



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

"ESPACES, CULTURES ET DEVELOPPEMENT" (EDP)

FILIERE : SOCIOLOGIE – ANTHROPOLOGIE

SPECIALITE : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

SUJET

Polytraitement de l'hypertension artérielle chez la
personne âgée sous influence des représentations
sociales de la maladie en milieu *Ayíẓõ* d'Abomey-calavi

Présenté et soutenu par :

Pascal SALAN

Sous la direction de :

Professeur Albert TINGBE-AZALOU

Professeur Titulaire du CAMES

ANNEE ACADEMIQUE: 2015-2016

SOMMAIRE

Introduction	1
Première partie: Fondements théorique et méthodologique de la recherche.....	5
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche	6
Chapitre 2 : Approche méthodologique.....	31
Deuxième partie: Profil épidémiologique et Contexte sanitaire de la commune d'Abomey-Calavi	43
Chapitre 3 : Eléments de monographie sur l'hypertension et Contexte sanitaire de la commune d'Abomey- Calavi	44
Chapitre 4 : Représentation de la maladie et de la santé en milieu Ayízõ d'Abomey- Calavi.....	56
Troisième partie: Construction sociale du Polytraitement de l'hypertension artérielle.....	61
Chapitre 5 : Construction sociale de l'hypertension artérielle	62
Chapitre 6 : Multi soins de l'HTA chez la personne âgée.....	81
DISCUSSION	101
CONCLUSION	105
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	108
ANNEXES	115
TABLE DES MATIERES	118

LISTE DES SIGLES

AVC	: Accidents Vasculaires Cérébraux
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CNHU	: Centre National Hospitalier et Universitaire
CSC	: Centre(s) de Santé de Commune
CSA	: Centres de Santé d'Arrondissement
COGECS	: Comité de Gestion des Centres de Santé
DDS	: Direction Départementale de la Santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
HBM	: Health Belief Model
HTA	: Hypertension Artérielle
HZ	: Hôpital de Zone
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MNT	: Maladies Non Transmissibles
MT	: Médecine Traditionnelle
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PAD	: Pression Artérielle Diastolique
PAS	: Pression Artérielle Systolique
PDC	: Plan de Développement Communal
PED	: Pays En Développement
PNLMNT	: Programme National de Lutte contre les Maladies Non transmissibles
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
UA	: Union Africaine
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UVS	: Unités Villageoises de Santé

DEDICACE

Cette recherche est dédiée à :

- mes géniteurs et à tous ceux qui me sont chers ;
- mon épouse Olou A. Blandine ;
- mon fils Salan David Nobel.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de :

- ✚ Professeur Albert Tingbe-Azalou, mon directeur de mémoire, pour la possibilité qu'il m'a offerte de bénéficier de son encadrement scientifique;
- ✚ Dr. Coovi Raymond Assogba, Enseignant- chercheur au Département de sociologie-anthropologie (DS-A) de l'Université d'Abomey-Calavi qui m'a entretenu à maintes reprises sur la démarche méthodologique en sciences sociales ;
- ✚ tous les Enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire (EDP)/ FLASH et en particulier ceux de la filière sociologie-anthropologie option sociologie du développement ;
- ✚ Dr. Pierre Codjo Méliho, pour les critiques et remarques pertinentes sur le travail ;
- ✚ les aînés et amis sociologues, pour leur contribution intellectuelle et fraternelle ;
- ✚ sœurs petites servantes des pauvres de Tokan qui ont ouvert grandement la porte de leur pensionnat ;
- ✚ informateurs qui ont fait montre de disponibilité à fournir les informations nécessaires à la réalisation de ce travail ;
- ✚ guides et interprètes qui ont facilité la collecte des données du terrain.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Effectif des informateurs par catégorie d'acteurs et du mode d'administration des outils	34
Tableau II: Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillis.....	116
Tableau III: Chronogramme de la recherche.....	117
Tableau IV : Evolution de l'hypertension artérielle au cours des trois dernières années dans les aires de santé de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.....	48
Tableau V: Tableau illustratif de la perception de l'entité maladie (Echantillon 60).....	57
Tableau VI: Identification des signes caractéristiques de l'HTA (Echantillon 52)	63
Tableau VII: Description des différentes expressions de l'hypertension artérielle chez les <i>Ayízǎ</i>	66
Tableau VIII: Tableau illustratif des causes de l'HTA (Echantillon 52).....	68
Tableau IX: Tableau illustratif des différentes intentions de recours thérapeutiques (Echantillon 43).....	85
Tableau X : Ressources naturelles ayant des propriétés antihypertensives.....	90

LISTES DES CARTES ET GRAPHIQUES

Figure 1: Schéma illustratif du modèle théorique d'analyse	29
Figure 2: Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.....	51
Figure 3: Causes psychosociales de la tension (52 enquêtés).....	72
Figure 4: Perception étiologique de l'HTA en fonction des symptômes	77
Figure 5: Cheminements thérapeutiques des patients	82

LISTE DES PHOTOS

Photo 1:Koklosu ðen Kpaca (Feuille de l'Heliotropium)	91
Photo 2:Aðakpla ðo (Racine de Gardenia).....	91
Photo 3:Aza goto (Ecorce de Daniellia Olivera)	92
Photo 4:Avoca mǎn (Feuille de Persea americana)	92
Photo 5:Azosi bo asá (Feuille de Schrankia)	92
Photo 6:Aglala (Feuille de Lippia)	92
Photo 7: Noix de cola rouge à quatre quartiers (vi).....	93
Photo 8: Cauris (à gauche femelle et à droite mâle)	93

RESUME

L'hypertension artérielle figure au rang des maladies chroniques non contagieuses. Ces dernières provoquent chaque année 35 millions de décès, soit 63 % de l'ensemble des décès dans le monde; 80 % de ces décès surviennent dans des pays à revenu faible. La présente recherche répond à la question de savoir quelles sont les pratiques thérapeutiques mises en œuvre sous l'influence des représentations sociales de la maladie. Elle vise à explorer l'articulation entre les représentations de l'hypertension artérielle (HTA) partagées par les membres du groupe socioculturel Ayíẓ̄ de la Commune d'Abomey-Calavi et le parcours thérapeutique du malade.

La recherche est de nature qualitative impliquant une soixantaine d'informateurs intervenant dans la demande et l'offre thérapeutique de l'hypertension artérielle qui ont été sélectionnés par la méthode de choix raisonné. Ainsi, elle s'inscrit dans l'approche de l'ordre négocié des maladies chroniques (Baszanger, 1986) et la théorie de l'acteur rationnel (Weber, 1964).

Les résultats obtenus mettent en exergue trois pôles de connaissance. L'identification de l'hypertension artérielle se base plus sur les manifestations corporelles qu'éprouvent les personnes hypertendues contrairement au mesurage de la pression sanguine par un tensiomètre sur une base régulière. Le vocabulaire Ayíẓ̄ contient plusieurs expressions pour désigner l'hypertension artérielle. Une combinaison de quatre comportements thérapeutiques complémentaires ou contradictoires est pratiquée pour traiter l'HTA.

On retient que le polytraitement révèle une démarche de la réponse locale à l'hypertension artérielle.

Mots clés: représentations, comportement thérapeutique, polytraitement, manifestations corporelles.

ABSTRACT

This research aims to understand the relationship between the representations of high blood pressure (hypertension) shared by members of the sociocultural group Ayíẓ̄ of the Commune of Abomey-Calavi and therapeutic path of the patient. It answers the question of what are the therapeutic practices implemented under the influence of social representations of the disease.

The research is qualitative involving sixty informants involved in the application and the treatment of hypertension offering. Thus, it is part of the approach of the order negotiated chronic disease (Baszanger, 1986) and the theory of rational actor (Weber, 1964).

The results highlight three areas of knowledge. The identification of high blood pressure is based more on tangible manifestations experienced by people with hypertension in contrast to measuring blood pressure on a regular basis. The vocabulary Ayíẓ̄ contains several terms to describe high blood pressure. A combination of four complementary or contradictory behavior therapy is performed to treat hypertension.

We retain the polytraitement reveals a process of local response to high blood pressure.

Key words: representations, behavior therapy, polytraitement, bodily manifestations.

Introduction

Les sociétés traversent une transition épidémiologique sans précédent où les maladies non transmissibles tendent à prendre le pas sur les maladies infectieuses (Salem et Lang, 1993: 29). La charge mondiale des maladies non transmissibles continue d'augmenter. Elle remet en cause le développement social et économique dans le monde entier et compromet la réalisation des objectifs de développement arrêtés sur le plan international. Ces maladies aggravent la pauvreté, qui elle-même contribue à l'accroissement de leur taux tout en créant une menace pour la santé publique.

Les réduire est l'un des grands défis pour le développement au XXI^e siècle. C'est à juste titre que la Réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations-Unies¹, sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, a déclaré : « les maladies non transmissibles essentiellement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète-sont la principale cause de décès dans le monde. Elles sont responsables de plus de 36 millions de décès chaque année (63 % de l'ensemble des décès), dont 9 millions avant l'âge de 60 ans. Plus de 90 % de ces décès prématurés dus aux maladies non transmissibles se produisent dans les pays en développement, et pourraient en grande partie être évités » (ONU, 2011 :2). En effet, deux tendances actuelles ont conduit à l'organisation de cette réunion de haut niveau. D'abord, la prise de conscience croissante au niveau international du fait que les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles réduisent la productivité, freinent la croissance économique et représentent un défi social majeur dans la plupart des pays. Ensuite, les données factuelles attestant clairement que les interventions les plus efficaces pour réduire le fardeau des décès prématurés dus aux maladies non transmissibles sont des solutions valables qui représentent un excellent investissement économique, y compris dans les pays les plus pauvres.

¹ Il s'agit de la "Réunion de haut niveau" qui s'est tenue les 19 et 20 septembre 2011 à New York

Ainsi, depuis cette Déclaration Politique issue de la réunion de haut niveau, les chefs d'État et de Gouvernement ont reconnu le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale. Ils se sont engagés, selon le cas, à promouvoir, instaurer ou soutenir et renforcer, d'ici 2013, des politiques et plans multisectoriels nationaux visant à prévenir et à maîtriser les maladies non transmissibles. Cette réunion de haut niveau a été renforcée en juillet 2012 par le premier rapport intitulé « *Réaliser l'avenir que nous voulons pour tous* » de l'équipe spéciale des Nations-Unies chargée du programme de développement pour l'après 2015 qui a fait des maladies non transmissibles l'une des priorités du développement social (ONU, 2012).

Cette préoccupation a fait l'objet de plusieurs réflexions au niveau des institutions continentales et dans le monde scientifique. En effet, l'ampleur de l'hypertension a sensiblement augmenté au cours des deux ou trois dernières décennies et varie de 31 à 50 % (UA, 2013). Plus de 40 % des adultes souffrent du phénomène de tension artérielle élevée. En 2000, environ 80 millions d'adultes souffraient d'hypertension en Afrique subsaharienne et les prévisions fondées sur les données épidémiologiques actuelles suggèrent que le nombre atteindra 150 millions à 2025 (UA, 2013). Dans ce même d'ordre d'idée, le Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010 de l'OMS, affirme que la prévalence générale de l'hypertension artérielle chez les adultes âgés de 25 ans et plus était d'environ 40 % en 2008, ces taux étant plus élevés dans les pays à faible revenu (OMS, 2010). Aussi, l'hypertension artérielle nourrit-elle les débats contemporains du fait de l'évolution vertigineuse de sa prévalence dans les pays pauvres.

Pour l'heure, il est difficile d'obtenir des données précises sur la prévalence de ces maladies dans la plupart des pays africains (Fézan et al., 2008). L'organisation de deux colloques internationaux à la Faculté des Sciences de Santé de Cotonou au Bénin et à l'Université Catholique d'Afrique Centrale sur les « *maladies chroniques en Afrique* » respectivement en 2014 et en 2015 en est une preuve. Pendant que les échanges du premier ont porté sur les stratégies d'enseignement/formation, de

recherche et d'actions pour vaincre la silencieuse épidémie des maladies non transmissibles et autres maladies émergentes en Afrique, les réflexions du second sont relatives au rôle des représentations, sociales et individuelles dans l'accès aux soins et la problématique du pluralisme médical.

Les différentes réflexions de ces deux colloques tiennent lieu d'appel à la conscience internationale, continentale et scientifique et donnent les orientations sur les effets néfastes liés aux maladies chroniques dans une perspective de santé publique n'occultant pas l'apport des sciences humaines et sociales. Dans tous les cas, ce qu'il faut retenir des échanges discutés, c'est le nombre important des travaux de la biomédecine sur ceux des sciences sociales de ces maladies. Les conclusions ont bien mis en évidence cette dimension de la question et voudraient qu'on en discute assez à présent.

La République du Bénin, Etat situé en Afrique de l'Ouest, n'est pas aussi épargnée de l'émergence des maladies non transmissibles. L'alcoolisme, le tabagisme et les toxicomanies favorisent la survenue de maladies telles la cirrhose hépatique, l'hypertension artérielle, les cancers et les démences, pathologies en hausse au Bénin (Ministère de la Santé, 2013). L'hypertension artérielle² figure au nombre des affections rencontrées en consultations et en hospitalisation. L'incidence globale du pays est de 4,6 pour 1000 habitants et une létalité de 4,0 pour 1000 habitants (Ibid). En outre, les formations sanitaires de la commune d'Abomey-Calavi ont enregistré en 2013 trois mille deux cent quatre-vingt et un (3281) cas d'hypertension artérielle déclarés (Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, 2013).

En approfondissant le regard des institutions internationales on découvre avec l'Organisation des Nations-Unies que dans beaucoup de pays à faible revenu, l'accent des soins est mis d'abord sur l'hôpital. Dans le cas des maladies cardiovasculaires et du diabète, une forte proportion des personnes à grand risque restent non diagnostiquées et même celles qui l'ont été ont un accès insuffisant aux soins

2 « Nous » considérons, tout au long du présent travail, l'hypertension artérielle comme une affection et non comme un facteur de risque des maladies non transmissible. Voir à cet égard les travaux de Salem, Lang (1993).

essentiels de santé primaire pour éviter les complications (ONU, 2011). Cette posture indique l'importance des soins appropriés pour réduire les complications, les infirmités et la mort prématurée des personnes atteintes de maladies non transmissibles. Mais ces soins sont absents ou insuffisants en de nombreux endroits et l'accès aux technologies essentielles et aux médicaments salutaires est limité dans la commune d'Abomey-Calavi privant ainsi la population du meilleur état de santé. La santé étant l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale (OMS, 2011). Or, la représentation que va développer une personne de sa maladie lui permet d'assimiler une réalité et de la faire sienne. La façon dont elle va traiter sa maladie a un lien avec son histoire, ses connaissances, son vécu et sa culture propre.

Ce sont là quelques préoccupations importantes qui justifient la raison d'être de cette recherche dont le sujet est : *“Polytraitement de l'hypertension artérielle chez la personne âgée sous influence des représentations sociales de la maladie en milieu Ayíẓ̄ d'Abomey-calavi”*. S'inscrivant alors dans le postulat que tout épisode pathologique doit nécessairement faire l'objet d'un acte thérapeutique, la présente recherche a essayé d'appréhender l'influence des représentations, des savoirs et des expériences de la maladie sur les pratiques de soins relatives à l'hypertension artérielle de la personne âgée et ce, dans la perspective de “l'ordre négocié” et de la théorie de “l'acteur rationnel”.

Dans les développements qui suivent, les fondements théorique et méthodologique de la recherche constituent le premier axe de ce travail de recherche. Puis le second axe aborde le profil épidémiologique et le contexte sanitaire de la commune d'Abomey-Calavi. Enfin le troisième axe présente la construction sociale de l'hypertension artérielle en milieu Ayíẓ̄ et analyse des différentes thérapies et les comportements qui sous tendent le polytraitement de l'hypertension artérielle milieu Ayíẓ̄.

Première partie

Fondements théorique et méthodologique de la recherche

Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche

1-1 Problématique : L'hypertension artérielle en débat dans les sciences sociales

Trois traditions scientifiques particulières sont à l'origine de l'anthropologie : l'intérêt de l'ethnographie traditionnelle pour les médecines dites primitives ; les travaux sur la personnalité et la culture (Foster, 1974). Ces trois traditions scientifiques ont contribué à la constitution d'un corpus de connaissances se rapportant à la santé et la maladie dans des contextes transculturels qui élargissent les conceptions bio-médicales de la maladie. Ces conceptions élargies de la santé exigent aux praticiens de la médecine occidentale une définition plus compréhensive de la santé et des démarches thérapeutiques qui tiennent compte du contexte socio-culturel.

Cette tendance a été soutenue par les travaux de Kleinman à la fin des années 1970 qui ont montré que, contrairement aux approches médicales et biologiques, ce sont des systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie (Benoist, 2002). Pour cet auteur, le simple fait de nommer la maladie, de faire entrer la plainte dans une catégorie culturellement définie fait partie intégrante du processus menant à la guérison. Par exemple, chez les *Navajos* du Sud-Ouest américain, la personne qui consulte un guérisseur pour connaître la cause de sa maladie et la cérémonie nécessaire pour y remédier se sentira mieux même si elle n'a pas les moyens de payer pour l'organisation de la cérémonie (Kleinman, 1980).

Augé (1986) envisage à la suite de Kleinman que « *la maladie constitue une "forme élémentaire de l'événement"*, comme la naissance et la mort, en ce sens qu'il s'agit d'un événement biologique individuel qui s'inscrit sur le corps d'un individu mais dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale » (Augé, 1986 : 84). De ce point de vue, ce que disent aujourd'hui les sciences sociales telles que l'anthropologie, la sociologie et la

psychologie, c'est que la réalité de la maladie et de la santé déborde largement le cadre des savoirs médicaux, le biologique est également social (Herzlich, 1969).

S'inspirant des approches de l'anthropologie de la maladie telles que présentées par ces auteurs, mon approche du polytraitement de l'hypertension artérielle comme base théorique de cette recherche repose sur les travaux de différents auteurs qui ont abordé les concepts de "représentation sociale, traitement, et influence" et sur les éléments de constat.

Le concept de représentations sociales tient son origine de la sociologie Durkheimienne (1868) portant sur la notion de représentation individuelle et collective. Celle-ci a été reprise par Moscovici (1961) qui a replacé le concept de représentations sociales dans un cadre théorique, cohérent et structuré qui a nourri différents courants de recherche. Cette théorie des représentations sociales pose le postulat selon lequel : il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu (ou du groupe). Le sujet et l'objet ne sont pas foncièrement distincts (Moscovici, 1968, cité par Abric, 1994). Ici, l'individu ou le groupe va s'approprier la réalité et la reconstruire dans un système symbolique amenant l'idée qu'il n'existerait pas de réalité « objective » puisque celle-ci est représentée. Pour Jodelet, une représentation comporte « *une part de reconstruction, d'interprétation de l'objet et d'expression du sujet ...* » (Jodelet, 1989 : 37).

Young (1982) propose que la maladie en tant que phénomène social (*sickness*) soit considérée comme un processus pour socialiser le *disease* et le *illness*. Le concept de la maladie devrait incorporer le processus d'attribuer des significations socialement reconnues telles que les croyances des patients, les significations culturelles, les symptômes et les événements socialement significatifs dans la production de la maladie identifiée par les patients.

L'homme utilise des représentations pour comprendre et gérer les informations. Il simplifie les données, se les approprie pour comprendre, retenir et vivre avec sa maladie. « *C'est cette mise en lien d'un sujet et d'un objet (chose, idée, évènement...) chacun possédant des caractéristiques propres, qui influencera un type de rapport, de décision, d'action dans une situation donnée.* » (Moscovici, 1998: 362).

Etymologiquement, le mot influence vient du latin médiéval “*influens*” qui signifie pénétrer, se glisser, s'insinuer, se répandre. Au sens large, l'influence concerne toute forme d'action jouant un rôle déterminant dans le comportement d'autrui. Katz et Lazarsfeld (1955) ont montré que les contacts personnels informels étaient mentionnés beaucoup plus souvent que l'exposition à la radio ou un journal en tant que sources d'influence sur le comportement³.

Le traitement renvoie à la manière de conduire une maladie, à l'effet soit de la guérir, soit d'en diminuer le danger, soit de calmer les souffrances qu'elle cause, soit d'atténuer ou de dissiper les suites qu'elle peut entraîner. En ce sens, le traitement a valeur de guérison et le concept de guérison est très fréquent dans la littérature anthropologique. Mais, il fait rarement l'objet d'une définition unanime. On ne trouve d'ailleurs pas d'entrée pour le mot « guérison » dans le *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* de Bonte et Izard (2004). On ne peut pas non plus aborder ce concept sans évoquer celui de la guérison. On ne peut guère parler de guérison sans parler de maladie, de blessure, d'atteinte à l'intégrité du corps ou de souffrance physique ou morale.

La guérison, comme la souffrance, peut avoir une dimension physique et une dimension morale. On ne s'étonnera donc pas que le concept de guérison se retrouve à la charnière entre anthropologie médicale et anthropologie religieuse et qu'on le retrouve autant chez des auteurs qui s'intéressent aux phénomènes médicaux qu'aux

3 Selon ces auteurs, le comportement électoral est plus influencé par le contact personnel que les mass médias.

phénomènes spirituels, et parfois aux deux (Bourdon, 2007). On considère aujourd'hui que « toutes les formes de guérison, que ce soit les traitements biomédicaux modernes, la phytothérapie, la guérison spirituelle ou la médecine chinoise, comportent des éléments symboliques et non symboliques » (Csordas et Kleinman, 1996 : 3). L'anthropologue médical Hahn (1995) a montré qu'à toutes les époques et partout dans le monde, la souffrance et la guérison sont des préoccupations de première importance. Les façons de concevoir la maladie et les réponses qui lui sont données varient toutefois grandement d'une époque et d'une culture à l'autre, et même d'une sous-culture à l'autre.

C'est dans cette perspective que le sujet de la présente recherche est intitulé « *Polytraitement de l'hypertension artérielle chez la personne âgée sous influence des représentations sociales de la maladie en milieu Ayíẓ̃ d'Abomey-Calavi* ». Il s'agit de porter un regard anthropologique sur les maladies chroniques. Les recherches des sciences sociales et de psychologie clinique sur les maladies chroniques ont débuté concrètement dans les années 1960, avant de se développer davantage à partir des années 1980. Mais, les maladies chroniques ont toujours existé partout dans le monde et ce n'est qu'en 1947 que le terme de *Chronic Illness* est référé pour la première fois dans un dictionnaire médical, le *Index medicus*⁴, en Grande-Bretagne (Deschamps, 2007).

