaient des produits traditionnels en plus des médicaments en comprimés. Je prends tout. Je suis à leur solde. »* (M. F., Cultivateur, 56 ans, juin 2024)

Ces récits illustrent une forme de délégation thérapeutique, où le malade devient l'objet de décisions prises par l'entourage, en fonction de croyances, de ressources disponibles et de rapports de pouvoir intra-familiaux. L'autonomie du patient est souvent limitée, comme le souligne cette enquêtée :

*« On dit souvent que c'est celui qui a de la farine qui est le propriétaire de la pâte. L'itinéraire thérapeutique à suivre est décidé à ton insu par l'entourage. Ils font des réunions à cause de toi. Tu te tais et tu subis. C'est la guérison qui compte. »* (D. C., Commerçante, 36 ans, juin 2024)

Certains enquêtés revendiquent une forme d'auto-traitement, fondée sur l'expérience, les savoirs du voisinage et les références aux guérisseurs : *« Auto-médication moderne et traditionnelle et auto-traitement par la connaissance du voisinage et références aux guérisseurs et aux thérapeutes. »* (P. V., Cultivateur, 55 ans, juin 2024)

D'autres témoignages montrent une préférence marquée pour les soins traditionnels, parfois exclusifs, administrés par des guérisseurs à domicile :

*« Quand mon frère a commencé cette maladie, c'est un tradithérapeute qui l'a pris en charge pour les soins un peu tard. À ce guérisseur, nous n'avons associé aucun autre soignant. »* (V. F., Cultivateur, 56 ans, juin 2024)

La méfiance envers les structures hospitalières est récurrente, nourrie par la peur de l'amputation, les coûts élevés, et les risques liés au déplacement du malade :

« Tout sauf hôpital. On va chez le prêtre ou nous-même on prie, on va trouver ceux qui s'y connaissent en pharmacopée, on fait appel aux guérisseurs qui viennent chez le malade à la maison. » (N. C., Cultivateur, 46 ans, juin 2024)

De manière générale, le tableau suivant propose une synthèse des trajectoires thérapeutiques observées, en mettant en lumière les logiques sociales qui les sous-tendent.

Tableau 2 : Typologie des trajectoires thérapeutiques

Type de trajectoire	Étapes principales	Acteurs impliqués	Motivations sociales
Traditionnelle → Moderne	Tradi-thérapeute → Automédication → Hôpital	Famille, guérisseur, agent de santé	Gravité des symptômes, recherche d'efficacité
Moderne → Traditionnelle	Hôpital → Abandon → Guérisseur	Malade, entourage	Méfiance envers le système biomédical, coût
Mixte simultanée	Antibiotiques + décoctions	Malade, voisins, commerçantes	Pragmatisme, recommandations informelles
Religieuse → Traditionnelle	Prières → Rituels → Tisanes	Prêtre, famille	Croyances mystiques, quête de sens

Source : Données de terrain, mars-juin 2024

Ces trajectoires illustrent un **pluralisme thérapeutique** structuré par des logiques de **confiance**, de **proximité**, de **croissance** et de **pragmatisme**. Elles révèlent également les **inégalités sociales dans l'accès aux soins**, où les choix thérapeutiques sont souvent contraints par les ressources économiques disponibles, les rapports sociaux et les représentations culturelles de la maladie. La photo 2 suivante présente la jambe d'une femme atteinte de la maladie du « timantibo » à un stade très avancé.

**Photo 2 :** Jambe d'une dame atteinte de « timantibo » à une étape très avancée



Source : Cliché de terrain, juin 2024

La photo présente la jambe d'une femme atteinte du « timantibo » à un stade très avancé. L'image témoigne de la gravité de l'évolution de la maladie lorsque les soins tardent ou sont inefficaces. Le gonflement important, les abcès éclatés et les plaies multiples traduisent une phase critique, marquée par la souffrance physique et la complexité des soins. Selon l'enquêtée, une feuille de palme a été nouée sous le genou pour empêcher la propagation du mal vers le haut du corps, révélant une pratique préventive ancrée dans les savoirs traditionnels. Malgré l'usage combiné d'antibiotiques (L-Mesitron, CEFAMOR, Daflon 500 mg, Tracedol) et de remèdes traditionnels, la maladie a continué d'évoluer, illustrant les limites perçues de chaque système thérapeutique pris isolément. Cette image incarne ainsi la tension entre espoir de guérison, incertitude thérapeutique et recours simultané à plusieurs formes de soins.