Selon Knowles (1977) les comportements irresponsables vis-à-vis de la cigarette, de l'alcool, le comportement automobile, les excès alimentaires et sexuels sont autant de "mauvaises" pratiques qui, pour lui, peuvent conduire aux maladies, essentiellement chroniques, et aux handicaps durables. L'urbanisation (des suites de l'augmentation de l'exode rural), l'industrialisation (des suites de la réduction des activités agricoles due à l'augmentation des activités manufacturières dans les pays) sont autant d'éléments qui engendrent les maladies chroniques (OMS, 2015).

4 L'index Medicus (IM) était un index bibliographique complet des articles de journal scientifique se concentrant sur des domaines des sciences médicales, édité à partir de 1879 à 2004

Trois des principaux facteurs de risque associés aux maladies chroniques (un régime alimentaire déséquilibré, le manque d'activité physique et le tabagisme) sont liés aux habitudes de vie. La prévalence de ces facteurs de risque s'accroît au fur et à mesure qu'augmente la teneur des régimes alimentaires en matières grasses et en sucres, ainsi que la sédentarisation des activités professionnelles et des conditions de vie. Aussi, une augmentation de la promotion et des ventes de produits à base de tabac dans les pays à faible revenu et à revenu moyen s'est-elle également traduite par une intensification de l'exposition aux risques associés au tabagisme dans les pays en développement (OMS, 2013). En un mot, l'obésité, alcoolisme et le tabagisme exposent les populations aux maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) dont l'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle, pratiquement inconnu dans les sociétés africaines, sévit ces dernières années dans les populations africaines en général (Koaté, 1978) et béninoises en particulier. Entre 2003 et 2009, la prévalence de l'HTA était de 19,3 % en Érythrée et 39,6 % aux Seychelles (OMS, 2009). Au Bénin l'évolution du phénomène de la tension artérielle élevée laisse à désirer. En 2008 la prévalence nationale de l'HTA a été estimée à 27,5% (Ministère de la Santé, 2008). Elle était de 32,02% chez les travailleurs du Ministère de la Santé en 2012. A Abomey-Calavi, bien que la prévalence de l'HTA ne soit pas clairement documentée, la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sôa-Ava a recensé 6761 cas en 2013 dans les structures sanitaires publiques de premier contact. Ce nombre de cas d'hypertension artérielle déclaré en une année est la preuve que cette affection constitue un réel problème de santé publique dans la commune.

Dans le groupe socio-culturel *Ayíẓ̄* d'Abomey-Calavi concerné par la présente recherche, les moyens que la population utilise pour interpréter la maladie, la guérir

et la prévenir vont au-delà de la référence à une stricte logique médicale. Selon les déclarations d'un spécialiste de la médecine traditionnelle, lors des recherches empiriques, « *la majorité des personnes hypertendues et diabétiques qui sollicitent mes services sont d'abord diagnostiquées puis traitées dans un centre de santé* »⁵. Comme l'ont fait remarquer Herzlich et Pierret: « *L'attitude du malade obéit à une logique propre, irréductible à celle des professionnels mais à laquelle il n'y a pas lieu de refuser sa rationalité.* » (Herzlich et Pierret, 1984 : 250).

Cet état de fait amène à rechercher l'influence des représentations sociales de la maladie sur la prise en charge de l'hypertension artérielle affectant la personne âgée. C'est pour analyser en profondeur cette préoccupation, que la question de recherche suivante a été formulée : Quelles sont les représentations sociales de la maladie et leur influence sur le traitement de l'hypertension artérielle en milieu *Ayíz̄* de la commune d'Abomey-Calavi?

C'est à cette question que la présente recherche tente de répondre, par une enquête de terrain, après une formulation des hypothèses, des objectifs et une revue de littérature relative au sujet.

1-1.1 Hypothèses

HS1: La désintégration des savoirs sur la maladie participent à la construction des représentations de l'hypertension artérielle en milieu *Ayíz̄*.

HS2 : L'hypertension artérielle est diversement appréciée entre la perception sociale des *Ayíz̄* et l'approche biomédicale.

HS3 : La pluralité des causes de l'hypertension artérielle et la quête du meilleur état de santé chez les *Ayíz̄* contraignent les hypertendus aux soins multiples de nature complémentaire et contradictoire.

Ces trois hypothèses sont liées aux objectifs qui suivent.

⁵ Propos d'un tradipraticien interviewé, 12 Septembre 2014.

1-1.2 Objectifs de la recherche

1-1.2-1 Objectif général

La présente recherche vise à analyser l'articulation des représentations de l'hypertension artérielle et le choix des recours aux soins en milieu *Ayíz5* de la commune d'Abomey-Calavi.

De cet objectif général découlent des objectifs spécifiques.

1-1.2-2 Objectifs spécifiques

Ils sont au nombre de trois et ont un rapport de fidélité avec les hypothèses

OS1 : Inventorier les savoirs véhiculés sur l'hypertension artérielle dans le milieu *Ayíz5* de la commune d'Abomey-Calavi.

OS2 : Décrire la divergence des points de vue sur l'hypertension artérielle entre les approches sociales et médicales.

OS3 : Identifier les principaux cheminements thérapeutiques des hypertendus et les logiques plurielles du traitement de l'HTA.

Une fois les hypothèses formulées et les objectifs bien fixés, qu'est-ce qui justifie alors le choix de ce sujet ?

1-2 Justification du choix du sujet

Le choix du sujet "*Polytraitement de l'hypertension artérielle sous influence des représentations sociales de la maladie en milieu Ayíz5 d'Abomey-Calavi*" est motivé, premièrement, par la messe de mobilisation de fonds, demandée au début de chaque année, par les sœurs petites servantes des pauvres de Tokan afin d'assurer une prise en charge des personnes hypertendues de leur pensionnat⁶.

Deuxièmement, le choix du sujet résulte du travail de recherche de Deschamps (2007) intitulé : "*Maladies chroniques et qualité de (la) vie : une bibliographie*

⁶ Cette messe de mobilisation de fonds est organisée dans le mois de Janvier à l'Eglise Bakhita d'Abomey-Calavi depuis trois ans.

critique”. Cette réflexion a montré que la grande majorité des publications portent sur des populations occidentales économiquement non précaires ; les pays pauvres ou les populations pauvres ne font quasiment pas l’objet d’investigations. Cet état de fait semble faire écho à la représentation qui voudrait que les maladies chroniques soient un phénomène contemporain et occidental, liées essentiellement aux progrès de la médecine (Deschamps, 2007). Cet ethnocentrisme significatif des manques de recherches appliquées (ou de publications) sur les maladies chroniques dans les pays pauvres a encouragé la réalisation de la présente recherche.

Troisièmement, ce travail de recherche se situe dans le prolongement des études nationales sur l’hypertension artérielle au Bénin réalisées par le ministère de la santé. Les travaux consacrés aux maladies chroniques résultent essentiellement d’enquêtes hospitalières. Ils portent également sur la prévalence de l’hypertension artérielle au niveau des différentes couches de la population béninoise et malgré les efforts fournis depuis près de quatre décennies, le système de soins reste en deçà des attentes de la population (Ministère de la Santé, 2008). Ces travaux comportent de ce fait un certain nombre de biais dont la prise en compte est indispensable à leur interprétation rigoureuse. Cette interprétation doit en outre tenir compte des particularités socioculturelles.

Quatrièmement, les “*maladies chroniques en Afrique* ” étaient au centre du troisième colloque international de l’école des sciences de la santé du 25 au 26 mars 2015 à l’Université Catholique d’Afrique Centrale. Ce même sujet a fait l’objet des débats lors des premières journées médico-pharmaceutiques de la Faculté des sciences de santé de Cotonou-Bénin en 2014.

Enfin, Dany (2011: 77) suggère que les connaissances sociales préalables des maladies contribuent à (pré)penser la maladie et à en envisager certains contours.

C’est pour cette raison que le présent travail aborde la réflexion sur l’hypertension artérielle qui est une maladie émergente nécessitant des soins spéciaux. Cet entrainement constitue notre contribution à l’étude des maladies chroniques dans la

discipline anthropologie de la santé. Pour mieux organiser et orienter cette recherche, il est indispensable d'aborder certains concepts.

1-3 Approche conceptuelle

« *Tout discours scientifique doit utiliser des concepts clairs et précis afin de se démarquer de la confusion qui caractérise le sens de chacun* » (Durkheim, 1968 : 35). De ce point de vue, une clarification des concepts s'avère nécessaire à la compréhension de cette étude.

Le concept de **représentations sociales** est issu des travaux de Durkheim (1868) et par la suite, a été développé par les recherches en psychologie sociale. Durkheim, qui refusait une explication uniquement physiologique des faits sociaux, s'est intéressé aux représentations collectives par opposition aux représentations individuelles. Ces représentations sont générales, anonymes, permanentes et partagées. Elles sont liées à des attitudes intellectuelles du groupe et non à des « dispositions mentales individuelles ». Elles ont une identité propre qui ne consiste pas uniquement en une addition des représentations des individus au sein de la société. Les représentations sociales correspondent à un domaine particulier des représentations collectives.

Elles ne sont pas spécifiques à une société dans son ensemble, contrairement aux représentations collectives, car des groupes sociaux peuvent avoir des représentations différentes d'un même élément. Cette définition met en exergue les aspects à la fois collectifs et individualisés des représentations sociales.

Dans cette même optique, Ferréol et al (2009), décrivent les représentations sociales comme étant le « sens commun, socialement élaboré et partagé, construit pour et par la pratique et qui concourt à la structuration de notre réalité. Connaissance du réel qu'elles contribuent à édifier, les représentations sociales sont donc produits et processus d'une élaboration tant psychologique que sociale ».

Ce processus inhérent à la représentation sociale n'occulte pas le symbolisme. A partir d'une étude sur la représentation sociale de la santé et de la maladie, Herzlich (1969) la définit comme un processus de construction du réel. Selon elle, « *l'accent mis sur la notion de représentation vise à réintroduire l'étude des modes de connaissances et des processus symboliques dans leur relation avec les conduites.* » (Herzlich, 1969 cité par Fischer, 1996 :125).

Le processus symbolique des représentations sociales peut alors être analysé à travers trois dimensions. On définit d'abord « *les éléments d'informations* » qui sont les connaissances qu'ont les individus concernant l'élément de représentation. Ensuite, le « *champ de représentation* » va permettre aux individus de hiérarchiser et d'organiser ses éléments. Enfin, les individus vont pouvoir développer des « *attitudes* » en rapport avec l'objet de représentation (Moscovici, 1976).

Dans la présente recherche, les représentations sociales renvoient à tous les éléments de connaissance issus des expériences personnelles, du voisinage ou transmises et de discours qui se disent autour d'un objet qui est ici la maladie.

La **maladie** vient de "malader" ou "maladrer", signifiant "être malade" au XVIe siècle selon le Dictionnaire Godefroy. Selon le *Lexique des Sciences Sociales*, la maladie renvoie à la pathologie qui est une anomalie constitutionnelle ou un dysfonctionnement du système physiologique (Grawitz, 1999).

Médicalement, la maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme. Le *malade* est alors l'individu qui souffre d'une maladie, c'est-à-dire de symptômes évolutifs nécessitant un traitement thérapeutique. Selon l'OMS, la maladie est un dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes (OMS, 2015).

Ces aspects sociaux et psychologiques de la maladie ont été approfondis par d'autres auteurs. Herzlich C (1984), sociologue française, a-t-elle aussi développé l'aspect social de la maladie. Elle parle de celle-ci comme de l'évènement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif. La maladie va donc susciter un questionnement qui va plus loin que l'individu et ainsi que la prise en charge médicale.

Pour rendre compte du phénomène social de la maladie, Fabrega (1977) distingue les notions d' « *Illness* », de « *disease* » et de « *Sickness* », respectivement entendues comme l'expérience subjective de quelque chose d'anormal, l'expression d'un état d'altération biophysique objectif et la dimension socioculturelle de la maladie. Donc, quand en français on utilise un terme unique « maladie », la langue anglaise utilise les trois mots pour définir les nuances de ce concept. Ces différents termes permettent de rendre compte de la différence et en même temps de la complémentarité qui existent entre la subjectivité ressentie par le patient et l'objectivité mesurée par le médecin.

Suivant l'évolution de la maladie dans le temps, elle peut être aiguë ou chronique.

La **maladie Chronique** se dit d'une maladie d'évolution lente et sans tendance à la guérison. Du point de vue médical, une maladie est dite chronique lorsque les symptômes apparaissent lentement, durent longtemps et s'installent parfois définitivement. Selon l'OMS, la chronicité renvoie à un problème de santé qui affecte fortement la vie sociale, familiale, professionnelle et quotidienne de ceux qui en souffrent.

De ce point de vue, Baszanger I. (1986) part du constat que les maladies chroniques doivent être orientées vers la gestion de la chronicité et non vers la guérison de la maladie. Contrairement aux maladies aiguës, les maladies chroniques désorganisent toutes les sphères de la vie sociale de l'individu. L'accomplissement des tâches quotidiennes et anodines peuvent devenir une véritable épreuve pour les

personnes atteintes de maladies chroniques. Elles doivent donc trouver une façon nouvelle de vaquer à leurs occupations, car la fatigue se manifeste plus vite et certaines tâches deviennent carrément impossibles à réaliser. L'aide des proches est parfois pour eux indispensable. La désorganisation est donc susceptible de toucher non seulement le malade mais tout son entourage. Un exemple de la maladie chronique est l'hypertension artérielle.

L'**hypertension artérielle** doit être entendue, selon la médecine, comme désignant une élévation chronique de la tension artérielle systolique et/ou diastolique. Chez l'adulte, l'hypertension est définie arbitrairement par l'existence d'une tension artérielle systolique supérieure ou égale à 95 mmHg (OMS, 1983). Elle est due à l'augmentation du débit cardiaque et le volume sanguin circulant. L'augmentation de la tension au niveau des artères va entraîner des atteintes organiques plus ou moins graves. On distingue deux groupes d'HTA. L'HTA essentielle : représente 95 % des cas d'hypertendus. Elle constitue l'un des éléments du risque cardiovasculaire justifiant sa prise en charge thérapeutique. L'HTA secondaire : concerne 5 % des hypertendus ; sa cause est surrénale, rénale et toxique. Elle est liée à des facteurs d'origine médicamenteuse, maladie organique et l'HTA gravidique (grossesse). Mais les représentations de cette maladie chronique peuvent influencer les comportements face à l'initiative de sa prise en charge thérapeutique.

L'**influence** est un des mécanismes fondamentaux dont se préoccupe la psychologie sociale. Elle met en évidence une dimension essentielle de la relation avec autrui ainsi que de la relation entre l'individu et la société (Fischer, 1996). La prise en compte de cette dimension sociale permet de distinguer la conformité et la soumission comme étant les formes de l'influence sociale. Moscovici (1972) fait, à cet égard, intervenir un comportement plus actif dans l'explication de la conformité par le phénomène de la négociation. Il part de l'idée que le sujet naïf n'existe pas à considérer comme un être simplement soumis à la pression de la majorité, mais comme ayant à sa disposition un système de réponse qui est propre. Ainsi,

l'approche socio-culturelle de la santé et de la maladie met en relief l'influence de la culture et de l'effet de différentes variables sociodémographiques (âge, genre, éducation, classe, ethnie, milieu professionnel, etc.) sur les constructions des représentations sociales (Herzlich, 1984; Lawton, 2003; Pierret, 2003). On retient alors que ces variables permettent de mieux comprendre les représentations qui imposent une prise en charge thérapeutique de qualité, car ce qu'exprime le malade s'inscrit dans un registre différent de ce que sait le thérapeute.

Les maladies chroniques constituent la pathologie dominante dans les sociétés contemporaines. Leurs caractéristiques (incertitude, longueur, gestion nécessaires à la guérison plutôt) indiquent une situation sociale qui est encore mal définie pour toutes les personnes impliquées dans la thérapie (Deschamps, 2007).

La **thérapie** vient du grec « therapeia » qui veut dire soin, c'est l'ensemble des moyens utilisés pour guérir une maladie ou une souffrance. Il s'agit d'un traitement médical en général et, en particulier, la psychothérapie. Du point de vue médical, c'est la manière de traiter une maladie par des agents physiques et médicamenteux (David, 1965). La Psychologie et la Psychanalyse définissent la thérapie comme la méthode de traitement de certains troubles psychiques ou psychosomatiques par l'analyse et l'expression corporelle (Passeron, 1966).

L'itinéraire est l'indication du chemin à suivre ; le trajet parcouru. C'est aussi le chemin suivi par quelqu'un dans sa carrière, dans ses opinions, son raisonnement : l'itinéraire politique d'un homme d'État.

L'étude des itinéraires thérapeutiques est une préoccupation assez récente pour ceux qui s'intéressent aux questions de santé publique et aux systèmes de soins. Pour Bilongo et Jourdain (1986), les itinéraires sont l'un des moyens qui permettent de comprendre comment les individus vivent les épisodes de maladie dans leur contexte social. La sociologie et l'anthropologie doivent permettre de comprendre ces phénomènes liés aux événements de santé et de maladie. L'itinéraire ou le cheminement thérapeutique est, dans la présente recherche, l'ensemble des

sollicitations d'ordre sanitaire, exprimé de façons diverses, s'adressant à des institutions ou à des personnes qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des « soignants » dans le processus d'interaction sociale. Ce processus d'interaction impose au patient et à ses proches un polytraitement.

Le **polytraitement** se définit comme l'ensemble des pratiques de soins en interaction avec la biomédecine, la médecine traditionnelle, la religion et les expériences individuelles largement partagées par les membres d'une communauté sur la base de leurs représentations sociales de la maladie et qui sont utilisées de manière simultanée, complémentaire, contradictoire ou flexible pour soulager l'hypertension artérielle affectant la personne âgée.

Les **personnes âgées** constituent, du point de vue chronologique, l'ensemble des hommes et des femmes, qui ont atteint ou dépassé l'âge de 60 ans (ONU, 1980). Cette frange de la population se subdivise en deux grands groupes. Le premier groupe appelé "*personnes de troisième âge*", est composé de personnes qui ont un âge compris entre 60 et 74 ans révolus. Le second groupe nommé "*personnes de quatrième âge*", concerne l'ensemble des personnes dont l'âge est supérieur ou égal à 75 ans. Du point de vue social, les caractéristiques des membres de la société qui sont considérés comme âgés, varient selon le contexte culturel et d'une génération à une autre (Tanoh, 2007). Il ressort que l'âge défini pour le terme de personne âgée est assez imprécis. Etant donné que la personne âgée n'a pas de définition précise, la présente recherche considère comme âgée une personne qui dépasse l'âge de 55 ans en moyenne.

Une fois les concepts clarifiés pour renforcer la partie théorique, il s'en suit un état des lieux des travaux qui se sont intéressés à la présente problématique.

1-4 Etat de la question

La question de la prise en charge des maladies a été abordée par plusieurs auteurs sous divers angles disciplinaires. Des recherches documentaires, il se dégage

plusieurs approches relatives à cette problématique en général et à l'hypertension artérielle en particulier.

Au nombre des ouvrages les plus récents, quatre titres ouvrent la réflexion à propos du compte rendu critique de la littérature. Fonga (2014) abordant « *les représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France* », a montré que l'hypertension artérielle est une maladie très fréquente en médecine générale et insuffisamment traitée. Ce problème est d'autant plus marqué chez les patients africains ayant migré en France, en partie à cause des représentations qu'ils se font de l'hypertension artérielle. Il se dégage de cette recherche que le caractère chronique de l'hypertension a été difficile à comprendre pour certains patients et le recours au système de soin occidental est apparu primordial chez ces patients pour qui le médecin traitant était au centre de la prise en charge. Cette thèse pose les bases des préoccupations abordées par la présente recherche sans pour autant impliqué tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. L'auteur a interviewé une dizaine d'informateurs hypertendus originaires d'Afrique noire résidents en France sur l'influence de la médecine traditionnelle dans le traitement de l'HTA. Ainsi, à partir des analyses faites par cet auteur, le présent travail questionne l'hypertension artérielle au regard des solutions apportées par chacun des acteurs impliqués dans son traitement.

Le deuxième ouvrage abordé en 2011 est celui de Kpatchavi intitulé: « *Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les Waci et les Fon au Bénin* ». L'auteur a étudié les savoirs « locaux » sur la maladie chez les Fon et les Waci qui ont permis d'apprécier le statut actuel de la médecine dans le continuum dialectal gbè et de comprendre ce que devient la science médicale occidentale dans le contexte social. L'ouvrage est un précieux instrument incitant à la documentation des réalités socioculturelles et leur prise en compte dans la définition des politiques d'accès aux soins pour assurer une

adéquation entre l'offre et la demande des services dans le secteur de la santé. Il propose la démarche socio-anthropologique qui mobilise à la fois des apports théoriques pluridisciplinaires et un travail intensif de production de données empiriques. Pour Kpatchavi (2011 : 329-332),

« les représentations et pratiques populaires liées à la maladie sont à l'image des changements sociaux. Elles s'adaptent par appropriation des savoirs issus aussi bien du système biomédical que du système traditionnel. Cette dynamique des représentations et des savoirs liés à la maladie contribue à l'émergence et /ou au renforcement du phénomène du pluralisme médical où des rapports entre soignant et soigné se cristallisent de plus en plus autour des facteurs économiques soutenus par des formes traditionnelles de relations sociales. Ainsi, les savoirs "locaux" sur la maladie chez les Fon et les Waci constituent dans une large mesure des savoirs "désintégrés"⁷ ».

La mise en lien avec une maladie chronique ayant manqué à la réflexion de Kpatchavi (2011), sa prise en compte ici permettra d'apporter une contribution récente et contextualisée.

Le troisième ouvrage intitulé « *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* » et coordonné par Jaffré et Olivier de Sardan (1999) constitue sans aucun doute une étape importante pour l'anthropologie de la santé, par les partis pris méthodologiques et théoriques qui invitent à de nouvelles pistes de réflexion, mais aussi, inévitablement, à la critique. Tous les auteurs se livrent à une ethnographie rigoureuse et minutieuse, plaçant au cœur de la démarche une bonne connaissance des langues locales, et diversifiant les informateurs (personnels de santé, hommes, femmes, guérisseurs, adultes lettrés ou non, vieux, etc.) pour cerner l'étendue des savoirs populaires sur les maladies.

⁷ L'auteur entend par savoirs "désintégrés", les savoirs relevant essentiellement du secteur informel- généralement soutenus par des expériences empiriques-, ne disposant d'aucune base de légitimation scientifique ou sociale, mais autour desquelles se cristallisent les comportements sociaux

L'approche émique que suggère l'un des auteurs paraît importante pour le polytraitement de l'hypertension. Cette réflexion des deux auteurs a orienté la collecte des informations sur le polytraitement de l'HTA en milieu Ayíẓḽ d'Abomey-Calavi. Ces auteurs en insistant sur la diversité des sources d'informations mettent en relief les liens étroits des langues parlées par les enquêtés. De ce rapport avec la langue parlée, on peut mieux analyser les représentations de l'hypertension artérielle dans les sociétés contemporaines sans appartenir au groupe socio-culturel comme c'est le cas des Ayíẓḽ d'Abomey-Calavi.

Le quatrième ouvrage intitulé « *L'approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal)* » est publié par Salem et Lang (1993). Leur réflexion a porté sur « les représentations de l'hypertension chez les guérisseurs traditionnels » de Pikine, ville sénégalaise de 630 000 habitants. Cette recherche met en évidence l'absence du concept de chronicité dans ces savoirs, souligne les contradictions entre les thérapeutiques de la biomédecine et celles des tradipraticiens et montre les implications sociales de cette situation. En effet, au plan anthropologique, l'hypertension artérielle, maladie récemment diagnostiquée et liée à un nouvel environnement et à des changements dans les modes de vie, peut être aussi considérée comme le révélateur des rapports nouveaux qui se nouent en ville entre des systèmes thérapeutiques traditionnels en pleine mutation et des systèmes biomédicaux confrontés à des problèmes de morbidité originaux. Cette réflexion contributive concerne seulement les soignants traditionnels et suscite la préoccupation de s'intéresser aux autres acteurs impliqués dans les soins de l'hypertension artérielle.

Sous un aspect théorique, les travaux de Kleinman A. (1970) et de Massé R. (1995) montrent, contrairement aux approches médicales et biologiques, que ce sont des systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. L'anthropologue médical et psychiatre Arthur Kleinman, connu pour avoir proposé la théorie des modèles explicatifs de la maladie et de la souffrance, est l'un

de ceux qui ont le plus écrit sur le thème de la guérison. Selon lui, peu importe le système médical, si l'on considère les maladies comme des systèmes de significations culturellement élaborés qui mettent en relation des catégories cognitives, des expériences personnelles, des états physiologiques et des relations sociales, il faut alors considérer que la guérison implique les mêmes réseaux de significations (Kleinman, 1980). Selon la théorie des modèles explicatifs, la relation thérapeutique comporte nécessairement une sorte de négociation entre le modèle explicatif du patient et celui du praticien. Le médecin doit parvenir à une entente avec le patient sur le sens à donner à ses symptômes.

Une limite peut être dégagée de cette approche théorique. On reproche en effet à ce courant explicatif de s'intéresser uniquement à la description des rituels et de ne pas accorder suffisamment d'attention à l'expérience vécue des participants. En dépassant le courant explicatif précédent, certains anthropologues se sont aussi intéressés au sens de la maladie et aux interprétations qu'elle exige, en étant proches en cela du courant de l'anthropologie interprétative décrit par Good.

Le premier est Zempléni (1985). On retient avec lui que la notion de maladie recouvre au moins trois réalités. Les trois sens sont bien distincts : pour une même affection médicalement définie (c'est-à-dire *disease*), par exemple l'hypertension artérielle, une personne peut ressentir des bourdonnements d'oreille, une autre présenter une hémiplégie brutale, une troisième ne rien éprouver de particulier (ce qui correspond à *illness*) ; dès lors que le médecin mesure la pression artérielle et déclare le sujet hypertendu, celui-ci va devoir se comporter comme un malade (traduisant la réalité sociale de *sickness*), ce qui le conduira à se déclarer tel et à prendre des médicaments.

Aussi, lorsque les africains disent que l'hypertension artérielle est une maladie des blancs ou une maladie de la ville expriment-ils ce passage de *disease* à *sickness* sans qu'il y ait nécessairement *illness*, puisque c'est le tensiomètre qui permet de reconnaître le caractère pathologique des chiffres mesurés et de donner à une

personne qui ne se plaignait de rien le statut de malade et à une autre qui parlait de mal à la tête le qualificatif d'hypertendu, c'est-à-dire la légitimité d'une maladie reconnue par les médecins (Fassin, 1990).

De ce point de vue, la maladie constitue pour Augé (1986), une « *forme élémentaire de l'événement* », comme la naissance et la mort, en ce sens qu'il s'agit d'un événement biologique individuel qui s'inscrit sur le corps d'un individu mais dont l'interprétation, imposée par le modèle culturel, est immédiatement sociale. Il critique vivement la distinction classique faite par certains anthropologues (Ackerknecht, Foster), avec une perspective évolutionniste, entre une médecine magico religieuse qui serait à visée étiologique et une médecine empirico rationnelle qui serait à visée symptomatique.

Pour l'auteur, cette coupure naît de l'observation scientifique occidentale, « *mais elle n'est pas le fait des cultures païennes ; celles-ci ne distinguent pas un domaine qui ne serait accessible qu'au savoir et un domaine qui ne serait accessible qu'à la foi* » (Augé, 1986 :84). Le modèle diagnostique et thérapeutique est « *cohérent* », soit de façon « *fermée* », soit, le plus souvent, de façon « *virtuelle* ». C'est-à-dire qu'il ouvre, de façon indéfinie, la possibilité exclusive, alternative ou cumulative des deux approches, l'une cherchant la détermination de la cause, l'autre l'analyse du symptôme.

Dans cette perspective, Fassin D. (1992), abordant « *les Thérapeutes, malades, pouvoirs et savoirs en compétition* » a développé un cheminement complexe dans le monde de la santé et de la maladie à Pikine (banlieue de Dakar) afin d'« accéder à une connaissance de la société ». Selon lui, les pratiques et les conceptions de la santé et de la maladie identifiables en milieu urbain dakarois résistent à tout projet de systématisation et de classification de leurs manifestations. L'idée force de la problématique de Fassin est l'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques- au sein même des catégories habituelles de « médecine

traditionnelle » et de « biomédecine » - et des comportements des malades. Développant un puissant clientélisme, l'homme de savoir (médecin, thérapeute, acteur de la santé) est inévitablement un homme de pouvoir même si, parfois, il le donne à voir plus qu'il ne l'exerce. Le fait de jeter un sort à un membre de la communauté devient un geste de pouvoir tout comme le sont l'acte de guérison du guérisseur et a fortiori les politiques de santé publique qui interdisent le tabac parallèlement.

On peut ajouter ici le point de vue de Benoist J. (1996), pour qui la problématique des soins permet d'aborder la question du pluralisme médical. Puis, il poursuit, « *Soigner au pluriel* » s'inscrit dans le cadre de cet intérêt pour le pluralisme médical. L'enjeu est de mettre à jour les facteurs qui influent sur les itinéraires thérapeutiques de malades qui semblent s'accommoder facilement de l'usage simultané d'une pluralité de soins contradictoires et fondés sur des théories ethnomédicales incommensurables. Le premier constat qui se dégage de ce travail ethnographique est que le pluralisme se présente sous la forme d'une multitude de « singularités » ; quelles qu'en soient les formes, ce pluralisme est la règle et non l'exception dans l'ensemble des sociétés étudiées. Benoist propose « *d'éviter de construire à tout prix des règles là où priment souvent des tâtonnements* » (Benoist, 1996: 7) et de surinterpréter les faits ; sans tomber dans le piège d'une herméneutique des itinéraires.

Ce premier tour d'horizon des anthropologues proches du courant de l'anthropologie interprétative a permis de mettre en évidence l'hétérogénéité des démarches thérapeutiques mais aussi quelques-unes des lacunes relatives à certains principes de recherche, notamment l'étayage théorique et l'explicitation méthodologique. Ces réflexions donnent l'occasion d'approfondir la recherche sur l'hypertension artérielle puisque les auteurs n'ont pas abordé la question relative aux maladies chroniques.

Enfin, le traitement médicamenteux de l'hypertension est assuré par cinq catégories de médicaments qui entrent dans le traitement de première intention : les diurétiques, les β -bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes du calcium et les α -bloquants. D'autres catégories de médicament peuvent être utilisées dans certaines situations. En dépit de cette parade thérapeutique de plus en plus diversifiée et performante, et du développement permanent des connaissances scientifiques en la matière, seulement moins du tiers des patients hypertendus traités sont normalisés dans la plupart des pays (Girerd et al, 2001).

Ce premier point des recherches en santé publique et en biomédecine montre que le modèle biomédical traditionnel rencontre des phénomènes devant lesquels il a peu d'emprise. C'est notamment le cas des maladies chroniques. Leur caractère chronique oblige souvent les médecins à considérer ces maux dans leur singularité. Quel regard critique apporter à cette rationalisation des comportements souhaitée par l'approche biomédicale et la santé publique ?

Selon Fox R., la « logique de la pensée médicale moderne occidentale- le raisonnement par probabilité sur lequel s'appuient les diagnostics, se prennent les décisions de traitement et se fondent les pronostics - est une expression codifiée du facteur d'incertitude que comporte la médecine» (Fox, 1988 : 65).

Le mérite de toutes ces études est d'avoir abordé les représentations de la maladie et la guérison en général et de l'hypertension artérielle en particulier en diversifiant les sources d'information et les informateurs (les acteurs locaux). L'objectif fixé à cette partie de la recherche étant d'explorer les différentes approches théoriques existantes au sujet du traitement de la maladie en général et de l'hypertension artérielle en particulier, les résultats obtenus ne sont pas exhaustifs de l'étendue des champs théoriques existant, mais apportent un éclairage sur le sujet de recherche. La présente recherche s'inscrit dans l'approche de l'ordre négocié des maladies chroniques de Baszanger (1986) et de la théorie de l'acteur rationnel de

Weber (1964). La combinaison de ces deux approches intéresse particulièrement la présente problématique et débouche sur le modèle d'analyse.

1-5 Modèle d'analyse

Le modèle d'analyse étant la représentation figurée d'une réalité, il opérationnalise le polytraitement de l'hypertension artérielle en définissant les principales catégories de l'observation. L'approche socio-culturelle de la santé et de la maladie et la théorie de l'acteur rationnel semblent présenter un grand intérêt pour appréhender le polytraitement de l'hypertension sous influence des représentations sociales de la maladie en milieu *Ayíz5* d'Abomey-Calavi.

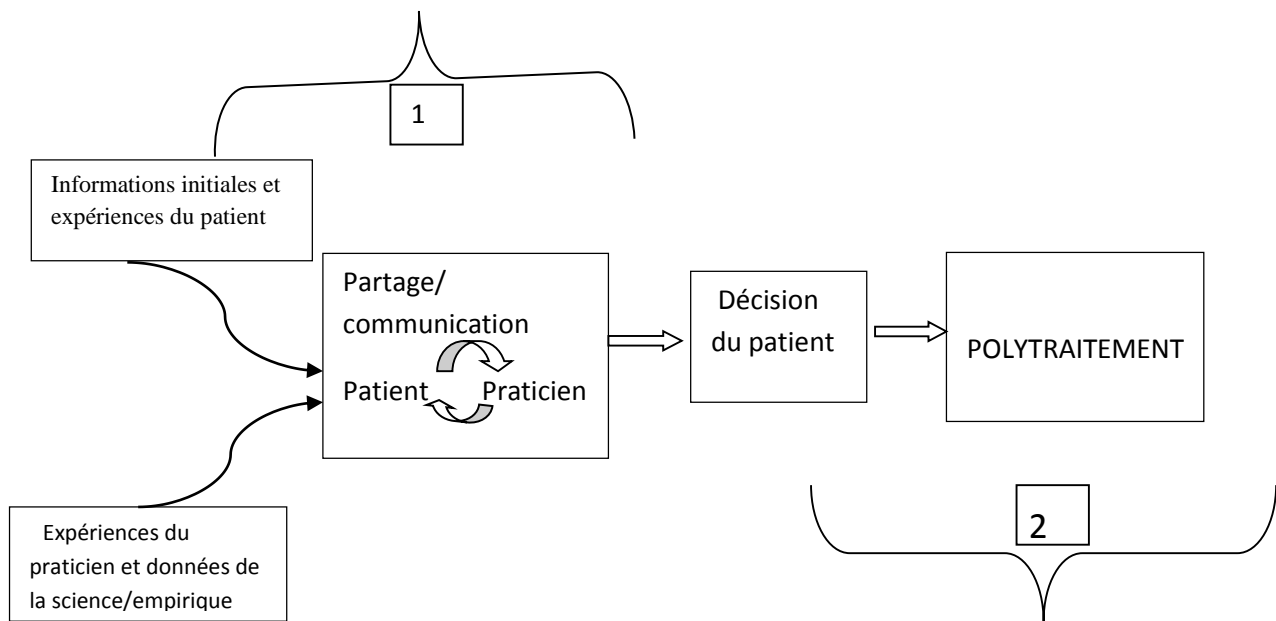
Baszanger I. (1985) est l'auteur de la théorie selon laquelle les maladies chroniques constituent un monde spécial où l'ordre est négocié. Autrement dit, un monde où malades et médecins sont appelés à redéfinir la répartition des statuts sociaux et des tâches entre eux, sous la forme de négociations. Elle emprunte la théorie de l'ordre négocié élaborée par Strauss (1978). Cette théorie, d'abord appliquée aux organisations, soutient que tous les acteurs ont un rôle *actif et conscient (self-conscious)* dans l'élaboration de l'ordre social : « *l'ordre est quelque chose à quoi tous les membres de l'organisation doivent sans cesse travailler. En conséquence, les conflits et les changements autant que les consensus et la stabilité sont une part de la vie de l'organisation.* » (Baszanger, 1986 : 9).

Appliquée aux maladies chroniques, la théorie de l'ordre négocié permet de comprendre comment ces maladies orientent la vie en un monde social à part entière. Ce monde, est guidé par le *malade-acteur*. Celui-ci doit s'assurer que sa vie sociale soit régulée, il doit donc travailler à intégrer les transformations qui s'imposent à lui. Selon Strauss et Baszanger, « *le meilleur moyen pour parvenir à maintenir cet ordre social est la négociation entre les acteurs.* » (Baszanger, 1986 : 10). Ainsi, le malade devient-il acteur d'une construction négociée de la maladie chronique.

La seconde approche est centrée sur l'acteur : au-delà des déterminations sociales, la réflexion se situe au niveau du choix de l'acteur et des étapes qui l'amènent à la prise de décision dans un environnement contraignant et incertain. Considérant que l'action thérapeutique est « *sociale dans la mesure où, du fait de la signification subjective que l'individu ou les individus qui agissent y attachent, elle tient compte du comportement des autres et en est affectée dans son cours* » (Weber, 1964 : 88). On retient que la décision d'une personne est toujours influencée par son environnement.

La pertinence de ce modèle d'analyse tient du fait qu'il favorise une meilleure compréhension des dynamiques des populations et ainsi, favorise une meilleure planification de l'organisation et de la distribution des soins de santé. Il permet également de questionner les modes d'intervention qui ne tiennent pas compte du facteur culturel dans la façon de prodiguer des soins et dans la façon de concevoir une relation thérapeute/patient.

Toutefois, Foucart (2013) remet en cause le concept de l'ordre négocié. L'ordre négocié proposé par Baszanger suppose de la part de l'acteur du calcul, de la rationalité. Or, dans les récits de malades chroniques, la dimension affective est centrale, ce qui est délaissé par Baszanger. La négociation consiste en des procédures explicites entre acteurs. La transaction est une action réciproque qui implique de la confiance, car c'est dans cette action réciproque que l'individu peut se construire. Le schéma suivant illustre le modèle d'analyse de la présente recherche.



Source : Adapté de Baszanger (1986)

Figure 1: Schéma illustratif du modèle théorique d'analyse

Commentaire

1- Négociations lors du diagnostic

Baszanger emprunte également à Stewart et Sullivan (1982) qui ont décrit cette phase où s'établit le diagnostic. Au départ, praticien et malade ont généralement la même définition de la situation et s'entendent assez rapidement sur les traitements à entreprendre. Entre-temps, à mesure que les symptômes s'accroissent, la perception du malade change. Ce dernier peut ensuite être tenté de changer de praticien, jusqu'à ce qu'il trouve le bon, c'est-à-dire celui qui lui dira ce qu'il veut entendre.

2- Négociations lors du traitement

Le traitement s'oriente donc autour de deux logiques différentes. Le malade pense généralement plus au court terme et opte pour une meilleure insertion sociale, alors que le praticien maintient des visées à long terme, mesures plus conservatrices.

Même s'il est vrai que les maladies chroniques désorganisent profondément la vie, Baszanger vient nous montrer que les différents univers sociaux de l'individu sont recomposés à partir des négociations qu'il peut faire avec les intervenants du domaine de la santé.

Mais, c'est seulement à travers une démarche méthodologique adaptée à la complexité du sujet, qu'on pourra collecter les informations empiriques relatives aux soins multiples de l'hypertension artérielle.

Chapitre 2 : Approche méthodologique

Dans ce chapitre, il a été exposé la nature de la recherche, la justification du cadre de l'étude et la démarche méthodologique. Cette dernière s'articule autour de la présentation des techniques et outils utilisés au cours de la collecte des données, du traitement des données et de l'analyse des résultats. Les considérations éthiques et des difficultés de la recherche sont également abordées.

2-1 Nature de la recherche

Dans le cadre de la réalisation de cette recherche, les données collectées sur le polytraitement de l'hypertension artérielle en milieu *Ayiz̄* d'Abomey-Calavi sont de nature qualitative et portent sur la manière dont la population pense la maladie, organise son accès aux soins et préserve sa santé. Toutefois, pour présenter les tendances liées aux représentations de l'hypertension chez les différentes catégories d'acteur en jeu, l'approche qualitative a été renforcée par quelques données quantitatives.

2-2 Groupe cible et Echantillonnage

La population mère étant composée de tous les adultes de la commune d'Abomey-Calavi, les critères suivants ont été retenus pour dégager le groupe cible :

- ✓ être âgé de 55 ans au moins. Cet âge correspond à l'âge à la retraite (Rép du Bénin, 1997) ;
- ✓ résider dans les quartiers d'Adjagbo et de Ouéga Agué durant la période de collecte des données. Ces deux villages ont été tirés au hasard par une main étrangère sur les soixante-dix que compte la commune d'Abomey-Calavi;
- ✓ être diagnostiqué hypertendu ;
- ✓ être le parent proche qui s'occupe d'un hypertendu ;

- ✓ exercer le métier de praticien de la médecine moderne ou endogène.
- ✓ appartenir au groupe sociolinguistique Ayíz5.

Les personnes incluses dans l'échantillon se répartissent en deux catégories comme suit :

1- les demandeurs d'offre de soin. Ils sont nombreux et diversifiés :

- les personnes hypertendues : ce sont les personnes qui ont été diagnostiquées ou déclarées vivre avec l'hypertension artérielle ;
- les parents proches des hypertendues : ce sont les personnes qui assistent la personne souffrante de l'HTA dans ses tâches quotidiennes ;
- les personnes âgées de 55 ans au moins et qui n'ont pas été diagnostiquées ou déclarées hypertendues: Cette limite d'âge intéresse la présente étude du fait de la juvénalisation de l'hypertension artérielle. La question qui a permis d'identifier ces informateurs est :

« Quelles sont les personnes non hypertendues ayant au moins 55ans que vous considérez dans votre localité comme ayant des savoirs et qui peuvent se prononcer sur la maladie en général et sur l'hypertension artérielle en particulier » ;

2- les prestataires des soins de santé. On distingue :

- les professionnels de la santé : ce sont les agents de santé du secteur public ou privé qui interviennent dans les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et les cliniques ;
- les praticiens de la médecine endogène : c'est l'ensemble des acteurs qui détiennent les connaissances et pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social. La présente étude s'est intéressée à ceux qui font de la guérison de l'hypertension artérielle une spécialité;

- les membres de la communauté : ce sont les personnes qui s'appuient sur l'expérience de la maladie vécue pour la proposer à une personne malade ;
- les personnes dotées de pouvoir naturel ou divin et qui guérissent les patients qu'ils reçoivent ;
- les vendeurs des médicaments du secteur informel.

Cette diversité de la cible se justifie par Doise (1990). Il a montré que les représentations sociales sont des constructions créées dans les dynamiques du champ social et reconforte l'approche émiqúe énoncée dans le premier chapitre. Les groupes ou les classes sociales disputent, dans le processus de communication, leur contribution à la constitution des représentations sociales. Les appartenances de groupe s'avèrent alors très importantes pour la compréhension des significations réelles des énoncés.

Le choix des différents groupes d'informateurs a été fait suivant la méthode de choix raisonné et la technique de « boule de neige ». Cette approche renvoie à des critères de choix quant aux événements, aux éléments et aux aspects d'information à recueillir par rapport à l'hypertension artérielle. Cependant, le critère utilisé pour déterminer la taille des tradipraticiens et des personnes hypertendues à interroger était celui de la saturation. Ainsi, la réalisation des entrevues est arrêtée lorsqu'elles ne permettaient plus de recueillir de nouvelles informations. La saturation empirique est survenue aux environs du dixième et vingtième entretien avec respectivement les tradipraticiens et les hypertendus. Il faut signaler que le recensement des personnes hypertendues a démarré dans les centres de santé d'arrondissement de Togba et d'Akassato puis s'est poursuivi dans les deux villages retenus. Comme pour toute étude qualitative, nous avons prévu de créer un échantillon de petite taille comportant au plus 50 informateurs repartis en deux catégories (les demandeurs et prestataires de soin). Mais la fin de la collecte la taille de l'échantillon a été de 60 enquêtés. Ce dépassement de dix informateurs s'explique par le fait de différer la fin de la collecte sur l'HTA jusqu'à ce qu'o ne recueille plus

de données nouvelles sur ce thème. Le principe de la saturation empirique consiste à arrêter de contacter des nouveaux enquêtés lorsqu'aucune nouvelle information n'est découverte. Les effectifs par catégorie d'informateurs sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau n°I: Effectif des informateurs par catégorie d'acteurs et du mode d'administration des outils

Groupes d'informateurs	Nombre d'informateurs par catégorie	Pourcentage par catégorie d'acteurs (%)	Mode d'administration des outils
Personnes âgées de 55 ans au moins ayant des savoirs et pouvant se prononcer sur l'HTA	23	38,33	Entretien de groupe Entretien individuel
Personnes ayant un antécédent de l'hypertension artérielle/proches	20	33,33	Entretien individuel
Agents de santé des services publics/privés	08	13,34	Entretien individuel
Tradipraticiens	10	14,5	Entretien individuel
Total	60	100	

Source : Données de terrain, 2014

Les personnes ayant un antécédent avec l'hypertension représentent 33,33% des informateurs, viennent ensuite les tradipraticiens (14,5%). Quant aux agents de santé, et les personnes âgées de 55 ans, ils occupent respectivement la proportion de 13,34% et 38,33%.