### **3.4. Logiques sociales, économiques et culturelles dans les choix thérapeutiques**

Les itinéraires thérapeutiques empruntés par les malades du *timantibo* à Ahomey-Lokpo ne relèvent pas de décisions strictement individuelles. Ils s'inscrivent dans un univers de contraintes et de représentations collectives, où les dimensions culturelles, économiques et sociales interagissent pour orienter les choix de soins. Dans ce contexte lacustre et communautaire, les pratiques de santé sont profondément structurées par des logiques de proximité, de confiance, de croyance et de pragmatisme, qui dépassent largement le cadre biomédical.

Les trajectoires thérapeutiques observées traduisent ainsi une négociation permanente entre savoirs locaux et offres médicales formelles, où les décisions sont souvent prises en concertation avec

l'entourage, les figures d'autorité religieuse ou traditionnelle, et les réseaux de voisinage. Ce pluralisme thérapeutique révèle une rationalité sociale propre, fondée sur l'expérience, les récits partagés et les ressources disponibles.

Par ailleurs, ces choix thérapeutiques sont indissociables des contraintes économiques qui pèsent sur les malades et leurs familles. Les coûts élevés des soins biomédicaux, l'absence de couverture mutualiste et les dépenses imprévues constituent autant d'obstacles à l'accès aux soins. Face à ces contraintes, les individus développent des stratégies d'adaptation et mobilisent des formes de solidarité familiale et communautaire pour financer les traitements ou y renoncer temporairement. Le tableau suivant illustre les principaux arbitrages économiques opérés dans les parcours de soin :

Tableau 3 : Contraintes économiques et stratégies de financement

Type de contrainte	Conséquence sur le soin	Stratégie adoptée
Coût élevé des soins biomédicaux	Retard de recours	Automédication, recours à la thérapie traditionnelle
Absence de mutuelle	Endettement	Vente de récoltes, mise en gage de biens
Dépenses imprévues	Abandon de traitement	Aide familiale, dons communautaires

Source : Données de terrain, mars à juin 2024

Ces données mettent en lumière la centralité des ressources économiques dans les parcours thérapeutiques, révélant une gestion sociale de la maladie où les logiques de solidarité jouent un rôle compensatoire face à l'insuffisance des dispositifs de protection sociale. Elles soulignent également les inégalités structurelles dans l'accès aux soins, qui se traduisent par des formes de renoncement thérapeutique, de recours différé ou de bricolage thérapeutique.

### 3.4.1. La culture comme matrice des pratiques de soin

À Ahomey-Lokpo, la culture constitue un principe actif de régulation des comportements de santé. Les pratiques thérapeutiques s'inscrivent dans une continuité historique, où les savoirs ancestraux, les rites de guérison et les prescriptions symboliques façonnent les réponses à la maladie. Le *timantibo*, perçu comme une maladie mystique ou sociale, appelle des réponses enracinées dans les traditions locales. Un enquêté illustre cette logique d'adaptation culturelle par une métaphore évocatrice :

« Si tu arrives dans un pays où tout le monde marche avec la tête, il faut le faire aussi. Mais prends garde de bien te tenir sur ton cou pour ne pas le casser. Parce qu'eux ils en ont l'habitude. Toi aussi tu dois t'entraîner. » (P. V., Cultivateur, 56 ans, juin 2024)

Ce témoignage met en lumière la pression normative exercée par le collectif, où « suivre les usages thérapeutiques locaux » revient à se conformer aux attentes culturelles et sociales du groupe. Le traitement du « timantibo » repose sur des pratiques héritées, valorisées et transmises, telles que les décoctions de plantes, les poudres rituelles, les prières et les sacrifices. Ces soins ne relèvent pas uniquement d'une logique curative : ils sont porteurs d'identité, d'appartenance et de symbolisme. Ils traduisent une vision holistique de la maladie, où le soin est à la fois thérapeutique, communautaire et rituel.