2-3 Techniques, outils et collecte des données

Pour recueillir les données, il a été utilisé entre autres techniques : l'analyse documentaire, l'observation, l'entretien semi-directif et l'entretien de groupe. Les outils qui ont servi à la collecte des données sont conçus suivant les techniques de collectes des données retenues. Compte tenu de la nature qualitative des informations à recueillir, il a été conçu entre autres les outils suivants : une grille de

lecture, une grille d'observation, un guide d'entretien semi-directif et un guide d'entretien de groupe.

2-3.1 Analyse documentaire

Cette technique documentaire a permis de se référer aux travaux antérieurs. Elle a consisté en consultation des ouvrages généraux, des ouvrages spécifiques et des revues relatives à des contributions scientifiques sur l'hypertension artérielle. Cette documentation a été possible grâce à des recherches dans les bibliothèques de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) et aussi sur l'internet, à l'Institut Français (IF), au Ministère de la Santé Publique (MSP) et à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La lecture d'ouvrages méthodologiques n'a pas été du reste. Ces ouvrages ont permis d'approfondir nos connaissances sur les paradigmes, les méthodes d'analyse et en conséquence de choisir les plus appropriées à la présente recherche.

Les documents relatifs à la maladie et à la santé et à l'hypertension artérielle ont aidé dans la construction de la problématique et dans la rédaction de l'état de la question. S'agissant des dictionnaires, ils ont été d'un apport appréciable dans l'élaboration de l'approche conceptuelle. La grille de lecture a permis de collecter les données sur la nature des documents consultés, le type d'informations recueillies et les auteurs. L'utilité de cette analyse documentaire est de « *triangler* » les données obtenues à travers les analyses qualitative et quantitative de contenu. Cette dernière a été complétée par d'autres techniques.

2-3.2 Observation

L'observation directe systématique a été révélée très importante pour avoir un regard sur les pratiques, les conduites et les manipulations que les populations font autour de l'hypertension en milieu Ayíz̄ d'Abomey-Calavi. Elle a permis de voir comment au plan endogène l'hypertension est diagnostiquée par les sens et la divination, les thérapies locales intervenant dans le traitement de l'hypertension. La grille d'observation contenait les thématiques suivantes : les séquelles de

l'hypertension, les types de diagnostic et de traitements, les plantes et produits traditionnels pour traiter l'HTA. Ces observations ont permis de vérifier la teneur de certaines déclarations des entretiens.

2-3.3 Entretien semi-directif

Le niveau d'analyse étant l'individu, le travail s'est basé sur l'analyse du discours des différents acteurs interviewés. Comprendre les représentations de l'HTA perçues par chacun d'entre eux est une condition fondamentale pour son traitement. De ce fait, la technique de recueil de données utilisée se base sur les entretiens semi-directifs et les entretiens de groupe. Il s'agit de donner à l'acteur la liberté de s'exprimer sur les questions auxquelles s'intéresse la présente recherche, tout en réduisant au maximum l'intervention du chercheur concernant le déroulement de l'interview. La technique des entretiens s'intéresse aux discours des acteurs concernant leurs propres comportements afin de recueillir les données, permettant de les comprendre. Elle est utilisée avec les hypertendus, les spécialistes de la médecine endogène et les agents de santé dans le souci de cerner les représentations sociales qu'ils se font de l'hypertension artérielle et les différents dispositifs thérapeutiques entrepris. Le guide d'entretien utilisé a été construit à partir de la revue documentaire puis, il a été parfait par les entretiens de la pré-enquête. Les thèmes abordés étaient:

- La définition de la maladie et de la santé en milieu Ayíẏ d'Abomey-Calavi ;
- circonstances de découverte de l'hypertension artérielle ;
- définition, étiologie, nosologie et conséquences de l'hypertension artérielle ;
- retentissement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne ;
- rôle de l'entourage dans la prise en charge ;
- traitements existants et leur usage ;

- retentissement économique et social du traitement de l'HTA dans la vie quotidienne ;
- logiques qui sous-tendent l'usage de plusieurs recours thérapeutiques ;
- implications des différents acteurs dans le traitement de l'hypertension artérielle.

Les entretiens individuels ont été complétés par les entretiens de groupe.

2-3.4 Entretien de groupe

L'importance accordée à cette technique d'entretien procède du fait qu'il favorise les perceptions collectives qui sous-tendent les représentations sociales de l'hypertension artérielle et des logiques qui président son traitement. Opter en faveur de la réalisation des entretiens de groupe réunissant au moins 5 participants, dépend principalement de la nature des résultats attendus. L'avantage de cette technique est de parcourir en groupe les différentes thématiques de l'étude qui sont entre autres, la perception de la maladie en général, les thérapeutes et leurs pratiques, la nosologie et l'étiologie de l'HTA, la symptomatologie, liée à cette dernière et les stratégies adoptées pour sa prise en charge.

Il est à signaler qu'au cours des entrevues, des notes ont été prises. Il a été également réalisé des enregistrements pour rester le plus fidèle possible aux déclarations des enquêtés. L'enregistrement a permis de retranscrire complètement les entrevues des groupes cibles et de procéder à leur traitement à travers la technique de l'analyse du discours.

2-4 Considérations éthiques

En prélude au travail sur le terrain pour la production de ce mémoire, deux dispositions ont été prises :

L'obtention d'une autorisation de recherche délivrée par l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire "Espaces, Cultures et Développement" (EDP) de la Faculté des

Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Cette autorisation, présentée dès les premiers contacts de terrain au médecin coordonnateur de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, a permis d'obtenir l'autorisation de recherche dans les centres de santé publics de la commune d'Abomey-Calavi.

Au début des entretiens, il a été expliqué aux personnes hypertendues et aux autres informateurs le caractère anonyme et confidentiel de leurs déclarations et l'utilisation des résultats de l'étude pour rédiger un mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) en Sociologie de Développement. Le consentement des informateurs a été recueilli oralement. Les entrevues étaient enregistrées avec l'accord oral des informateurs.

2-5 Collecte des données

Elle a démarré par une pré-enquête qui s'est déroulée du 06 au 30 Août 2014. Elle a consisté à identifier les personnes ressources capables de fournir les informations sur le sujet de recherche. Ainsi, une collecte de données a été effectuée dans le centre de prise en charge des personnes âgées des « sœurs petites servantes des pauvres » dans l'arrondissement de Togba et dans les centres de santé publics des arrondissements d'Abomey-Calavi et de Godomey. Cette pré enquête a aussi permis d'avoir une connaissance plus approfondie du sujet de recherche en vue de lui donner une meilleure orientation méthodologique. Elle a été d'un appui important quant à la formulation des hypothèses de recherche et dans le choix des différentes variables. Elle a consisté à tester les outils sur un échantillon réduit de quinze (15) personnes hypertendues, cinq (05) agents de santé et deux (02) détenteurs de savoir locaux. Elle a également permis d'ajuster certaines questions avant l'enquête proprement dite.

L'enquête proprement dite a couvert la période du 3 Septembre au 28 Novembre 2014. Au cours de l'enquête 60 informateurs ont été effectivement interviewés. Les différents groupes d'informateurs questionnés sont présentés dans

l'échantillon précédemment présenté. Elle s'est déroulée dans les centres de santé d'arrondissement d'Akassato et de Togba, dans les communautés d'appartenance des informateurs et au niveau du marché de la pharmacopée traditionnelle des localités d'Adjagbo et de Houéga Agué. Le chronogramme des différentes phases de la présente recherche est présenté dans le tableau III en annexe.

2-6 Techniques et matériels de traitement de données

Une fois, les entretiens retranscrits et validés, la méthode retenue dans la présente recherche est l'analyse de contenu qui s'intéresse aux significations du discours. Chaque entretien retranscrit a fait l'objet d'une analyse de contenu, en effectuant des lectures en profondeur du verbatim complétées par un comptage de fréquence. Des thèmes généraux ont ensuite été dégagés, à partir du texte lui-même et à partir de la grille d'entretien.

De manière plus précise et selon la démarche de Aktouf O. (1987):

- * le contenu de chaque entretien a été lu très attentivement et à plusieurs reprises ;
- * la deuxième étape a consisté à préciser les catégories (en nature, nombre, subdivisions...) selon lesquelles on regroupera les unités d'information que l'on s'attachera à extraire des contenus analysés ;
- * la détermination de l'unité d'information qui est l'élément le plus petit possible qui sera retenu pour signifier l'appartenance d'un sujet à une catégorie ;
- * la détermination de l'unité de numération ;
- * les citations ont été reprises entre guillemets et en italique, pour être facilement localisées.

De même, il a été utilisé dans le cadre de cette recherche les applications de Microsoft office (Word, Excel) pour le traitement de textes et la réalisation de

tableaux et le logiciel de langue “*IPAKIEL*” pour le traitement des données linguistiques.

2-7 Présentation et justification du choix du cadre de la recherche

La commune d'Abomey-Calavi est située dans la partie sud de la République du Bénin et du département de l'Atlantique. C'est la commune la plus peuplée du Bénin (INSAE, 2013). Cette dynamique urbaine que connaît la commune d'Abomey-Calavi est due à la croissance démographique qui est passé de 60786 habitants en 1979 à 404 849 habitants et un taux d'urbanisation qui est passée de 15,34 % en 1979 à 79,71 % en 2012 (INSAE, 2004). Une telle dynamique est à l'origine des pathologies dites de surcharge dont l'hypertension artérielle est un aspect nouveau des problèmes sanitaires de la commune d'Abomey-Calavi. De plus, la commune est caractérisée par la coexistence de plusieurs systèmes de soins. L'intérêt de cette recherche auprès des *Ayíẓḽ* comme cadre de référence empirique (Méliho, 2014) se justifie à plusieurs points de vue. Numériquement important dans la commune d'Abomey-Calavi, le groupe socioculturel *Ayíẓḽ* est culturellement enlevé de son milieu d'origine du fait de la nature cosmopolite de la commune. Sans une réelle tradition urbaine, les *Ayíẓḽ* sont en présence des nouveaux défis sanitaires. Or, pour asseoir une bonne politique sanitaire, les pouvoirs publics doivent prendre en considération les réalités socio-historiques des bénéficiaires. C'est pourquoi l'objectif de la présente recherche est de partir de l'analyse des problèmes de santé en lien avec les considérations socio-historiques *Ayíẓḽ*.

Enfin, les croyances populaires et les savoirs endogènes du groupe socio-culturel *Ayíẓḽ* ne sont pas sans effets sur toutes activités visant à prôner un changement de comportements au niveau local, et ceci, dans le domaine de la santé. Dans ce groupe socio-culturel, les moyens que la population utilise pour interpréter la maladie, la guérir et la prévenir vont au-delà de la référence à une stricte logique médicale.

Ce constat a été soutenu par les déclarations d'un spécialiste de la médecine traditionnelle:

« *La majorité des personnes hypertendues et diabétiques qui sollicitent mes services sont d'abord diagnostiquées puis traitées dans un centre de santé.* »⁸. Il en résulte que les acteurs sociaux Ayíẏ s'adonnent à une pluralité de soins pour une même maladie.

Il est question ici de recueillir le vécu des acteurs sociaux à propos de leur expérience avec l'hypertension artérielle dans la commune d'Abomey-Calavi, en occurrence, les quartiers de Houéga Agué et d'Adjagbo, situés respectivement dans les Arrondissements de Togba et d'Akassato. Cette orientation conduira aux difficultés de la recherche.

2-8 Difficultés rencontrées

Au nombre des difficultés auxquelles s'est heurtée la collecte de données, certaines sont importantes à évoquer ici. Premièrement les difficultés langagières du chercheur à parler aisément et à comprendre la langue Ayíẏ. Deuxièmement le besoin d'avoir un relais dans les échanges entre le sujet-participant et le chercheur et enfin la disponibilité des enquêtés. Cette personne agissait « *comme relayeur, médiateur, intermédiaire indispensable et même régulateur dans les communications, en équilibrant tant les échanges, qu'en évitant [...] une confrontation directe des forces vitales en présence* » (Tapé, 1994 : 107).

Dès notre arrivée dans chacun des villages d'Adjagbo et de Houéga Agué, nous avons sollicité l'aide de ce dernier qui agissait comme appui technique. Étant donné que la recherche se déroulait dans un univers étranger, nous avons choisi un interprète ayant le niveau secondaire et issu du milieu. Il était bilingue: Ayíẏ/français. L'avantage, pour l'interprète, de résider dans le même village que le sujet-participant est qu'il est connu et reconnu socialement par les gens du milieu.

⁸ Propos d'un tradipraticien interviewé, 12 Septembre 2014.

Une des particularités de cette recherche est que, lors des entrevues avec certaines catégories de la cible, nous nous adressions au sujet par personne interposée. Dans un premier temps, le message était émis en français à l'interprète, qui le décodait, vérifiait la teneur du message émis, le traduisait en *Ayíz5* et le transmettait au sujet-répondant. Dans un deuxième temps: le sujet-répondant décodait le questionnement et émettait sa réponse en *Ayíz5*. Dans un troisième temps, l'interprète traduisait à l'intention du chercheur les commentaires du sujet-répondant. Toutefois, malgré cette précaution, qui pour nous était inhabituelle, les répondants ont semblé faire abstraction de la tiers personne en nous répondant directement car, nous comprenons bien les propos de nos interlocuteurs mais avons du mal à bien s'exprimer. A partir de cet instant, il s'est posé un problème de décodage de certaines expressions pour lesquelles le chercheur a dû poser beaucoup de questions de compréhension avant d'appréhender les sens profonds des expressions évoquées par les interlocuteurs.

Par ailleurs, la collecte des données a été confrontée à un problème de disponibilité des informateurs pour le déroulement des entretiens de groupe. Dans l'une ou l'autre des situations, ces difficultés ont décalé le chronogramme de la recherche. Les données empiriques obtenues sont présentées dans les chapitres qui suivent sous forme de tableaux, de verbatim, d'encadré et de photos.

Deuxième partie

Profil épidémiologique et Contexte sanitaire de la commune d'Abomey-Calavi

Chapitre 3 : Éléments de monographie sur l'hypertension et contexte sanitaire de la commune d'Abomey- Calavi

3-1 Origines culturelle et géographique des Ayíẓ̄ d'Abomey-Calavi

Le choix du cadre d'étude pour observer le polytraitement de l'HTA vise à rester plus proche des réalités du groupe socio-culturel Ayíẓ̄ dans une approche émiq. Les considérations historiques ont permis de découvrir que le peuple Ayíẓ̄ du bas-Bénin a son origine liée aux différents mouvements migratoires qui remontent aux périodes précoloniales. En effet, les peuples du bas-Bénin dont les Ayíẓ̄ viennent de l'aire culturelle Aja-Tado et quelques-uns d'Oyo (Nigéria) (Commune d'Abomey-Calavi, 2005). Cette aire culturelle indique quatre grands ensembles selon les travaux de Pazzi (Pazzi, 1984 cité par Mèliho, 2010: 43). Ainsi, « *Tado demeurait la ville des origines et continuait à recevoir l'hommage de soumission des Hwén̄* (les Aja des plaines de Hwègàmè et d'Ajàhònmè), *des Ayíẓ̄* (groupes ayant quitté Tado dans les siècles précédents pour occuper la plaine entre le Kúfò et le Wémé, jusqu'à Zínvyé et Agbòmè-Kádá) *et des Xwla* (ces derniers remontaient par le Mòn̄ pour apporter le sel au Aja de la forêt). *Ces trois groupes représentent les migrations de l'époque ancienne.*» (Pazzi, 1984 : 16). Les Aja sont subdivisés en trois groupes notamment Aja de Tado, Aja de hwè et Aja de Xújí (Oké R., 1984 : 49) . Selon l'auteur, ces Aja de Xújí furent dénommés "Aja wi- z̄" ou "Aja yì z̄" (yì, en Aja et en f̄n, signifie "aller, partir, s'éloigner" ; z̄: "plus loin" ; d'où Aja yì z̄ est devenu, en forme contractée Ayíẓ̄.

Aussi, l'histoire relate-t-elle que de ces peuples qui ont réellement émigré de Tado et d'Oyo vers le bas-Bénin, le peuple Ayíẓ̄ a connu plus tard une histoire toute particulière. Les Ayíẓ̄ seraient les premiers occupants et maîtres de la localité de Zè. Ce peuple a plus tard aussi émigré vers d'autres localités du Bénin. On va alors retrouver les Ayíẓ̄ un peu partout dans le Bénin et surtout au sud de la dépression

de la Lama, depuis le plateau d'Allada jusqu'à la côte d'Abomey-calavi, Cotonou, Gléhoué (Ouidah), Hogbonou (Porto-Novo) (Commune d'Abomey-Calavi, 2005). Les guerres tribales et intertribales de la monarchie aboméenne les ont obligés à se disperser. Certains sont restés sur leur terre d'origine pendant que d'autres sont allés trouver refuge ailleurs, et ceci d'abord dans les zones environnantes telles que : Glo (tous les Glo : Glo-Djigbé, Glo-Kpossouhoué, Glo-Djissoukpa, Glo-Lohoussa, Glo-Tokpa, etc.), Akassato, Zinvié, etc. Formant le groupe le plus numériquement important de la commune d'Abomey-Calavi, les *Ayíẓ̄* constituent une société paysanne attachée au sol (Agbaétou, 2011). Le développement suivant va aborder la spécificité des *Ayíẓ̄ de la commune d'Abomey-Calavi*.

3-2 Caractéristiques spécifiques du cadre de la recherche

La présente recherche sur le polytraitement s'intéresse au groupe socio-culturel *Ayíẓ̄* de la commune d'Abomey-Calavi. La commune d'Abomey-Calavi, située dans la partie sud de la République du Bénin et du département de l'Atlantique, est limitée au nord par la commune de Zè, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par les communes de Sô-Ava et Cotonou, et à l'ouest par les communes de Tori-Bossito et Ouidah. C'est la commune la plus vaste du département de l'Atlantique dont elle occupe plus de 20%. Elle s'étend sur une superficie de 539 Km² représentant 0,48% de la superficie nationale du Bénin (Mairie d'Abomey-Calavi). Abomey-Calavi fut historiquement un démembrement du royaume d'Abomey. Il a été créé par ce dernier afin d'être plus proche du comptoir de Cotonou pour les transactions commerciales (Agbaétou, 2011).

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) indique pour la commune d'Abomey-Calavi 307.745 habitants, soit 21% de la population des départements de l'Atlantique et du Littoral (INSAE, 2002). 74,12% de cette population vivent dans les centres urbains et 25,88% dans les milieux ruraux. Les

femmes représentent 51,37% de la population totale de la commune. D'une densité moyenne de 571 habitants par Km², cette population est inégalement répartie dans neuf arrondissements.

La commune d'Abomey Calavi compte soixante-dix (70) villages et quartiers de ville dirigés par des chefs de villages ou de quartiers de ville et répartis sur neuf (09) arrondissements que sont: Abomey-Calavi, Godomey, Akassato, Zinvié, Ouèdo, Togba, Hêvié, Kpanroun et Golo-Djigbé. Chacun des arrondissements est dirigé par un chef d'arrondissement (CA) élu.

Dans le cadre de ce travail, les recherches se sont déroulées dans les villages de Houéga Agué et d'Adjagbo appartenant respectivement aux arrondissements de Togba et d'Akassato. Le village de Houéga Agué a une population de 2887 habitants et celui d'Adjagbo 4665 habitants (INSAE, 2011). Mais les migrations récentes ont permis l'installation d'autres ethnies comme les Fɔn, les Toffin, les Yoruba, les Nagot, les Goun et autres. Sur le plan religieux sont classés par ordre d'importance numérique, les religions traditionnelles, le christianisme et l'islam. On y rencontre aussi d'autres confessions religieuses qui prennent de plus en plus de l'ampleur (Commune d'Abomey-Calavi, 2005). Selon le service de la cellule statistique de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, l'incidence de l'hypertension artérielle dans la commune d'Abomey-Calavi est discontinue de 2011 à 2013. Elle a évolué de 0,27% en 2011 pour régresser à 0,26% en 2012 et est montée pour atteindre 0,63% en 2013. Aussi, cette incidence reflète-t-elle uniquement les cas d'hypertension conduits dans les centres de santé publics du système formel de la commune d'Abomey-Calavi.

3-3 Activités socio-économiques à Houéga Agué et à Adjagbo

Les principales activités économiques dans ces deux villages sont l'agriculture vivrière et la transformation des produits. Dans le cadre de l'agriculture vivrière, plusieurs petites superficies sont exploitées pour diverses spéculations (maïs, manioc, ananas, arachide, palmier à huile etc.). La transformation de noix de

palme et de manioc en produits dérivés, est en grande partie, assurée par les femmes soit individuellement soit en groupements (Commune d'Abomey-Calavi, 2005 :15). Signalons également la production d'alcool communément appelé "sodabi". La consommation de ce dernier, à longueur de la journée, a des effets néfastes sur l'organisme. Dans les passages précédents de la présente recherche, plusieurs études ont établi la corrélation entre l'hypertension artérielle et la consommation de l'alcool. En dehors de la production agricole et de la transformation des produits, la vente des parcelles et la location de logement demeurent des activités de forte rentabilité. Si les activités génératrices de revenu dépendent en grande partie de la santé des acteurs économiques, quelle est alors la situation épidémiologique des villages d'Adjagbo et de Houéga Agué?

3-4 Profil épidémiologique des villages d'Adjagbo et de Houéga Agué

Le profil épidémiologique des villages d'Adjagbo et de Houéga Agué est caractérisé par une prédominance des maladies transmissibles avec des taux élevés de morbidité et de mortalité, une mortalité croissante liée aux maladies non transmissibles et une mortalité infanto juvénile et maternelle élevée. Ce profil est déterminé par la qualité du milieu de vie, les conditions écologiques et climatiques, le nombre insuffisant des services de santé à jouer pleinement leur rôle et les comportements des individus (Zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, 2013).

Selon les statistiques du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS), le paludisme occupe systématiquement chaque année la première place parmi les cinq principales maladies (Paludisme, Affections gastro-intestinales, Anémie, Affections respiratoires, Affections cardio-vasculaires) au sein de la population générale reçue en consultation dans la commune d'Abomey-Calavi. Cette pathologie constitue 14% des causes de mortalité et de morbidité dans les formations sanitaires surtout dans la catégorie des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (Ministère de la Santé, 2013).

La prévalence de l'hypertension artérielle qui est fortement associée aux affections cardio-vasculaires est discontinuée au cours des trois dernières années dans la commune d'Abomey-Calavi suivant le tableau ci-après.

Tableau IV : Evolution de l'Hypertension artérielle au cours des trois dernières années dans les aires de santé de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

Arrondissement	2011		2012		2013	
	cas	incid	cas	Incid	cas	Incid
ABOMEY-CALAVI	124	0,15%	177	0,21%	142	0.16%
AKASSATO	125	0,54%	131	0,55%	94	0.38%
COCOCODJI	150	0,75%	150	0,73%	66	0.31%
DEKOUNGBE	43	0,24%	46	0,25%	206	0.69%
GLO-DJIGBE	133	0,77%	168	0,95%	223	1.22%
GODOMEY	127	0,12%	105	0,09%	82	0.08%
HEVIE	94	0,52%	86	0,46%	110	0.57%
KPANROUN	45	0,45%	29	0,28%	9	0.08%
MARIA-GLETA	NA	NA	8	0,06%	1	0.01%
OUEDO	57	0,42%	27	0,19%	139	0.97%
TOGBA	22	0,09%	20	0,17%	219	1.75%
WOMEY	96	0,17%	95	0,16%	111	0.18%
ZINVIE	105	0,59%	64	0,35%	258	1.37%
TOTAL PUBLIC AB-CALAVI	1121	0,27%	1106	0,26%	2771	0.63%
HOPITAL DE ZONE	284	NA	424	NA	1111	-
TOTAL PRIVE AB-CALAVI	3156	NA	3584	NA	3281	-

Source : SNIGS / Cellule Statistique ZSAS, 2013

Le tableau IV résume l'évolution de l'HTA dans les centres publics et privés de 2011 à 2013. L'observation de ce tableau montre que les cas d'hypertension artérielle enregistrés dans les centres de santé d'arrondissement (CSA) qui desservent les deux villages d'Adjagbo et de Houéga Agué sont de 350 cas pour l'arrondissement d'Akassato et de 261 cas pour l'arrondissement de Togba de 2011 à 2013. L'incidence de l'hypertension artérielle dans les deux arrondissements au cours de la même période se présente comme suit. Dans l'arrondissement de Togba

l'incidence de l'hypertension artérielle est passée de 0,09% en 2011 à 0,17% en 2012 puis a atteint 1,75% en 2013. Par contre, dans l'arrondissement d'Akassato, l'incidence est passée de 0,54% en 2011 à 0,55% en 2012 avant de régresser à 0,38% en 2013. Il se dégage alors une incidence croissante continue à Togba et une incidence discontinue à Akassato. En dépit de cette discontinuité observée à Akassato, ce taux reste élevé. C'est sur la base de cette présentation de l'évolution de l'hypertension que le système de soins sera abordé.

3-5 Système de soins officiel

La République du Bénin a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la déclaration d'Alma Ata⁹ (1978) dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle (Ministère de la Santé, 2009). Cette option a été réaffirmée à la conférence de Ouagadougou d'avril 2008 en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental relevant de la responsabilité de l'Etat. Le Bénin a également souscrit à l'Initiative de Bamako (IB)¹⁰ en 1987, mettant l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé, soutenant ainsi la mise en œuvre du Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires (PEV/SSP). Ainsi, le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux :

- **le niveau central ou national** est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement. Dans cette optique, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des projets et programmes de santé. A ce niveau, correspondent des structures de soins de références que sont : le Centre National Hospitalier et

⁹ Tels que définis lors de la conférence d'Alma-Alta en 1978

¹⁰ L'initiative de Bamako poursuit un double objectif : d'une part, favoriser l'accès des populations pauvres aux médicaments essentiels, et d'autre part favoriser la participation communautaire à travers l'implication des comités de santé.

Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, le Centre National Hospitalier de Pneumo-physiologie (CNHPP), le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP), le Centre National de Gérontologie (CNG) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), le Laboratoire Central du Service National des laboratoires de santé publique ;

- **le niveau intermédiaire ou départemental** est administré par le Directeur Départemental de la Santé. La direction départementale est chargée de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elle organise aussi la surveillance épidémiologique dans le département. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas provenant des hôpitaux de zone ;

- **le niveau périphérique ou opérationnel** : à ce niveau de la pyramide sanitaire de la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava, on distingue :

- l'Hôpital de Zone qui est la plus importante formation sanitaire de la Zone Sanitaire de par son plateau technique ;
- les Centres de Santé qui ont pour tâche d'assurer les soins curatifs, préventifs et promotionnels, sans oublier les actes de petite chirurgie;
- les hôpitaux privés ou confessionnels ;
- les Unités Villageoises de Santé qui assurent les premiers soins dans les localités qui en disposent.

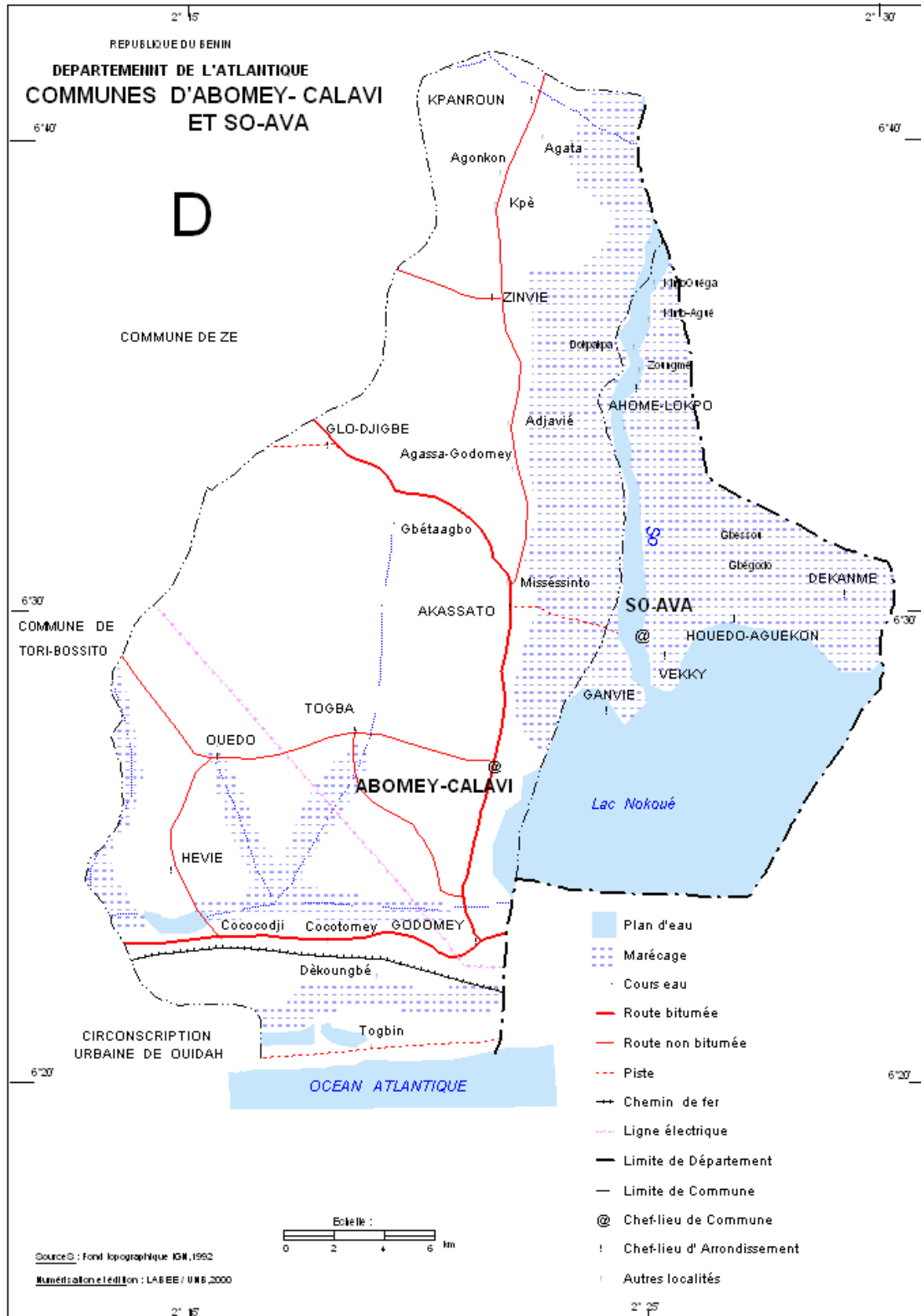


Figure 2: Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

Ce niveau périphérique représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. C'est le niveau d'intégration de toutes les activités. Il est constitué des communes d'Abomey-Calavi et de Sô-Ava. Il est destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants¹¹.

Mais cette organisation pyramidale du système de soins biomédical n'empêche pas pour autant la persistance des maladies non transmissibles dont l'hypertension artérielle. En effet, la zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava souffre d'un manque d'infrastructures sanitaires et d'un nombre insuffisant de personnel sanitaire voire inexistants dans les villages de Houéga Agué et d'Adjagbo (zone sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava, 2013). Cette situation a favorisé l'existence d'un paysage des soins impliquant plusieurs acteurs.

3-6 Système de soins à Houéga Agué et à Adjagbo

Dans les villages d'Adjagbo et de Houéga Agué, la question de savoir : « *A qui la population s'adresse en cas de maladie en général et de l'hypertension artérielle en particulier* » lors des entretiens de groupe, a permis de répertorier une liste d'acteurs de soins. Encore appelés dôtó, les professionnels du secteur biomédical (Centre de santé public, clinique, centre médicosocial et confessionnel) occupent une place importante dans le dispositif thérapeutique des patients selon les informateurs de l'étude. La persistance et la complication de la maladie obligent la population à conduire les malades au centre de santé d'arrondissement ou dans les centres privés qui sont installés à proximité de la population. Cependant, les interviewés ont déploré la qualité du personnel soignant de ces centres privés, le manque d'équipements et l'accessibilité à une catégorie privilégiée de la population. L'accès aux soins dans les services de santé selon Kpatchavi (2011) « *nécessite beaucoup d'investissements, notamment en temps (voyages, longue durée d'attente) et en moyens financiers (coûts des soins et des médicaments)* ». Il se dégage que

¹¹ Op.cit

l'accessibilité aux soins du secteur biomédical demeure une préoccupation majeure pour les habitants des localités d'Adjagbo et de Houéga Agué.

Les membres de la famille et le voisinage constituent le cercle immédiat interpellé dans les premiers instants de la manifestation de la maladie chez les *Ayíẏ*. Ce réseau de relations familiales et de voisinage dispose selon les informateurs d'un stock d'informations et d'expériences sur la maladie et la santé qu'il met à la disposition du malade. C'est le système, « *pris dans sa totalité, qui guérit, et non seulement les thérapeutes car il construit culturellement la maladie (illness), en tant qu'expérience psychosociale qui affecte, au-delà du malade, sa famille et son réseau social* » (Kleinman, 1980: 72). Ces acteurs proches prodiguent des conseils et peuvent même influencer la décision du malade et de ses parents dans leur choix thérapeutique.

Les phytothérapeutes encore appelés ‘*amawató*’ sont très nombreux aussi bien à Houéga Agué qu'à Adjagbo et sont composés de femmes et d'hommes. Les femmes exercent plus cette profession dans les marchés sous deux aspects : en tant que phytothérapeute et vendeuse de feuilles (*amassató*). A Houéga Agué, cinq phytothérapeutes de sexe féminin ont été identifiés dans le marché et trois à Adjagbo. L'observation de ces dernières lors de la collecte des données montre qu'elles proposent en général des thérapies sur la base des déclarations des patients. Par contre, d'autres patients sont servis sur la base de leur ordonnance. Cette implication de la gent féminine dans la phytothérapie montre que dans l'univers socio-culturel *Ayíẏ*, le domaine des soins destiné aux femmes dépasse en général la sphère familiale. Mais la proximité des phytothérapeutes ne limite pas la sollicitation d'autres acteurs thérapeutes.

Les prêtres et devins guérisseurs occupent également une place importante dans la chaîne thérapeutique des patients *Ayíẏ*. Le prêtre guérisseur¹² encore appelé

¹² L'expression prêtre guérisseur renvoi ici au prêtre traditionnel communément appelé *hùno*

hùno est responsable de culte d'une divinité ou de plusieurs divinités qu'il célèbre. Les douze prêtres-guérisseurs répertoriés (cinq à Adjagbo et sept à Houéga Agué) sont en majorité responsables du culte de la divinité " *thrɔn kpétɔ Alafia* " ¹³.

Le devin-guérisseur ¹⁴, quant à lui, exerce la divination, découvre la cause ou le sens de la maladie avec l'assistance soit des génies, soit des ancêtres et guérit. Ainsi, selon les interviewés, lorsque l'état du malade ne connaît pas une amélioration considérable après l'application de certaines thérapies ci-dessus évoquées, il lui est fait référence pour donner un sens à la maladie. Cinq devins-guérisseurs exercent présentement à Adjagbo et trois à Houéga Agué. Mais, la distinction entre le prêtre guérisseur et devin-guérisseur n'est pas toujours facile à opérer. Selon Kpatchavi (2011) : « *Dans l'exercice de leur fonction, il se trouve parfois que les uns prolongent leurs activités dans le domaine des autres. Cette situation suscite quelques conflits d'attribution et les domaines de compétences ne sont pas l'apanage de quelques-uns seulement.* » (Kpatchavi, 2011 : 165-166). Il ressort que la délimitation des interventions des deux acteurs n'est pas facile à distinguer.

Les vendeurs ambulants de divers médicaments pharmaceutique et naturel sont en nombre non négligeable dans les villages de Houéga Agué et d'Adjagbo. Ils peuvent être classés en deux catégories suivant la nature de leurs produits. La première catégorie comprend essentiellement les femmes revendeuses de médicaments pharmaceutiques industriels commercialisés à travers le marché informel d'origine asiatique, africaine, américaine et européenne. Ces femmes passent de maison en maison à longueur de la journée pour vendre les médicaments sans ordonnance ni consultation mais, suivant la description faite de la maladie ou suivant les effets positifs des médicaments ventés par ces dernières. Les enquêtés

¹³ Le thrɔn incarne l'esprit d'un homme mystique appelé Mama Séidou. Son origine serait inconnue. Cet homme, dont l'histoire raconte la bravoure, aurait délivré les habitants de la Mecque en Arabie Saoudite, d'un esprit maléfique incarné par un caïman. Il disparu puis réapparut dans plusieurs pays d'Afrique, déclaration d'un hùno, le 12 Août 2014.

¹⁴ Celui de devin-guérisseur renvoie au bokɔ no

ont lié le phénomène à la proximité avec le marché international de *Dantokpa* situé à Cotonou ; la capitale économique de la République du Bénin.

La deuxième catégorie est majoritairement constituée des hommes ventant aussi les mérites des produits améliorés (en poudre ou en essence) extraits des plantes naturelles d'origine diverses. Ce phénomène date des années 1990 dans les quartiers d'Adjagbo et de Houéga Agué selon les informateurs de cette étude.

Cette présentation des recours thérapeutiques disponibles dans l'univers socio-culturel *Ayíẗ* équivaut à ce que Kpatchavi (2011) a appelé le '*paysage sanitaire réel*' qui correspond à ce que font les individus habituellement en cas de maladie. Ce '*paysage sanitaire réel*' dans les deux localités n'est pas exhaustif. Il pourra s'étendre à d'autres acteurs dans les chapitres suivants.

Chapitre 4 : Représentation de la maladie et de la santé en milieu Ayízō d'Abomey-Calavi

4-1 Notions de maladie et de santé

La notion de maladie apparaît plus diversifiée et complexe que celle de la santé. Il est souvent difficile de distinguer ce qui représente la maladie comme tel ou encore ce qui définit la santé. Dans cette perspective, la présente partie prendra appui sur les travaux de Laplantine (1986) et Herzlich (1975) sur la maladie et la santé. Laplantine (1986), dans son ouvrage "Anthropologie de la maladie", expose une classification de la maladie selon quatre modèles: le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique.

De telles conceptions se retrouvent dans le groupe socio-culturel Ayízō de Houéga Agué et d'Adjagbo comme le témoignent certaines déclarations des informateurs suite à la question : "Que signifie pour vous la maladie ?"

«nú é nyīàzón wényī wěnú é Wutu jè vívé jí bó é má só nó móměDé mēǎ » (la maladie c'est lorsque le corps fait mal et on ne se retrouve pas)¹⁵ ;

Pour d'autres,

« ázòn sín tínmé wényíágbázá tówé só nó wàazó gán jíá bòásísó ná wáázó ǎánó wá léǎ » (la maladie signifie que le corps ne réagit plus correctement, on n'arrive pas à mener les activités habituelles)¹⁶;

« ázón ònúdqé wéenyībó nóbjò lamémētòn bo nò vé » (la maladie c'est quelque chose qui pénètre le corps et le fait souffrir)¹⁷.

On constate de ces propos que la maladie est une chose (objet, microbe, démon etc.) qui pénètre un corps saint qu'il affecte. Il se dégage que la maladie est une entité

¹⁵ Propos d'un enquêté hypertendu à Houéga-Agué, le 05 Août 2014.

¹⁶ Propos d'un enquêté tradipraticien à Houéga-Agué, le 07 Août 2014.

¹⁷ Propos de la présidente du groupement des femmes à Adjagbo, le 03 Octobre 2014.

qui perturbe la quiétude d'une personne. Cette perception de la maladie comme une entité a été évoquée par Zemplini (1983). Selon lui, la maladie est la manifestation à travers le malade d'une inconduite située à l'extérieur de ce dernier. Le malade subit une volonté qui s'impose à lui ; quelle qu'elle soit, somatique ou psychique, la maladie est le signe d'une faute échappant à la conscience présente de l'acteur social qu'est le malade. Les réponses à cette même question sont également illustrées par le tableau suivant.

Tableau V: Tableau illustratif de la Perception de l'entité maladie (Echantillon 60)

Maladie	Nombre de fois	% Arrondi
Maladie= mal ou souffrance du corps	45	75
Maladie= immobilité physique provoquée	32	53
Maladie= mauvais état ou absence de santé	23	38

Source : Données de terrain, 2014

Il ressort de l'analyse de ce tableau que la perception de la maladie couvre plusieurs sens ; la maladie est à la fois la souffrance du corps (75%), l'immobilité physique provoquée (53%) et l'absence de santé (38%). De cette illustration, on déduit que les représentations de la maladie chez les *Ayízõ* se font souvent par l'énoncé de ses conséquences. On peut alors concevoir la maladie comme étant une incapacité ressentie par l'individu par rapport à l'ensemble de ses fonctions et de ses obligations.

Quant à la santé, selon la majorité des personnes interrogées, elle est l'opposée de la maladie et est à la fois physique, sociale et moral. Le premier élément qui sert à définir la santé est la forme physique. La notion de forme physique fait référence à l'état d'un homme à être actif dans les différentes tâches de la vie quotidienne. Elle fait aussi référence à la capacité, d'être capable de, au fait de bouger, de pouvoir vaquer aux occupations de la maison, aller au marché, se rendre au champ. Selon ces informateurs, l'exécution de ces activités est la caractéristique de la santé.

Dans un autre ordre d'idée, la santé est illustrée à travers la façon de s'exprimer, de se comporter vis-à-vis des autres. Le rapport entre la disponibilité aux autres et la santé a aussi été évoqué par les enquêtés. Il se dégage que, le fait qu'une personne soit aux services des autres membres de son environnement social est un gage de santé.

Cette conception de la santé rejoint d'ailleurs la définition de la santé proposée par l'OMS(1946): « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Il ressort de cette définition que la notion de santé va au-delà de l'apparence et prend en considération les éléments subjectifs. Si la notion de la maladie est en général énoncée par ses conséquences, qu'en est-il de l'hypertension artérielle ?

4-2 Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées hypertendues

Le sexe est un paramètre central de l'analyse démographique. Au cours des dernières décennies, plusieurs études se sont intéressées à l'influence du facteur sexuel sur les pratiques thérapeutiques (Biaye, 1994; M'Backé et al., 1991; Das Gupta et al., 1995). Au terme de la collecte, l'échantillon est nettement déséquilibré du point de vue de la distribution par sexe : 12 femmes sur 20 enquêtés soit 60% et 08 hommes soit 40%. La différence de la prévalence de l'HTA entre les sexes a été relevée dans une étude de Kearney et al., (2005) selon laquelle une légère différence de la prévalence de l'HTA entre les hommes (26,9%) et les femmes (28,3%) est liée à une interaction entre l'âge et le sexe.

La population des personnes âgées hypertendues que la présente étude a interrogée est en majorité composée de personnes de 75 ans ou plus à savoir 13 personnes sur 20. Cette sous population se caractérise par une forte représentation féminine. La personne hypertendue la plus âgée est une femme de 85 ans. Les personnes âgées de 60-75 ans s'affichent avec 07 personnes sur 20. Cette proportion compte plus d'hommes que de femmes. Or le Recensement Général de la Population

et de l'Habitat (RGPH3) de 2002 a indiqué que les rapports de masculinité des personnes âgées font apparaître progressivement une plus faible proportion des hommes d'un recensement à l'autre et se traduit par une augmentation progressive de la proportion des femmes âgées (INSAE, 2002). Il se dégage qu'à Adjagbo et Houéga Agué, la population des personnes les plus âgées, est celle des femmes et leur nombre dépasse celui des hommes au fur et à mesure que l'âge augmente.

L'état matrimonial est une variable importante qui permet d'apprécier les conditions de vie des personnes âgées, puisqu'il peut poser le problème de l'assistance des couples en cas de maladie. Les informations recueillies permettent de déduire que la majorité de nos enquêtés hommes (5/8) vit avec une épouse. Les huit (8) informateurs de sexe féminin sont veuves sur les 12 interrogés. Cette situation peut se traduire d'une part, par la mort précoce des époux et d'autre part, par le fait que les femmes se remarient moins fréquemment que les hommes à la suite d'un divorce, d'une séparation ou de la mort du conjoint.