### 3.4.2. Les contraintes économiques : arbitrages, sacrifices et solidarités

Dans un contexte marqué par la précarité, le coût des soins constitue un facteur décisif dans les choix thérapeutiques. La médecine moderne, bien que perçue comme efficace, est souvent jugée inaccessible : « Pour peu de soins, la médecine moderne a déjà l'habitude de prendre beaucoup d'argent chez les patients. » (P. V., 56 ans, juin 2024)

En contraste, la médecine traditionnelle est souvent perçue comme plus accessible, reposant sur des logiques de dons, d'échanges et de solidarité communautaire :

*« Le coût des traitements de la médecine traditionnelle est à la limite gratuite parce qu'on se soutient. Tout le monde veut t'aider en te donnant des recettes acquises par héritage, par savoir-faire ou encore des recettes de grand-mère. » (G. D., cultivateur, 36 ans, juin 2024)*

Toutefois, cette perception d'accessibilité est nuancée par certains témoignages. En effet, lorsque les soins traditionnels impliquent des rituels complexes ou des thérapeutes réputés, les coûts peuvent devenir significatifs :

*« Pour la maladie du timantibo de ma fille, je suis allé très loin dans la médecine traditionnelle mais j'ai dépensé aussi beaucoup pour ma fille. Malgré cela, elle est décédée. » (P. V., conducteur de taxi moto, 56 ans, juin 2024)*

Face à ces dépenses, les familles développent des stratégies de survie pour financer les soins. Ces stratégies incluent le recours à des prêts informels, la mise en gage de terres agricoles ou la vente de récoltes :

*« Les assistances financières, ce sont essentiellement nos champs que nous avons confiés à d'autres personnes pour prendre de l'argent pour deux, trois saisons voire des années. Nous avons fait aussi les récoltes de patates douces que nous avons vendues pour pouvoir faire les soins. » (B. G., cultivateur, 36 ans, juin 2024)*

En complément, la solidarité familiale joue un rôle crucial, notamment à travers les aides envoyées par des proches vivant hors du village : « Les parents qui sont hors du village et qui ont un peu d'argent, nous l'envoient pour le traitement. » (E. T., cultivateur, 46 ans, juin 2024)

Ces récits montrent que le choix thérapeutique est aussi un choix économique contraint, où la guérison se négocie au prix de l'endettement, du sacrifice des ressources agricoles et de la mobilisation des solidarités familiales et communautaires.

### **3.4.3. Les déterminants sociaux : entre solidarité, dépossession et vulnérabilité**

Les décisions thérapeutiques sont rarement prises par les malades eux-mêmes. Elles sont souvent déléguées à l'entourage, en fonction des rapports de pouvoir, de genre et de génération :

« *L'itinéraire thérapeutique à suivre est décidé à ton insu par l'entourage. Ils font des réunions à cause de toi. Ils décident de tout sans t'impliquer. Toi le malade, tu es juste informé. Tu n'as rien et tu veux prendre des décisions... Non, ce n'est pas possible. Dans ces conditions, tu te laisses conduire car ce n'est pas toi qui dépenses. Si tu fais le con, tu vas mourir seulement. Tu te tais et tu subis. C'est la guérison qui compte.* » (D. C., Commerçante, 36 ans, juin 2024)

Ce témoignage met en lumière une forme de délégation thérapeutique contrainte, où le malade devient l'objet de décisions prises par le groupe, souvent sans son consentement. Cette dépossession décisionnelle est renforcée par la précarité économique, l'analphabétisme et la faible autonomie des individus dans les dynamiques familiales. Le cadre de vie, insalubrité, humidité, isolement, constitue également un facteur aggravant, tant dans la survenue de la maladie que dans l'accès aux soins. L'absence d'infrastructures sanitaires adéquates, la méfiance envers les hôpitaux, et la peur de l'amputation renforcent le recours aux soins informels.

Enfin, la solidarité communautaire, entre voisins, amis, parents, constitue une ressource essentielle. Elle permet de mobiliser des savoirs, des soins, des aides financières et des soutiens affectifs, dans une logique de soin partagé. Mais cette solidarité peut aussi enfermer le malade dans des logiques de dépendance, où il n'a d'autre choix que de « se laisser conduire ».

## **4. Timantinbo, rationalités plurielles, contraintes structurelles et sociabilité thérapeutique**

Les résultats de terrain montrent que les malades du *timantinbo* à Ahomey-Lokpo empruntent des trajectoires thérapeutiques marquées par une pluralité de recours : médecine traditionnelle, automédication, prières, rituels, puis biomédecine. Cette diversité ne relève pas d'une confusion, mais d'une rationalité profane, située et pragmatique, fondée sur l'expérience, les croyances et les ressources disponibles. Elle confirme les observations sur le pluralisme médical en Afrique, où les systèmes de soin sont hybrides et socialement négociés (A.L. Fosso 2010 ; B. Yoro 2012).

Le concept d'itinéraire thérapeutique, tel que défini dans les travaux en anthropologie de la santé, permet de saisir les parcours de soin comme des constructions sociales, influencées par les rapports de pouvoir, les normes locales et les logiques de solidarité (O.J.P. De Sardan 1995). Les récits recueillis montrent que les décisions thérapeutiques sont souvent déléguées à l'entourage, dans une

dynamique de soin collectif. Cette délégation, parfois contrainte, limite l'autonomie du malade, comme l'illustrent les témoignages de femmes commerçantes et de cultivateurs.

Les représentations sociales du *timantibo* jouent un rôle structurant dans l'orientation des soins. La maladie est fréquemment interprétée comme le produit d'un envoûtement, d'une jalousie ou d'une intention malveillante. Ces explications étiologiques orientent les malades vers des traitements rituels ou symboliques, parfois au détriment des recours biomédicaux (F. Hane 2023 ; J.-B. Kahindo Mbeva et al. 2021).

Les contraintes structurelles, pauvreté, éloignement des infrastructures sanitaires, coût des soins, agissent comme des filtres dans l'accès aux soins. Les stratégies de survie mobilisées par les familles (vente de récoltes, mise en gage de champs, aides extérieures) témoignent de l'intensité de ces contraintes. Ces obstacles, que certains auteurs qualifient de violence structurelle, renforcent le recours aux soins informels, jugés plus accessibles et culturellement adaptés (P. Farmer 2003 ; V. Ridde 2018).

Les observations cliniques de *timantibo* à un stade avancé, illustrées par les photographies de terrain, rejoignent les constats de B Saka et al. (2011) sur les dermohypodermes en milieu rural africain. Ces formes évolutives sont souvent liées à des retards de prise en charge, eux-mêmes causés par des interprétations étiologiques locales et des contraintes d'accès.

La dynamique de soin révèle une tension entre solidarité communautaire et dépendance thérapeutique. Si l'entraide familiale constitue une ressource essentielle, elle peut aussi enfermer le malade dans des logiques de soumission, où sa parole est minorée. Cette tension est particulièrement visible dans les rapports de genre. Les femmes, très présentes dans les pratiques de soin, jouent un rôle central mais souvent invisibilisé. Le rapport de l'OMS sur l'équité de genre dans les professions de santé (M. Boniol et al. 2019) permet de contextualiser cette forte implication féminine dans les soins informels, tout en soulignant les inégalités persistantes dans leur reconnaissance institutionnelle.

Ces résultats invitent à penser le *timantibo* comme un fait social total, mobilisant des dimensions corporelles, symboliques, économiques et relationnelles. Ils soulignent la nécessité d'une approche intégrée de la santé, attentive aux logiques locales de soin, aux savoirs situés et aux dynamiques sociales qui structurent les parcours thérapeutiques.

## Conclusion

Cette étude, inscrite en anthropologie médicale, analyse les trajectoires thérapeutiques des malades du *timantibo* à Ahomey-Lokpo (Sô-Ava). En croisant les données de terrain avec les apports théoriques de la sociologie et de l'anthropologie de la santé, elle met en lumière la complexité des recours aux soins dans un contexte marqué par le pluralisme médical, la précarité et une forte normativité communautaire.