Le niveau d'instruction, c'est le niveau le plus élevé qu'un individu a atteint dans ses études. Il est un facteur déterminant dans la vie sociale. Plus ce dernier est élevé, plus grandes sont les possibilités d'avoir accès à un emploi mieux rémunéré, en vue de mener une vie décente. Le niveau d'instruction peut être aussi un facteur d'ouverture au monde, tant intérieur (le village) qu'extérieur (la ville, le pays et le reste du monde). Par ailleurs, l'instruction permet d'éviter certaines maladies ou d'avoir une bonne prise en charge des maladies. Or à Adjagbo et à Houéga Agué, 16 hypertendus sur 20 sont illettrés ou n'ont aucun niveau d'instruction. Cette situation pourrait être liée au manque d'infrastructures scolaires aussi variées et mieux réparties dans le pays ou au fait que les gens ne s'intéressaient pas à envoyer les enfants à l'école dans l'ancien temps.

La quasi totalité des personnes âgées hypertendues sont non occupées. Seules quelques femmes (02) d'entre elles ont un petit étalage de divers. Trois hommes sont fonctionnaires à la retraite sur les 8 interrogés. Cette situation fait que les

interviewés déclarent ne pas avoir un revenus et vivent grâce à l'assistance que leur apportent les enfants, les petits enfants et d'autres connaissances. Cette dépendance financière des personnes âgées hypertendues est un indicateur de la charge supportée par leurs parents et alliés.

A Hoéuégá Agué et à Adjagbo, certaines personnes âgées hypertendues ont déclaré prendre trois repas par jour. Par contre, d'autres n'ont que deux repas par jour. Elles se nourrissent essentiellement d'akassa (*gi*) fait à base de maïs, de la pâte de maïs et du gari (farine de manioc). Ces repas sont accompagnés de sauce "tomates", de sauce "graine" ou de sauce "légume" avec du poisson et quelques fois de la viande. Ces constats posent le problème de la qualité et de la quantité de l'alimentation des personnes âgées hypertendues.

Le Bénin est un Etat laïc où cohabitent plusieurs confessions religieuses. A Adjagbo et à Houéga Agué, les personnes âgées hypertendues, dans leur ensemble, sont des croyants. La majorité se réclame des pratiques endogènes (18 sur 20). Le reste est soit catholique soit évangéliste. Mais, il faut signaler que certains d'entre eux pratiquent plusieurs religions à la fois.

Au terme de ce chapitre, les représentations de la maladie et de la santé chez les Ayíẏ de la commune d'Abomey-Calavi sont des connaissances populaires, culturelles et sociales. Ces connaissances mettent en évidence les aspects négatifs de la maladie et les aspects positifs de la santé. Par ailleurs, les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées hypertendues ont permis de montrer que la prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée chez le sexe féminin corroborant ainsi les rapports de masculinité des personnes âgées du RGPH3 (INSAE, 2002). Aussi la qualité et quantité des aliments consommés par les hypertendus laisse-t-elle à désirer. Quels sont l'expérience et le vécu de ces personnes avec l'hypertension artérielle ?

Troisième partie
Construction sociale du Polytraitement de
l'hypertension artérielle

Chapitre 5 : Construction sociale de l'hypertension artérielle

Les représentations sociales sont selon Jodelet (1989) « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989: 36). Cette partie abordera les différents construits sociaux de l'hypertension artérielle à travers sa nosologie, son étiologie et ses symptômes.

5-1 Construction des symptômes, de la nosologie, de l'étiologie et la chronicité de l'HTA

Pour aborder cette partie, la présente recherche a emprunté la théorie populaire du cancer telle qu'elle se manifeste chez les patients québécois francophones de Saillant F. (1988) dans "*cancer et culture*". Cette théorie place les événements de vie au cœur de l'interprétation de la maladie.

5-1.1 Symptomatologie populaire et manifestations de l'HTA

L'activité clinique de type anthropologique selon Francine Saillant : « *consiste donc à identifier les catégories culturelles en usage par les soignés et les soignants et à en saisir le mode d'organisation. Ces catégories considèrent à la fois les signes et les symboles rattachés aux symptômes, au corps et à la maladie.* » (Saillant, 1988 :64).

A ce sujet, tous les interviewés ont déclaré que l'hypertension artérielle est une maladie qui s'accompagne de symptômes et que les manifestations de ces symptômes ne se ressentent pas de la même façon. Le tableau VI résume le récapitulatif global de ces symptômes.

Tableau VI: Identification des signes caractéristiques de l'HTA (Echantillon 52)

Symptômes	Nbre de fois	% Arrondi
Migraine, tête lourde	38	73,1
Transpiration (sudation), chaleur et battement anormal de cœur, gros ventre, essoufflement	32	61,5
Difficulté à mouvoir les membres, difficultés à parler	28	54
Tremblement des membres et Insomnie	25	48,1
Faiblesse (fatigue générale) et déséquilibre	20	38
Sensibilité au bruit	18	35
Fourmillement	16	31
Quinte de toux	13	25
Maux de tête	10	19
Fièvre	8	15

Source : Données de terrain (Août-Novembre 2014)

De l'observation des résultats présentés dans le tableau ci-dessus, plusieurs signes permettent d'identifier l'HTA. Ils se composent majoritairement de la migraine (73,1%), la transpiration/sudation (61,5%), la difficulté à mouvoir les membres et à parler, le tremblement des membres et l'insomnie (48,1%) etc... Il ressort de cette analyse que 10 signes caractérisent l'hypertension artérielle chez les personnes interviewées.

Ces signes largement évoqués sont justifiés par les propos de certains informateurs:

« núdè dọ gúdo' bò nó síséwé hun yí jí zòn wé, b̀̀áwl̀̀n só nó sáwè ằ̀ b̀̀ ǹ̀koun tówé l̃́ nólile “fli fli fli” » (*Il y a quelqu'un derrière qui te pousse, c'est la tension qui te pousse, tu as l'insomnie, les yeux qui tournent et font fli fli*¹⁸)¹⁹.

¹⁸ fli fli fli: renvoie au bruit que produit la libellule lorsqu'elle vole

¹⁹ Propos d'un enquêteur hypertendu à Adjagbo, le 08 Août 2014.

L'hypertension artérielle renvoie dans ce cas, aux signes de tremblement des membres, à l'insomnie et est assimilée à une entité invisible dont l'action agit sur la personne hypertendue et lui cause des troubles de l'insomnie. Donc la notion d'invisible peut être responsable des manifestations de l'HTA en milieu Ayízǎ.

« nú bí nó cí kò númí, núkóún mé lélé nózin mídaji bɔ mí nɔjájí, bɔ lame nɔblá, àfò bi nó jì, bɔ xame nɔwii me » (*Vous aviez une fatigue générale, le vertige qui vous fait tomber, le corps transpire, vous êtes immobilisé, les pieds qui s'enflent, les maux de ventre douloureux vous secouent*)²⁰.

L'hypertension artérielle apparaît comme réductrice des activités quotidiennes de celui qui en souffre. Dans cette situation, Laplantine (1986) parle de "médecine-gratification". L'hypertendu a alors un statut privilégié unique qui lui permet de se soustraire à différentes contraintes de la société et d'attirer l'attention sur soi.

On conclut alors que la description des symptômes de l'HTA se fait moins par des valeurs numériques du tensiomètre que par des événements psychologique, physiologique et social qui rendent difficiles les activités quotidiennes ou le comportement social. Ce constat a été ressorti par Guindo (2006) dans une étude menée au Mali sur le traitement traditionnel de l'hypertension artérielle : « *les signes cliniques observés par les thérapeutes traditionnels pour un sujet hypertendu sont : les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les douleurs thoraciques et les œdèmes* » (Guindo 2006: 59).

Cette description de plusieurs symptômes par les interviewés de la présente recherche, peut être rangée en deux catégories (Sarradon-Eck et al., 2008 ; Fonga, 2014).

D'abord les symptômes liés au cœur ont été incriminés. A en croire certains informateurs, le battement anormal du cœur serait causé par le flux sanguin. Pour eux, la constitution physiologique du sang ne serait pas fluide pour circuler aisément

²⁰ Propos d'un enquêté hypertendu à Adjagbo, le 12 Août 2014.

dans les vaisseaux sanguins. Ce manque de fluidité de l'élément sang à circuler aisément dans les vaisseaux sanguins évoqué par les informateurs de la présente recherche, a été déjà exprimé dans les travaux de recherche de Marc Augé qui soutient que l'observation des faits africains montre au moins d'une part, que l'interprétation de la maladie n'est pas sociale en un sens univoque et d'autre part, que la prise en considération de sa ou ses dimensions sociales n'y est exclusive ni celle des équilibres entre substances ou entre humeurs qui sont censés, comme dans la Grèce d'Hippocrate, garantir la santé (Augé, 1991). Par contre, pour les wolofs du Sénégal, l'hypertendu a un excès du sang, les poumons bloqués, le cœur entouré de graisse, le foie qui rétrécit, « tout monte à la tête » (Salem et Lang, 1993).

Deuxièmement, des symptômes liés aux nerfs ont été mis en évidence par les interviewés à travers les expressions telles que la sensibilité au bruit, maux de tête, fourmillement, fatigue générale. C'est comme si les nerfs sont sensibles à certaines manifestations de l'environnement physique et social. Ces sensations comme le vertige font que l'on pouvait ressentir la survenue ou la baisse de la tension artérielle.

De plus, pour mieux cerner les manifestations décrites par les enquêtés, la présente recherche a exploré le registre de la nosologie de l'hypertension artérielle.

5-1.2 Nosologie de l'hypertension artérielle

Le vocabulaire *Ayízǎ* contient pas mal d'expression pour désigner l'hypertension artérielle. Des entretiens réalisés, il ressort que les termes suivants sont utilisés pour évoquer l'HTA : *hun yí jí zǎn*, *hun yí àga*, *hun yí dǎ*, *azǎn jáũn jáũn* et *hun súkpó húgán sìn*. Certains informateurs ont aussi mentionné l'expression « Attention ou tension » pour dire l'hypertension artérielle en français ; cette dernière est un emprunt au lexique médical. Le tableau VII présente une description de chacun de ces termes dans la langue *Ayízǎ*.

**Tableau VII: Description des différentes expressions de l'hypertension artérielle chez les
Ayíẓ**

Expressions (énoncés)	Description	Signification
Hun yí jí zòn	hun = Sang yí= aller jí= plus (montée) zòn= maladie	Maladie de la montée (pression) sanguine
Hun yí àgá hun yí dò	yí= aller àgá= en haut hun= sang yí= aller dò= bas	-Le sang a monté -Le sang a baissé
Hun súkpó húgán sìn	Hun= sang sukpó= beaucoup húgán= plus que sìn= eau	La quantité du sang dépasse celle de l'eau (le sang est concentré)
azòn jáũn jáũn/ nũ wlí me (nú zón méjí)	Jáũn jáũn= attaque suivi de réactions convulsives nũ= chose wlí= attraper/attaquer mé= personne nũ= chose zón= tomber (souffler) mé= personne jí= sur	Maladie due à une attaque qui vient on ne sait d'où, suivie de réactions convulsives
núkún yò sínlúmé	núkún: oeil yò : dans sínlúmé : le noir	L'œil est dans du noir
Còxwìyě	Cò= méfier xwìyě : toi même	Méfie-toi

Source : Données de terrain, 2014

De l'analyse de ce tableau et des interviews réalisées, il ressort deux notions habituellement utilisées en milieu *Ayízǎ*: *Hun yí jí zǎn* et *azǎn jáũn jáũn/ nũwĺmɛ (nú zǎn mɛjí)*. La première se réfère à la montée de la pression sanguine qui est largement partagée par les informateurs et la deuxième à la surprise et la brutalité de l'attaque de l'HTA. Cette dernière nosologie n'est pas très différente de celle utilisée pour désigner le tétanos.

5-1.3 Registre étiologique populaire

Les théories étiologiques populaires de Massé (1995) et de Laplantine (1989) sont sollicitées en appui à celle de Saillant (1988). Pour Massé chaque culture véhicule une théorie étiologique liée à chaque maladie. Selon Laplantine l'une des façons permettant d'étudier les représentations de la maladie consiste à interroger les caractéristiques étiologiques en présence qui commanderaient nos représentations populaires et savantes. En effet, la manière dont la maladie est socialement construite peut être appréhendée autour de ses conceptions causales qui font par ailleurs souvent partie des premières interrogations des acteurs sociaux.

Ces caractéristiques étiologiques renvoient à deux groupes de représentations de la maladie, étant considérée soit comme une entité exogène au malade « *pénétrer par effraction dans le corps de l'individu qui n'y est pour rien* », soit comme provenant du malade lui-même (endogène) (Laplantine, 1989 cité par Partington, 2009: 21). Il résulte des propos de ces deux auteurs qu'à chaque maladie correspond un ou plusieurs causes.

A ce propos, les résultats des entretiens montrent que l'hypertension a des causes diverses. Ainsi les enquêtés ont attribué à l'HTA des causes alimentaires, psychosociales, sociales et innées. Le tableau ci-dessous présente les pourcentages de ces différentes causes.

Tableau VIII: Tableau illustratif des causes de l'HTA (Echantillon 52)

Causes	Nbre de fois	Fréquence(%)
Alimentaires	32	62
Psychosociales	27	53
Héréditaires	15	29
Maléfice/infortune	10	19
Sans réponse	7	13

Source : Données de terrain, 2014

La lecture du tableau montre que parmi les causes citées viennent en première place celles qui sont d'ordre alimentaire (62%), ensuite les causes psychosociales (53%), les facteurs héréditaires (29%) et les causes sociales (19%). Enfin, une frange non négligeable des enquêtés (13%) estime ne pas connaître concrètement les causes de l'hypertension artérielle.

Les lignes suivantes aborderont l'analyse les représentations sociales liées aux facteurs étiologiques ci-dessus évoqués.

5-1.3-1 Alimentation comme nid de l'HTA

La corrélation largement évoquée entre les aliments et l'hypertension tension artérielle (62%) met en cause les habitudes alimentaires des personnes interrogées. En effet, selon les enquêtés de cette étude, certains aliments agissent négativement sur le sang qui est vital pour l'organisme. Dans cette perspective, un interlocuteur déclare :

« A cause de la tension, tu as des interdits alimentaires. Par exemple tu ne dois pas manger la pâte de maïs, ni la viande et le poisson frais, le sel ; tout ceci te donne l'insomnie, les maux de tête et le battement du cœur. Lorsque tu te rends à l'hôpital, l'agent de santé te dit que ta tension a monté. Qu'est-ce

tu as mangé ? »²¹. La nourriture devient donc responsable de l'apparition des symptômes de l'hypertension artérielle.

De semblables conceptions sont largement répandues chez d'autres populations africaines. Ainsi pour les zarma du Niger (Jaffré et al., 2003), la quantité de sang peut varier d'une personne à une autre. Cela dépend de l'identité du sujet mais aussi de son alimentation. Certains mets sont supposés accroître la quantité de sang, d'autres denrées sont au contraire ressenties comme délétères. De même une analyse fine de la répartition géographique du cancer du rhino-pharynx et différents autres arguments laissent à penser que des facteurs nutritionnels, liés aux habitudes alimentaires de certains groupes culturels, pourraient être le chaînon explicatif (De Thé et Hubert, 1988). L'encadré 1 illustre l'expression du lien que font les enquêtés sur l'interaction entre le sang et les aliments consommés.

Encadré 1 : Expression de l'effet négatif des produits chimiques sur la santé

Je suis maçon, marié et père de 5 enfants. J'ai grandi auprès de mes parents. Les repas que nos parents ont consommés sont différents de ceux que nous mangeons aujourd'hui. C'est la nourriture qui donne la tension. Moi à ma naissance, c'est le petit piment et une sorte de moutarde que je connaissais. Et il n'y avait pas de cube dans les repas. Mais aujourd'hui nous vivons des produits cultivés à base d'engrais chimiques. Ces produits chimiques passent dans le sang et vous prenez plus du poids.

Récit d'un enquêté hypertendu à Houéga Agué, 28 Octobre 2014

Source : Données de terrain, 2014

Du contenu de ce récit de vie, quelques points forts se dégagent. La différence entre les aliments d'aujourd'hui et ceux d'hier, la présence de l'engrais chimique dans les différentes cultures vivrières et le passage de ces produits chimiques dans

²¹ Propos d'un enquêté hypertendue à Houéga Agué, le 13 Octobre 2014.

le sang. On retient alors que toute représentation se fonde sur le vécu et la comparaison entre les habitudes passées et présentes. Cela prouve que la finalité des aliments consommés abouti au sang.

Pour la quasi-totalité des informateurs qui sont du corps médical, certains micronutriments tels que le chlorure de sodium (sel) au-delà des besoins physiologiques sont associés à une élévation de la tension artérielle et il en est de même de l'alcool, de certaines huiles et du tabac. Donc certains comportements alimentaires exposent l'homme à l'hypertension artérielle.

Par ailleurs l'étude INTERSALT a bien illustré l'association entre sodium consommé et niveau de pression artérielle entre diverses populations réparties à travers le monde. Au sein d'une même communauté, il existe par ailleurs une influence directe de la consommation sodée sur la pente de la relation Pression Artérielle (PA) - âge. (The Intersalt Co-operative Research Group, 1988).

Dans la même foulée, Stamler et coll ont montré qu'une réduction de sodium alimentaire de l'ordre de 100 mmol/jour pendant 30 ans abaisse la pression artérielle systolique de l'ensemble de la population de 2mmHg avec, au fil des années, une diminution du risque de mortalité globale de 3 %, par accident vasculaire cérébral de 6 % (Stamler et coll, 1989). La prévalence de l'hypertension artérielle est deux fois plus grande quand des sujets consomment plus de 6 verres d'alcool/jour. La pression artérielle augmente dès le 3^{ème} verre quotidien (Saunders et al, 1981).

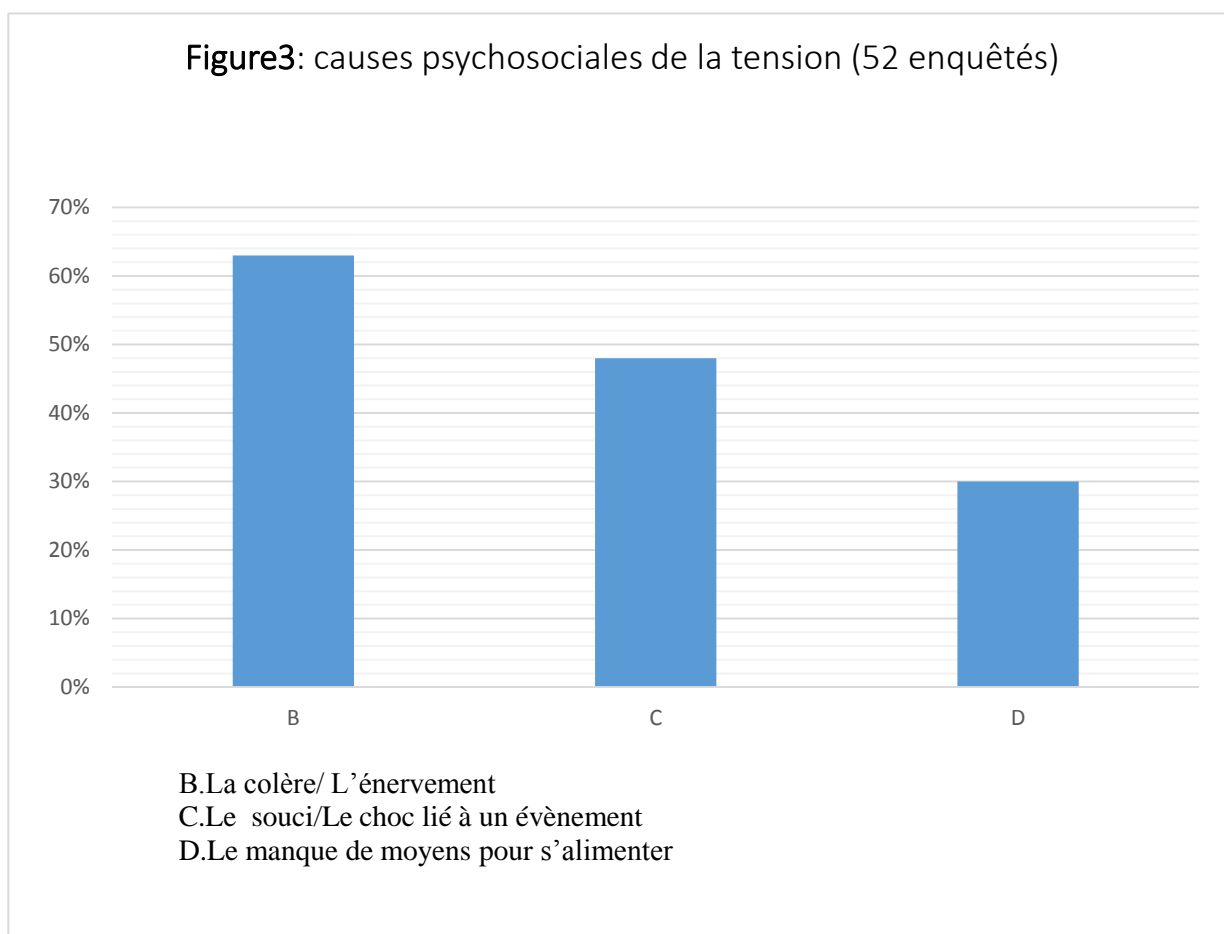
Toutes ces causes alimentaires peuvent être situées à divers niveaux : la nature et le mode de conservation de l'aliment, les interdits liés à certains mets et enfin l'excès dans la consommation de certains aliments. Si les aliments interagissent avec le sang, comment se manifestent alors les variables psychosociales.

5-1.3-2 Causes psychosociales

Appréhender les variables psychosociales n'est pas un exercice facile en général et celles dont la présente étude rend compte en particulier. Selon Markovitz

(1993), les études réalisées sur la corrélation entre les facteurs psychologiques et l'hypertension ne permettent pas de tirer des conclusions définitives quant à la causalité des variables psychosociologiques dans la survenue de la tension. Les contradictions entre les constatations de différentes études ayant évalué les relations entre certains facteurs psychosociaux et l'HTA tiennent probablement aux différences de conception, d'instruments d'évaluation des facteurs psychosociaux, de population de ces différentes études, ainsi qu'à la variabilité de chaque facteur psychosocial chez un même individu, entre les individus et entre les populations (Markovitz et al, 1993).

Pour ce fait, la présente recherche, en s'inspirant des travaux de Markovitz (1993) s'est limitée à l'analyse des facteurs psychologiques (la colère), environnementaux (les évènements de la vie : le stress) et sociaux (les conditions de vie : manque de ressources). La réponse aux causes psychosociales de l'hypertension artérielle est illustrée dans le graphique suivant.



Source : Données de terrain, 2014

Les résultats présentés dans la figure ci-dessus montrent que la colère et le souci sont des facteurs de premier ordre dans la survenue de l'hypertension chez les interviewés.

Voici les déclarations témoins d'un interviewé.

« *L'hypertension artérielle a plusieurs causes : la première est la colère. Lorsque tu t'énerves suite à une information, le sang se chauffe et il ne peut pas circuler librement dans les vaisseaux sanguins et lorsque le passage est forcé, il provoque l'hypertension artérielle* »²². Selon ces propos, la circulation du sang sous l'effet de la colère serait responsable du déclenchement de l'hypertension artérielle.

²² Propos d'un enquêté (leader d'opinion) à Houéga agué, le 13 Octobre 2014.

Un autre estime que :

« Si quelqu'un m'énerve, j'ai les maux de tête, je manque d'équilibre dans la marche, j'ai la fièvre et mes membres tremblent »²³.

La colère est alors le résultat des phénomènes physiologiques liés à la perception ou à l'écoute d'un stimulus physique ou social.

Certains informateurs ont lié la survenue de l'hypertension artérielle aux problèmes de la vie.

« Les chocs liés au vécu dans l'environnement social provoquent la tension. Il y a tellement de soucis, tous les problèmes de la vie. C'est cela qui donne la tension à l'homme »²⁴.

Les problèmes de la vie entraînent des chocs internes chez l'individu qui les extériorise par la crise d'hypertension artérielle. Les catégories étiologiques populaires de l'hypertension artérielle dans les études françaises, plaçaient le « stress » comme première cause d'hypertension artérielle. Le « Stress » - qui dans sa conception étiologique signifie la pression sociale et/ou un choc émotionnel - et la pression artérielle étaient reliés par une logique métaphorique dans la pensée populaire (Sarradon-Eck et al., 2008).

Par ailleurs, d'autres enquêtés ont évoqué le manque de moyens financiers qui met l'homme dans une situation d'isolement social ou familial important. Tous ces éléments participent à la création d'un état de souci ou de stress qui déclenche l'hypertension artérielle. Des recherches approfondies sont nécessaires dans ce domaine. Ces constatations conduisent à soulever la question du degré d'influence des facteurs héréditaires sur l'hypertension artérielle.

²³ Propos d'un enquêté (sage) à Adjagbo, le 14 Octobre 2014

²⁴ Propos d'un enquêté tradipraticien à Adjagbo, le 14 Octobre 2014

5-1.3-4 HTA : une maladie ataviste

Des progrès énormes sont faits pour comprendre les relations héréditaires permettant de relier gènes et niveau de pression artérielle. Ainsi, plusieurs études longitudinales de longue durée sur l'hypertension ont déjà montré que les individus conservent leur place les uns par rapport aux autres dans l'échelle des chiffres tensionnels (OMS, 1962 ; Strasser, 1992).

Pour 29% des interviewés, l'hypertension artérielle peut passer des ascendants aux descendants. Effet, certains enquêtés, surtout les hypertendus, estiment ressentir les mêmes manifestations que celles que l'un de leurs parents biologique ou social décrivait lorsqu'il souffrait de l'HTA. L'encadré 2 contient le récit de vie d'un informateur à la question du lien générationnel de l'hypertension artérielle :

Encadré 2 : Description du lien générationnel de l'hypertension artérielle

[Homme de 65 ans (hypertendu), souvent immobilisé par l'hypertension artérielle raconte] . C'est ma mère qui a souffert de ça autour de 53 ans ; pour marcher c'est difficile, ses doigts tremblent, pour se lever c'est difficile, avant elle ne bégayait pas mais avec la tension elle a des difficultés à s'exprimer. Elle disait souvent "Attension Attension", "hun súkpó hùgán sìn"; maintenant c'est la même chose qui se passe avec moi. Presque tous les membres de ma famille souffrent de cela.

Récit d'un informateur hypertendu à Adjagbo, 30 Octobre 2014

Source : Données de terrain, 2014

Il ressort de ce récit de vie que la mère de l'interviewé a été d'abord hypertendue durant des années. Ensuite l'intéressé aussi ressent la même chose que sa mère et enfin d'autres membres de la famille en souffrent également. On retient donc que la réapparition des manifestations de l'HTA d'une génération à une autre au sein de la famille pourrait être favorisée par la composition psycho-sociale des parents et des facteurs environnementaux et sanitaires. De plus, la responsabilité de

la mère serait plus importante que celle du père dans la transmission de l'HTA car c'est elle qui conçoit, porte, met au monde et nourrit les enfants.

Une étude menée par Kpatchavi (1999) pour apprécier les savoirs locaux de la santé et de la maladie qui déterminent les modes de diagnostic, de thérapie et de prévention s'est déroulée au sud du Bénin dans le continuum dialectal gbé. Les résultats sont peu similaires à ceux obtenus dans la présente recherche. Il démontre que les maladies naturelles, par opposition à celles qui sont provoquées par un tiers, sont considérées comme "innées". Pour Kpatchavi, "azòn dò lanmè nú gbetó" signifie en fon que « la maladie se trouve dans l'organisme (le corps) de l'homme. » (Kpatchavi, 1999 : 64). La maladie est consubstancielle à l'existence humaine et varie en fonction des facteurs naturels.

Krzesinski (2002), notait que le risque de développer une hypertension artérielle lorsqu'on a un parent hypertendu est multiplié par 2,5. Si les deux parents sont hypertendus, ce risque est multiplié par 3,8. Cet aspect probabiliste n'a été ressorti par aucun des enquêtés de la présente étude.

Donc la transmission de l'héritage génétique d'un ascendant à un descendant expose parfois ce dernier à une maladie chronique. Au-delà de ces facteurs naturels responsables de l'hypertension artérielle, des causes sociales ont été évoquées.

5-1.3-5 Causes socioculturelles de l'hypertension artérielle

La maladie comme le dit Augé (1991) est une « *forme élémentaire de l'événement*, en ce sens que ses manifestations biologiques s'inscrivent sur le corps d'un homme mais font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale. ». Dans cette perspective, Nicole Sindzingre dira « *Etre le sujet d'une infortune est un événement fondamentalement injuste pour quiconque, qui implique la nécessité de trouver un sens, de l'insérer dans une chaîne de causes et d'effets c'est-à-dire une explication.* » (Sindzingre, 1991:96). La causalité *a priori* et la causalité *a posteriori* sont alors de mises dans l'interprétation de la maladie ou de l'infortune dans les sociétés traditionnelles.

Ainsi, à la question « Quelles sont les autres causes de l'HTA ? », certains informateurs (19%) ont estimé que l'hypertension artérielle peut être provoquée. En voici le contenu des échanges à ce sujet :

« “atansion” xlòlòdè, bɔ̀ “atansion” d̩̀d̩̀ lèdè, ényí xlòlòdè wèdò nɔ̀ sé ázízó núsò dòtò gón ékán yí d̩̀d̩̀ wèb yinɔ̀ su nɔ̀gbɔ̀ » (Il y a la tension simple qui provient de Dieu et la tension provoquée. Lorsque la tension est simple ou divine, j'envoie le patient vers l'agent de santé pour le guérir. Mais lorsqu'il s'agit de la tension provoquée par un esprit malveillant, je traite le patient moi-même)²⁵.

L'hypertension artérielle est alors attribuée à l'être suprême et à l'action malveillante d'une personne.

Un autre enquêté déclare

« “atansion” dè lèdè bó nɔ̀hú gán dòtò lè,nyé nɔ̀gbéjé ázízón nɔ̀gbòn kákábó kànò m̀núdè ãbɔ̀ázízón nɔ̀kà nɔ̀kpɔ̀dɔ̀ azɔ̀njɛ wɛ. nyé nɔ̀ sɛ èdɔ̀ mí gɔ̀n, asé zɔ̀n né, ènádòd̩̀ásé tɔ̀ lɛ tɔ̀n » (Il y a des “hypertensions, tensions artérielles” qui dépassent les compétences des centres de santé, les agents de santé font toutes les analyses et ne voient rien alors que le patient souffre de l’“hypertension artérielle”. Ils l'orientent vers nous; c'est l’“hypertension, tension artérielle ” des sorciers c'est-à-dire provoquer par la sorcellerie)²⁶.

Il résulte de ce propos que certains hypertendus ne sont pas soulagés dans le système officiel de soin et ils sont souvent orientés vers la médecine endogène.

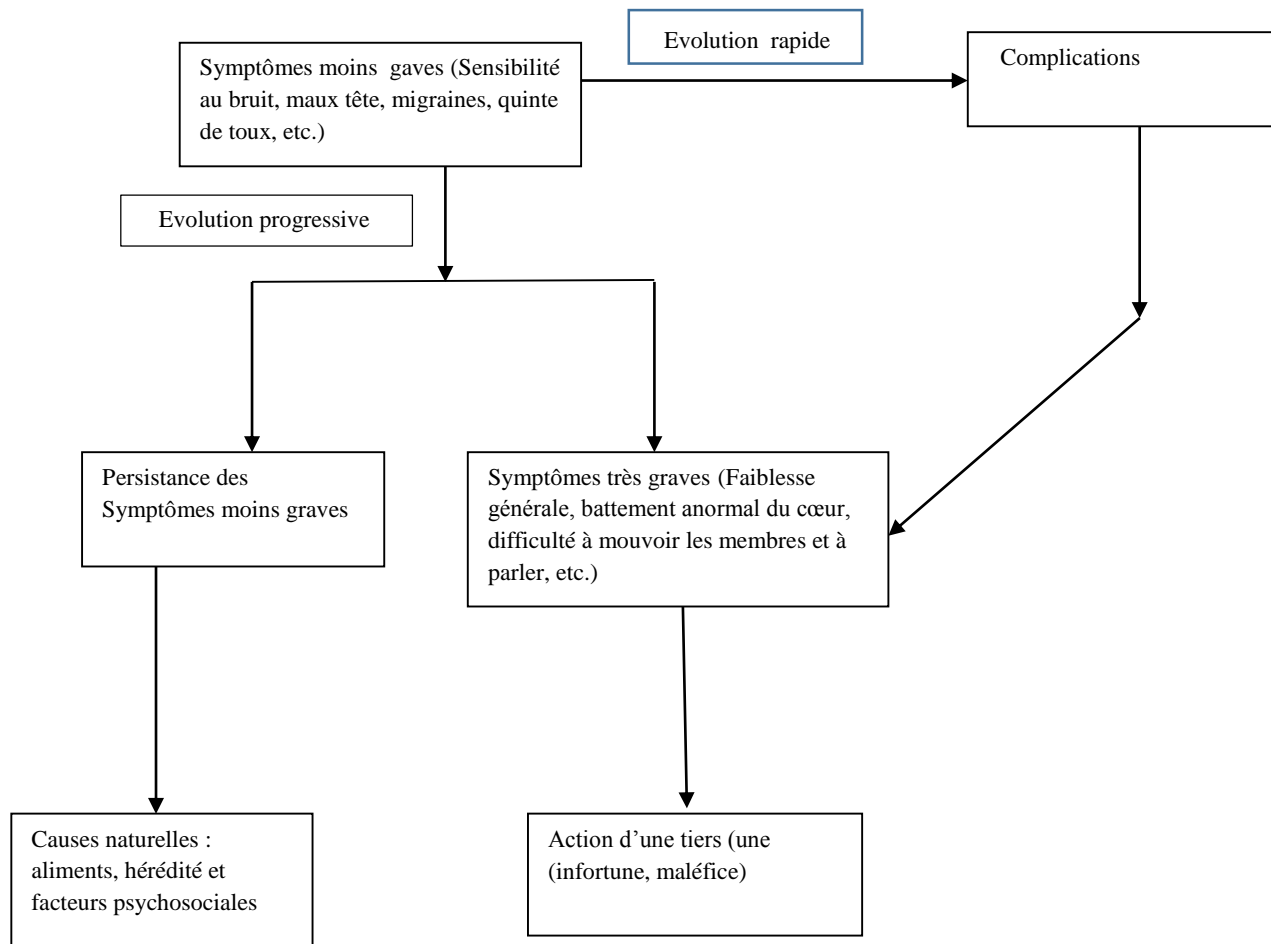
On retient donc qu'en milieu Ayíẏ d'Abomey-Calavi, on peut attribuer la survenue d'une maladie chronique à une agression sorcière ou à un esprit malveillant. Cela prouve que l'hypertension artérielle est une entité qui va au-delà de la réalité naturelle pour trouver une explication dans l'univers local des enquêtés. La figure

²⁵ Propos d'un enquêté tradipraticien à Adjagbo, le 15 Octobre 2014

²⁶ Propos d'un enquêté tradipraticien à Houéga Agué, le 12 Septembre 2014

suivante montre la perception étiologique de l'HTA suivant les symptômes décrits par les interviewés. En face des symptômes moins graves, les causes naturelles et psychologiques sont suspectées. Mais, devant les symptômes très graves, les enquêtés incriminent surtout l'action d'un sorcier.

Figure 4: Perception étiologique de l'HTA en fonction des symptômes



Source : Données de terrain, 2014

Ces diverses perceptions semblent rejoindre celles d'une autre étude dans laquelle, George M. Foster a attribué à la maladie dont la cause est sociale ou « personalistic » l'intervention active et délibérée d'un agent humain, non humain, ou surnaturel dont le malade serait victime ; la maladie n'y apparaît que comme l'une des figures du malheur ; les pratiques médicales et religieuses seraient du même coup étroitement imbriquées (George M. Foster, cité par Augé, 1991). Contrairement aux interviewés de la présente recherche, une étude réalisée à Pikine

(Sénégal) montre que « *la quasi-totalité des guérisseurs, de toutes ethnies et de tous profils, définissent l'HTA comme une maladie terrestre, voulue par Dieu, qui n'est pas due à une action en sorcellerie et ne relève pas d'un univers magique* » (Salem, 1993 : 261). Cela voudrait dire que la représentation de la maladie est propre à chaque société.

Par ailleurs (13%) des informateurs de cette recherche déclarent ne pas connaître les causes de l'HTA. Cette méconnaissance des causes précises de l'HTA par certains enquêtés a été également observée dans une étude en milieu *zarma* (Jaffré et Olivier de Sardan, 2001). Selon ces deux auteurs, à la différence des autres pathologies, l'hypertension artérielle ne correspond pas à des symptômes précis. De ce fait, la représentation de l'hypertension chez les *zarma* est avant tout constituée en référence à divers « messages » d'éducation pour la santé mêlés à des interprétations locales. On déduit que diverses interprétations, empirique, surnaturelle et sociale coexistent pour expliquer l'étiologie de la maladie, le fondement de cette dernière et les mécanismes de transmission.

De ce qui précède, il ressort que la désintégration des savoirs sur la maladie participent à la construction des représentations de l'hypertension artérielle en milieu *Ayíz̄*; ce qui justifie ainsi la première hypothèse de recherche. L'hypertension étant une maladie chronique selon la santé publique, cette dernière est-elle vraiment perçue de la même façon par les informateurs de la présente recherche ?

5-2 Mortalité à brève échéance de l'hypertension en milieu *Ayíz̄*

La définition *a minima* que l'Organisation Mondiale de la Santé donne de la maladie chronique est "un problème de santé nécessitant des soins à long terme" (OMS, 2007). Dans la même veine, Agish (1995) insiste sur la durée et le fait qu'une pathologie chronique ne guérit jamais. De ces deux définitions, deux notions apparaissent importantes à la compréhension de la chronicité à savoir la durée de la maladie et le fait qu'elle ne guérit jamais.

S'agissant du temps que dure l'hypertension artérielle, plusieurs informateurs ont estimé que l'hypertension ne permet pas de vivre longtemps. Voici ce que déclare un enquêté: « *C'est une maladie qui attaque d'un coup, elle ne se manifeste pas progressivement. Elle tue en 5mn, c'est une maladie grave. Vous regardez sans pouvoir parler, la fatigue vous abat* »²⁷. C'est dire donc qu'en milieu Ayízǎ l'hypertension artérielle n'est pas dépistée plus tôt et provoque une mort subite. Mais, il se trouve que l'hypertension artérielle qui est considérée par les instances de la santé publique comme une maladie de vie, est mortelle à brève échéance chez les interviewés de la présente recherche. Même dans les sociétés occidentales, la gestion de l'hypertension artérielle conduit les acteurs impliqués au-delà du monde médical. Elle les dirige dans toutes les sphères de la vie sociale, pour une période de temps indéterminée, mettant en interaction des acteurs de plus en plus nombreux (Baszanger, 1986).

En ce qui concerne la possibilité de guérir l'HTA, certains informateurs surtout les tradipraticiens, affirment normaliser ou guérir l'hypertension artérielle.

Le premier répond:

« *Lorsque je reçois un hypertendu ou un diabétique, après un mois de traitement, je l'envoie à l'hôpital pour prendre sa tension ou bien pour refaire les analyses. Mêmes les agents de santé s'étonnent de mon traitement* »²⁸.

On retient de cette déclaration que la médecine endogène prétend relever en un mois le défi là où la médecine moderne a montré ses limites.

Le second affirme:

« *Je dispose des recettes traditionnelles pour guérir l'hypertension en une semaine ; si tu connais des cas tu peux me les envoyer et tu verras* »²⁹.

²⁷ Propos d'un enquêté hypertendu à Houéga-Agué, le 12 Octobre 2014.

²⁸ Propos d'un enquêté tradipraticien à Houéga-Agué, le 15 Décembre 2014

²⁹ Propos d'un enquêté tradipraticien à Adjagbo, le 10 Décembre 2014

Donc l'hypertension artérielle peut être rangée dans la catégorie des maladies chroniques curables.

Ce résultat peut être rapproché à celui d'une étude sur « *L'approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal)* ». Dans cette étude, le concept de chronicité n'existe pas au sens que lui donne la médecine occidentale et n'est repris par aucun des guérisseurs de la ville de Pikine. En effet, l'idée d'avoir à composer avec un mal, de rester porteur d'un mal, étranger et nuisible, ne semble pas acceptable dans le système traditionnel. La maladie est dans quelque chose et doit, comme un corps sale et étranger, être expulsée. Pour ces guérisseurs, la tension ne fait pas partie de ces maladies dont on ne guérit pas ; à l'inverse de la lèpre, de la cécité ou de la tuberculose qui sont citées parmi les maladies chroniques non curables (Salem et Lang, 1993).

L'absence apparente du concept de chronicité a été aussi retrouvée par Snow chez les Noirs américains, fondée sur une conception duale du monde, le bon s'opposant au mauvais, le naturel au culturel, traduite en matière de santé par la conviction qu'à chaque naissance correspond une mort, à chaque poison son antidote, à chaque maladie son traitement (Snow cité par Salem et Lang, 1993: 35). Donc la conception médicale de l'HTA est différente de celle de nos enquêtés.

De ce point de vue, la chronicité de l'hypertension artérielle en milieu *Ayíz̄* n'est pas en rapport avec les normes de la santé publique. L'hypertension artérielle, inscrite au titre des maladies de longue durée et de vie par les normes de la santé publique, est mortelle à brève échéance en milieu *Ayíz̄*. D'où la confirmation de la deuxième hypothèse de recherche à savoir : L'hypertension artérielle est diversement appréciée entre la perception sociale des *Ayíz̄* et l'approche biomédicale.

A l'issue de l'exposé de la discussion autour des construits sociaux et de la mortalité à brève échéance de l'hypertension artérielle, le chapitre suivant aborde le polytraitement de l'hypertension artérielle en milieu *Ayíz̄*.

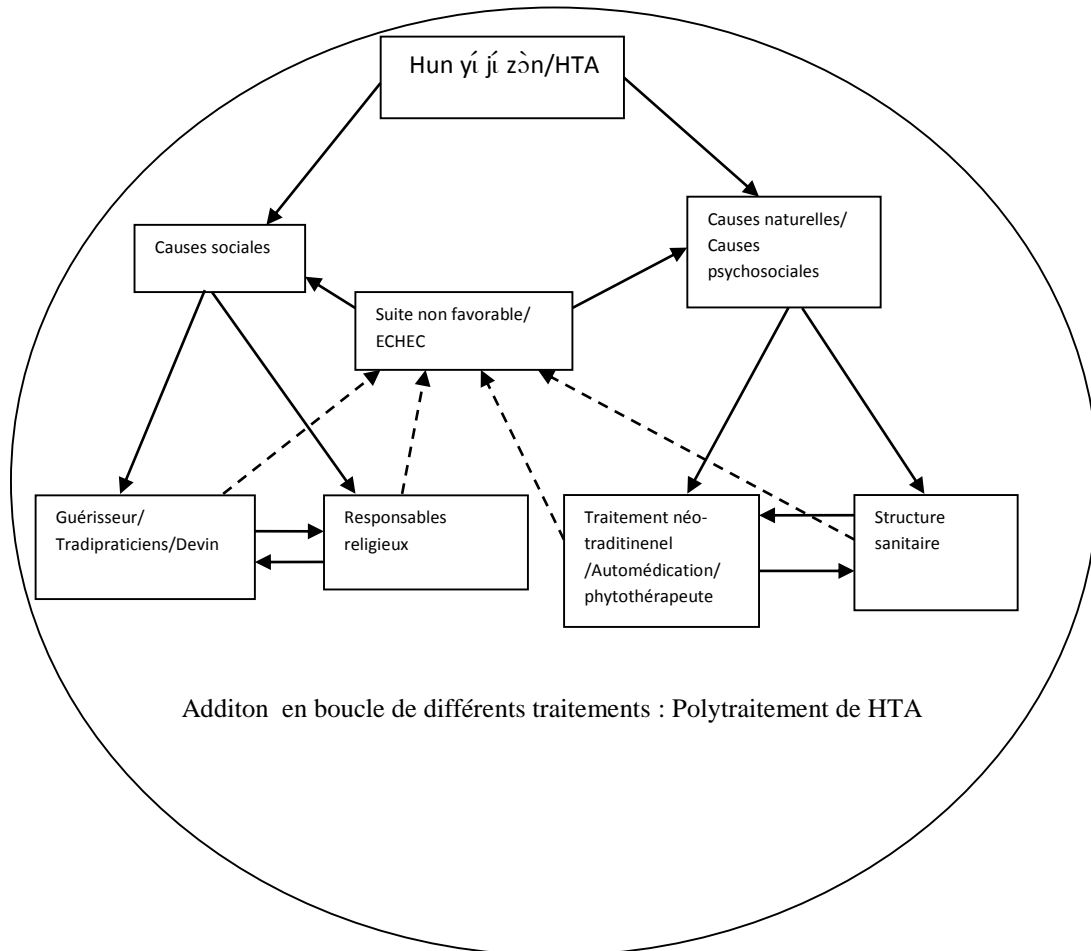
Chapitre 6 : Multi soins de l'HTA chez la personne âgée

Ce chapitre appréhende toutes les pratiques de soins auxquelles s'adonnent les hypertendus et leurs proches afin d'éviter la fatalité. Aussi, a-t-il été exploré les logiques individuelles qui sous-tendent le polytraitement.