Les résultats montrent que les choix thérapeutiques relèvent d'une construction sociale influencée par les représentations culturelles de la maladie, les contraintes économiques et les rapports familiaux. Le *timantibo*, perçu comme à la fois corporel et mystique, mobilise des soins pluriels : médecine traditionnelle, automédication, prières et biomédecine. Cette diversité traduit une rationalité profane, située et pragmatique, inscrite dans une sociabilité communautaire.

Les inégalités structurelles – éloignement des soins, coût élevé, faible couverture médicale – renforcent le recours aux pratiques informelles, souvent jugées plus accessibles et culturellement légitimes. Ces dynamiques illustrent ce que Paul Farmer appelle la violence structurelle. Sur le plan théorique, l'étude confirme la pertinence du concept d'itinéraire thérapeutique et du cadre proposé par Kleinman (1980) pour penser les interactions entre les sphères populaire, folk et professionnelle. Malgré ses limites méthodologiques, enquête localisée et absence d'observation directe des soins, cette recherche ouvre des pistes : explorer les collaborations entre médecines traditionnelles et biomédicales, reconnaître les savoirs locaux, et comparer les logiques de soin dans d'autres contextes. En définitive, elle invite à repenser les politiques de santé publique à partir des pratiques réelles des populations, en valorisant les savoirs situés et les dynamiques communautaires de soin.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALIX Nicolas, 2022, « L'économie sociale et solidaire et les communs : les tendances à l'œuvre et les enjeux d'une coopération », in : *L'économie sociale et solidaire et État*, Institut de la gestion publique et du développement économique (IGPDE), pp. 43–61. URL : <https://books.openedition.org/igpde/4836>

BERNARD Philippe, BÉDANE Christophe, MOUNIER Marcelle, DENIS François et BONNET BLANC Jean-Marie, 1995, « Dermohypodermes bactériennes de l'adulte : incidence et place de l'étiologie streptococcique », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 122, N°8, pp. 495–500.

BERNARD Philippe, BÉDANE Christophe, MOUNIER Marcelle, DENIS François et BONNET BLANC Jean-Marie, 1989, « Streptocoque cause de l'érysipèle et de la cellulite chez l'adulte », *Archives of Dermatology*, Volume 125, N°6, pp. 779–782.

BLUM Claude-Luc, MENZINGER Stéphane et GENNÉ Daniel, 2013, « Erysipèle : manifestations cliniques et prise en charge », *Revue Médicale Suisse*, N°401.

BONIOL Mathieu, MCISAAC Michelle, XU Lihui, WULIJI Tana, DIALLO Khassoum et CAMPBELL Jim, 2019, *Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries*, Genève : OMS.

BRÉHAUX Karine et al., 2023, « *Anthropologie de la santé* », In : *UE 1 en 150 cartes mentales*, Vuibert, Paris.

CHARTIER Christian, GROSSHANS Édouard, 1990, « Dermohypodermes bactériennes », *EMC-Dermatologie*, Volume 29, N°7, pp. 459–467.

DE SARDAN Olivier Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement : Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : Karthala, Collection Hommes et Sociétés, 221 p. ISBN : 9782865375899. URL: <https://www.fnac.com/a219827/Jean-Pierre-Olivier-De-Sardan-Anthropologie-et-developpement>

DIATTA Boubacar et al., 2015, « Facteurs de risques associés à l'érysipèle de jambe en Afrique subsaharienne : étude multicentrique cas-témoins », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 142, N°9, pp. 633–638.

FARMER Paul, 2003, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press, 402 p. ISBN: 9780520243262. URL : <https://www.ucpress.edu/book/9780520243262/pathologies-of-power>

FOSSO André-Léonard, 2010, « Typologie du pluralisme et butinage médical au Cameroun », *Anthropologie & Santé*, N°1. URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/104>

HALI Fouzia, BELANOUEANE Soukaina, ZAROUALI OUARITI Khadija, SODQI Mohamed et CHIHEB Soumiya, 2021, « Erysipelas of the leg: A cross-sectional study of risk factors for recurrence », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, Volume 149, N°2, pp. 119–122.

HANE Fallou, 2023, Représentations de la maladie et santé publique en Afrique de l'Ouest, Mémoire de Master, Université Assane Seck de Ziguinchor.

KAHINDO MBEVA Jean-Bosco, MITANGALA NDEBA Prudence, TSONGO MUSUBAO Edgar, NZANZU Mahamba, NAMEGABE Ntabe Edmond, KIMANUKA Célestin, LAMBERT Hélène et PORIGNON Denis, 2021, « Itinéraire thérapeutique du patient en milieu urbain africain : Cas de la ville de Goma à l'est de la RD Congo », *International Journal of Innovation and Scientific Research*, Volume 53, N°1, pp. 85–97. URL : <https://ijisr.issr-journals.org/abstract.php?article=IJISR-21-000-02>

KOUECHTOME Leslie, LEMOUOGOUE Joséphine et YEMMAFOUO Aristide, 2023, « Offre de soins et itinéraires thérapeutiques dans la ville de Bafoussam, Ouest Cameroun », *Revue ACAREF*. URL : <https://revues.acaref.net/wp-content/uploads/sites/3/2023/03/18-Leslie-KOUECHTOME.pdf>

MOUKOKO KIBAMBA Cyrile-Daniel et MANTSOUNGA Franck, 2023, « Les enjeux de la protection des droits économiques, sociaux et culturels », in : *Le franc CFA, les droits de l'homme et le droit pénal international : le miroir africain*, Éditions Francophones Universitaires d'Afrique (EFUA), Lomé, Collection Thèse/Synthèse, Volume 2, N°7, pp. 45–58. URL : <https://edition-efua.acaref.net/le-franc-cfa-les-droits-de-lhomme-et-le-droit-penal-international-le-miroir-africain/>

MOUKOKO KIBAMBA Cyrile-Daniel et MANTSOUNGA Franck, 2023, « *Les enjeux de la protection des droits économiques, sociaux et culturels* », Éditions EFUA.

PIGEON-GAGNÉ Émilie, 2022, « *Itinéraires thérapeutiques et accès aux soins en santé mentale : une ethnographie au Burkina Faso* », *Revue Santé Publique*, Volume 34, N°2, pp. 299–307.

PITCHE Kodjo, TCHANGAI WALLA Komlan, 1997, « Les érysipèles de jambe en milieu hospitalier à Lomé (Togo) », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Volume 90, N°3, pp. 189–191.

RIDDE Valéry, 2018, « L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest », *Études africaines*, OpenEdition. URL : <https://journals.openedition.org/etudesafricaines/1023>

SAKA Brahim, KOMBATÉ Kossivi, MOUHARI-TOURÉ Aissatou, AKAKPO Simplicite, BOUKARI Tchaa et PITCHE Kodjo, 2011, « Dermo-hypodermes bactériennes et fasciites nécrosantes : 104 observations au Togo », *Médecine Tropicale*, Volume 71, N°2, pp. 162–164.

SENOU Barthélémy Mahugnon, 2002, *Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au Sud-Bénin*, Mémoire de DEA, Université de Cocody-Abidjan, Département de Biologie et Médecine.

Disponible en ligne : <https://www.memoireonline.com/04/08/1008/determinants-itineraire-therapeutique-sud-benin.html>.

SILJANDER Tuula, KARPPÉLIN Matti, VÄHÄKUOPUS Susanna, SYRJÄNEN Jaana, TOROPAINEN Maija, KERE Juha et al., 1993, « Acute Bacterial, Nonnecrotizing Cellulitis in Finland: Microbiological Findings », *Clinical Infectious Diseases*, Volume 46, N°6, pp. 855–861.

STEVENS Dennis L., BISNO Alan L., CHAMBERS Henry F., EVERETT E. Dale, DELLINGER Patchen, GOLDSTEIN Ellie JC et al., 2015, « Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections », *Clinical Infectious Diseases*, Volume 41, N°10, pp. 1373–1406.

YORO Bintou, 2012, « Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien », *Recherches qualitatives*, Volume 31, N°1, pp. 47–61. URL : <https://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/volume31no1/yorobintou.html>