6-1 Cheminements thérapeutiques de l'hypertendu en milieu Ayíz̄

L'itinéraire est une séquence de demandes qui se rapportent explicitement à un but: mettre fin à l'épisode jugé anormal ou dangereux. Dans cette perspective, sous la direction de Benoist (1996), des auteurs ont montré que les itinéraires thérapeutiques ne sont pas prédéterminés, ils sont l'objet de négociations liées aux enjeux sociaux et moraux qu'impliquent tel ou tel recours entre les membres du groupe de familiers et de parents qui encadrent le patient. La figure ci-dessous présente le schéma des parcours thérapeutiques des enquêtés de la présente recherche.

Figure 5: Cheminements thérapeutiques des patients



Source : Données de terrain, 2014

Les parcours thérapeutiques des interviewés varient suivant le niveau de causalité suspecté de l'hypertension qui détermine le type de traitement. La trajectoire thérapeutique des soins de l'HTA peut aller d'un centre de santé à un responsable religieux en passant par un tradipraticien, un devin et l'automédication et vis versa selon que les causes perçues au départ comme naturelles passent, suivant l'évolution et la durée de la maladie, aux causes sociales. On assiste alors à un traitement par élimination successive des causes. Ces cheminements des informateurs mettent en évidence les trois dimensions de la maladie citées ci-dessus par les auteurs de l'anthropologie médicale américaine.

Cette réflexion rencontre une étude de Kpatchavi (2011) qui a noté le “*paysage sanitaire réel*” dans le continuum dialectal gbé. Selon lui, ce “*paysage sanitaire réel*” est l'espace d'une multiplicité des recours thérapeutiques qui

« *permet au malade de retourner à la société pour comprendre le sens de sa maladie, de recourir au système de santé biomédical pour préciser ou infirmer au besoin le diagnostic de sa maladie et d'obtenir des soins efficaces contre les maladies dites naturelles, de choisir le secteur informel en cas d'éloignement et de difficulté économiques* » (op.cit: 97).

Dans la même logique, Quéniart (1990) distingue les motifs du premier recours et ceux des recours subséquents: le premier recours correspondrait généralement à une recherche de soins curatifs, alors que les recours ultérieurs participeraient davantage d'un désir de prévention, d'écoute, de sécurité, de compréhension et de recherche de sens.

Ces différents parcours des hypertendus et leurs proches pourraient s'expliquer par le fait que les savoirs et pratiques de soin de ces derniers ne se limitent pas uniquement à une seule offre de soin. Il s'agit d'une situation assez semblable à celle décrite par Broom et Tovey (2008) au sujet du cancer où dans un contexte de pluralisme thérapeutique, les itinéraires des patients se complexifient. Tout d'abord parce que la quantité de l'offre est importante et diversifiée, et le recours dans le cas de pathologies cancéreuses est attesté, même s'il varie de manière significative selon les études, les régions, le type de pathologie, le genre et les groupes de patients. Méliho (2015) rappelle 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 lorsque l'accès aux services publics de santé est limité.

Les propos des informateurs sur leurs cheminements thérapeutiques sont illustrés par l'histoire de vie de l'un d'entre eux. Cette histoire de vie laisse comprendre les contraintes de soins auxquelles sont soumis les hypertendus.

Encadré 3 : Cheminement thérapeutique d'un hypertendu

Tout a démarré en début 2009. 5 jours avant, je sentais une légère douleur à la hanche suivie de la fièvre et j'ai pris les anti inflammatoires. Mais entre le 6^e et 7^e jour, dans la nuit j'ai été immobilisé sur mon lit lorsque j'ai voulu me mettre à l'aise. Donc c'est ma femme et mon enfant qui sont venu m'aider. Le lendemain on m'a emmené au centre de santé et ils ont dit que ma tension a monté. Après ça, j'ai commencé à maigrir et les gens ont annoncé ma mort. Les amis et les collègues m'ont conseillé d'aller dans un centre chinois. Ceux du centre ont pris 60.000f pour administrer les soins durant deux semaines. Un autre ami m'a indiqué un autre centre appelé "Secourisme ONG" qui traite avec les plantes traditionnelles. Donc chacun essaie de m'apporter ce dont il est capable et je suis en train de suivre tous ces traitements.

Récit d'un enseignant à la retraite (hypertendu) à Houéga Agué, 10 Novembre 2014

Source : Données de terrain, 2014

Il se dégage de ce récit trois catégories d'acte thérapeutique. La première regroupe l'ensemble des soins pratiqués sur la base de l'expérience et des conseils des proches. La deuxième de nature biomédicale est assurée par un spécialiste de la santé qui pose un diagnostic et administre un traitement sur la base des mesures tensionnelles. Le troisième traitement de type traditionnel /néo traditionnel a été administré dans un centre chinois et une ONG. Ces trois niveaux de recours renvoient respectivement à la médecine populaire (appartenant au cercle de la famille et des voisins), la médecine professionnelle (praticiens de la médecine moderne) et la médecine "folklorique" (avec les thérapeutes traditionnels non professionnalisés) (Kleinman, 1978). Il faut retenir que le curatif et la prévention sont deux logiques qui structurent le comportement des humains dans le contexte

de la maladie. Ce faisant, interviennent, sur la scène de la maladie chronique, d'autres acteurs et aussi d'autres arènes³⁰ de la vie sociale pour son traitement.

6-2 Traitement de l'HTA: une approche à l'interface de la biomédecine, de la médecine traditionnelle, de l'automédication et de la spiritualité

Face aux complications de l'HTA, les hypertendus ont besoin d'un traitement. Le tableau IX retrace les différents recours de soins entrepris par des interviewés.

Tableau IX: Tableau illustratif des différentes intentions de recours thérapeutiques (Echantillon 43)

Type de recours thérapeutique	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Biomédecine	35	57
Tradipraticiens	12	19
Pharmacopée populaire/	8	13
Vendeur de médicament et autres produits locaux ou importés extraits des plantes naturelles	4	6
Prières d'exorcisme	3	5
Total	62	100/%

Source : Données de terrain, 2014

L'analyse des données du tableau IX montre que les hypertendus ont à leur portée cinq recours de soins pour soulager l'HTA. Certains enquêtés ont cité plusieurs recours à la fois. Dans la suite du travail la pharmacopée populaire et les produits locaux ou importés extraits des plantes naturelles seront abordés sous l'aspect de l'automédication. Les lignes suivantes présentent ces quatre recours thérapeutiques qui renvoient aux trois secteurs de soins (professionnel, alternatif et populaire).

6-2.1 Traitement biomédical

La majorité des informateurs (56%) ont évoqué au moins une fois le recours biomédical pour le traitement de l'HTA. C'est d'ailleurs le lieu où certains

³⁰ La notion d'arène a été développée par Olivier De Sardan J-P. en 1993 dans "Le développement local comme champ politique local".

apprennent, pour la première fois, qu'ils sont hypertendus. En voici le témoignage d'un interviewé :

« A ma première crise, les maux de tête étaient intenses, je n'arrive plus à garder la nourriture dans ma main. Par la suite, j'ai constaté que mes deux membres du même côté ne pouvaient plus bouger ; je suis tombée, je parlais dans la gorge et personne n'entendait. C'est là on m'a emmenée à l'hôpital et j'ai compris que ma maladie est due à la tension artérielle. Puis le docteur a donné les médicaments »³¹. On retient de ce propos que c'est la survenue de

la crise qui oblige à conduire la victime à l'hôpital. La première crise apparaît alors comme révélatrice de la morbidité du patient. L'interviewé l'a exprimé en martelant

« c'est là on m'a emmenée à l'hôpital et j'ai compris que ma maladie est due la tension artérielle ». Un tel propos a été retrouvé chez un enquêté d'une autre étude sur l'hypertension artérielle (Fonga, 2014). Selon Mme G.

« Ce jour là si le docteur ne m'avait pas dit: Je vais prendre ta tension pour voir ». Il se dégage de ces propos l'importance de la biomédecine dans le dispositif thérapeutique des hypertendus.

Pour les agents de la santé, le traitement en lui-même consiste en des injections et des prises de comprimés. Parmi les médicaments utilisés on peut citer le furosémide par voie intraveineuse, la nifédipine en capsule et l'hydrochlorothiazide ou chlorthalidone à mâcher et à avaler selon les intervenants qui sont de la santé. Mais, les autres informateurs n'ont pas pu dire le nom des produits injectés ni des comprimés consommés.

« Je ne maîtrise pas les produits que les agents de santé me prescrivent souvent. Si les agents de santé disent que la tension ça monte, ça ne baisse pas, tu dois payer telle chose et telle chose, tu es obligé de payer. La semaine

³¹ Propos d'un enquêté à Houéga Agué, le 11 Novembre 2014

dernière j'ai payé les médicaments plus de 30.000f cfa »³² a expliqué un enquêté.

Cette méconnaissance par certains informateurs des noms des médicaments destinés au traitement de l'hypertension pourrait être due au fait que les agents de santé ne donnent pas trop d'information sur les différentes thérapies administrées aux hypertendus.

Ce résultat est différent de ce qui avait été retrouvé chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France où la majorité des personnes interrogées connaissait le nom de leurs médicaments (Fonga, 2014). Baxerres (2012) a aussi souligné qu' « *à cotonou, les personnes retiennent généralement le nom du médicament et l'effet de celui-ci sur des maladies et symptômes précis, mais la posologie d'administration est plus floue.* » (Baxerres, 2012 :22).

Ce traitement biomédical s'arrêtait pour certains patients de la présente recherche une fois qu'ils étaient soulagés et il faudra éventuellement une nouvelle crise d'hypertension pour recourir à nouveau à la biomédecine. Cette situation pourrait s'expliquer par une absence de la fréquence de contrôle de la pression artérielle et de son dépistage. Ce constat semble être opposé à celui mentionné par diverses études. Par exemple dans une étude chez les hypertendus originaires d'Afrique noire, les enquêtés se sentaient plus impliqués dans la prise de leur pression artérielle grâce à l'auto-mesure tensionnelle en ce sens que les appareils de mesure de la pression artérielle sont à la portée de tout le monde (Fonga, 2014). Une autre étude réalisée chez des patients afro-américains a montré un bénéfice de l'auto-mesure tensionnelle qui entraînait une baisse significative de la pression artérielle chez ces patients (Odedosu, 2012).

³² Propos d'un enquêté à Houéga Agué, le 11 Novembre 2014

Mais cette pléthore de thérapies biomédicales n'est-elle pas complétée par d'autres traitements?

6-2.2 Comportement thérapeutique en médecine traditionnelle face à l'HTA en milieu Ayízō d'Abomey-Calavi

La médecine traditionnelle (MT) est un terme global utilisé à la fois en relation avec les systèmes de MT tels que la médecine chinoise, l'ayurvéda indien et l'unani arabe (médecine asiatique musulmane) et avec diverses formes de médecine indigène. Dans les pays dont le système de santé prédominant est basé sur l'allopathie ou bien la MT n'a pas été incorporée au système de santé national, la MT est souvent appelée médecine « complémentaire », « alternative » ou « non conventionnelle ».

Selon le comité régional d'experts de l'OMS, « la MT est l'ensemble des connaissances et pratiques explicables ou non utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit » (Arama, 1988). Les thérapies de la MT englobent les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de plantes, des parties d'animaux et /ou minéraux. L'usage de cette médecine est très répandu et revêt une importance sanitaire et économique croissante. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population utilise la MT pour répondre à ses besoins de soins de santé (Guindo, 2006).

En effet, les centres de santé ne constituent pas a priori l'unique lieu de recours des hypertendus et la sollicitation des autres spécialistes est de nos jours très fréquente. Ces spécialistes reçoivent généralement des cas graves ou provoqués de l'hypertension artérielle. Par rapport au savoir d'un simple individu, le savoir du guérisseur est un savoir de spécialiste. Sa connaissance phytothérapeutique est beaucoup plus large. Ses secrets relatifs à l'association des feuilles, ainsi que son savoir magique renforcent dans le contexte social sa capacité de gestion du paludisme (Kpatchavi, 2011).

Dix-neuf pour cent (19%) des informateurs de la présente recherche ont déclaré recourir au moins une fois aux soins administrés par un guérisseur, un devin ou bien un phytothérapeute avant ou après l'institution médicale. Un informateur témoigne :

« Lorsqu'on conduit en urgence un patient et on me dit que c'est la tension, je lui donne une potion et environ dix minutes après si la sudation s'arrête, je demande à ses parents de le conduire à l'hôpital »³³.

Il ressort de ce propos qu'il existe des recettes traditionnelles capables de contenir certains symptômes de l'HTA. Les savoirs et usages populaires de la maladie et de sa guérison sont influés par les savoirs traditionnels. Cette idée est d'ailleurs ressortie dans une autre étude réalisée dans une communauté urbaine au Nigéria (Osamor et Owumi, 2010). Un tradipraticien a expliqué que, comme c'est le cas pour d'autres maladies, on guérit grâce au traitement puis on peut retomber malade ensuite. Les traitements thérapeutiques correspondent aux descriptions faites de la maladie et au modèle thérapeutique de type soustractif (Laplantine, 1986) : on purge, on fait uriner et vomir.

Certains interlocuteurs ont déclaré poursuivre les soins à la maison en utilisant des potions ou des décoctions de tisane faites à base des feuilles préparées par un tradipraticien. Un enquêté déclare :

« Depuis mon retour de l'hôpital après ma crise, mon fils m'a conduit chez un herboriste qui m'a prescrit une tisane composé d'une association de la citronnelle et de certaines plantes que je ne maîtrise pas bien. Je dois les bouillir et boire comme la boisson au quotidien »³⁴. Donc les soins médicaux sont complétés par des recettes traditionnelles extraites de l'association de différentes plantes médicinales qui permettent de normaliser l'hypertension artérielle.

³³ Propos d'un enquêté tradipraticien à Adjagbo, le 12 Novembre 2014

³⁴ Propos d'un enquêté hypertendu à Adjagbo, le 06 Décembre 2014

Les connaissances des tradipraticiens de cette recherche reposent sur l'acquisition progressive d'un savoir, construit à travers leur expérience individuelle. Ce type de savoir diffère dans sa constitution du savoir des médecins qui est un savoir théorique. Le tableau X fait le point des ressources naturelles disponibles pour guérir l'hypertension dans la culture Ayíẓ.

Tableau X : Ressources naturelles ayant des propriétés antihypertensives³⁵

Nom de la plante en la langue Ayíẓ	Nom scientifique des plantes (espèce)	Genre	Famille d'appartenance
Koklosu ñen Kpacã	Heliotropium	Indicum	Borraginacée
Aðakpla ñ	Gardenia	Erubescens	Rubiacées
Aza goto	Daniellia Olivera		Caesalpiniciacées
Avoca mǎn	Persea americana	Persea	Lauracées
Axosi bo asá	Schrankia	Leptocarpa	Mimosacées
Aglala	Lippia	Chevalieri	Verbénacées

Source : Données de terrain, 2014

L'analyse du tableau indique une multitude de plantes médicinales dont la combinaison donne une vertu qui soulage la personne souffrant de l'hypertension artérielle en milieu Ayíẓ d'Abomey-Calavi. Tous les tradipraticiens, guérisseurs et herboristes interviewés ont cité ces ressources phytothérapeutiques contribuant à la guérison de l'hypertension artérielle. Un seul d'entre eux a indiqué par exemple normaliser l'hypertension artérielle et non la guérir. Pour lui,

« tout le monde a la tension, sans elle on ne peut pas concevoir. Seulement, il faut éviter de se mettre en colère pour ne pas réveiller la tension. Il y a des recettes pour normaliser la tension, mais quand on boit plus de dose, l'hypertension peut devenir l'hypotension »³⁶.

La colère un est élément déclencheur de l'HTA et sa normalisation est possible avec les plantes médicinales. Jaffré et Olivier de sardan (1999) dans leur réflexion sur les entités nosologiques populaires dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest

³⁵ Les noms scientifiques des plantes sont fournis par le livre de l'auteur DE SOUZA Simone dans *Nom des plantes dans les langues nationales béninoises, 1988*

³⁶ Propos d'un enquête tradipraticien à Houéga Agué, le 08 Décembre 2014

évoquent cet aspect qu'ils appellent « *logique de l'activation* » des maladies. On retient que la survenue de la colère en milieu Ayíẏ d'Abomey-Calavi participe de la *logique du déclenchement* de l'hypertension artérielle.

Ce cas de normalisation de l'HTA a plus intéressé la présente recherche et cité en étude de cas (case studies).

Etude de cas de normalisation de l'hypertension artérielle en trois semaines

La normalisation en étude de cas porte sur une préparation de tisane issue de la combinaison d'au moins six plantes médicinales qui varient en fonction de la semaine et dont la consommation est quotidienne (matin, midi et soir). Au cours de la première semaine, la thérapie proposée au malade résulte d'une appropriation de deux plantes à savoir: *Koklosu džen Kpaca* (feuille de l'*Heliotropium*) et *Ađakpla dɔ* (racine de *Gardenia*). Les feuilles de l'HEL contenant des substances de polyphénols et de flavonoïdes et les racines de *Gardenia* sont bouillies et consommées à cause de leurs propriétés thérapeutiques qui agissent sur le cœur et les poumons, ainsi que sur l'estomac. Les photos 1 et 2 suivantes illustrent ces deux plantes. Ces deux plantes sont complétées par l'association de deux autres plantes dans semaine suivante.



Photo 3:Koklosu džen Kpaca (Feuille de l'*Heliotropium*) **Photo 4:**Ađakpla dɔ (Racine de *Gardenia*)

Source : Salan, octobre 2014

Dans la deuxième semaine de soin, la thérapie consiste à calmer les douleurs au niveau de certains organes tels que les reins, le mal de tête, le mal de dos. Parmi

les plantes locales ayant ces propriétés, il y a le *Aza goto* (écorce de *Daniellia Olivera*) et le *Avoca mǎn* (feuille de *Persea americana*). La feuille de *Persea americana* apaise aussi la nervosité par ses propriétés. Les écorces de *Daniellia Olivera* sont mélangées aux feuilles du *Persea americana* puis sont bouillies et la boisson obtenue est bue pendant sept jours avant de passer à la thérapie de la troisième semaine. Les photo3 et photo4 présentent l'écorce et les feuillets utilisées au cours de cette deuxième semaine.



Photo 5: *Aza goto* (Ecorce de *Daniellia Olivera*)

Photo 6: *Avoca mǎn* (Feuille de *Persea americana*)

Source : Salan, octobre 2014

Dans la troisième semaine, les plantes utilisées ont des effets antihypertenseurs décisifs. Les feuilles de ces deux plantes sont aussi préparées et la tisane recueillie est consommée durant une semaine pour agir sur les nerfs et les tranquilliser. Les photo5 et photo6 affichent respectivement les feuilles de *Azosi bo asá* (feuille de *Schrankia*) et du *Aglala* (feuille de *Lippia*).



Photo 7: *Azosi bo asá* (Feuille de *Schrankia*)

Photo 8: *Aglala* (Feuille de *Lippia*)

Source : Salan, octobre 2014

La fin de cette troisième semaine est aussi marquée par la prise d'un litre et demi du jus de citron naturel dans lequel sont plongés les cauris (41 mâles si c'est un homme ou 41 femelles si c'est une femme) et la noix de cola rouge à quatre quartiers (ṽ) (9 si c'est un homme et 7 si c'est une femme). La couleur rouge de la noix de cola permet de purifier le sang et les chiffres 9 et 7 renvoient au nombre de côtes que contiennent respectivement l'homme et la femme.



Photo7: Noix de cola rouge à quatre quartiers (ṽ) **Photo8 :** Cauris (à gauche femelle et à droite mâle)
Source : Salan, octobre 2014

Il ressort de cette étude de cas deux phases importantes dans la démarche de normalisation de l'HTA. La première phase consiste en la prise de tisane issue de la combinaison deux à deux de six plantes médicinales durant trois semaines. La seconde phase complète la première avec d'autres ressources naturelles qui varient selon le sexe du patient. On note à ce point que le processus de normalisation de l'hypertension artérielle par les vertus des plantes médicinales est complété par une étape symbolique. L'emploi des plantes médicinales, pour le traitement de diverses affections a été signalé par plusieurs auteurs. En Côte d'Ivoire et au Mali, le décocté de l'*Heliotropium indicum* est administré aux personnes qui souffrent de l'hypertension artérielle (Togola et al., 2005).

Au Mali, une étude sur le traitement traditionnel de l'hypertension a montré qu'il se fait généralement à base des plantes administrées sous forme d'infusé, de décocté ou de macéré que le patient boit ou utilise sous forme de bains. Toutes les parties des plantes sont proposées: les feuilles, les écorces de racine ou de tronc, les racines entières et parfois la plante entière. Les plantes comme le Spondias mombin (le kinkéliba de Kita) sont reconnues pour les propriétés antihypertensives dans la

littérature (Guindo, 2006). Le thérapeute associe plusieurs recettes dirigées contre les différents signes cliniques. On assiste alors à un traitement par élimination successive des symptômes.

L'association des vertus des plantes médicinales et certains objets de culte (cauris et noix de cola) pour traiter l'HTA, résulte du fait que les pratiques culturelles en général et celles de la médecine traditionnelle en l'occurrence ne sont jamais définitivement figées. D'où le traitement de l'hypertension artérielle en milieu Ayíẏ d'Abomey-Calavi par l'efficacité des objets de culte mérite d'être mentionné. Les cauris et la noix de cola étant souvent les minima qui sont demandés pour les rituels chez les Ayíẏ. A défaut des traitements biomédical et traditionnel, les hypertendus se livrent à l'automédication.

6-2.3 Automédication et produits de la médecine traditionnelle améliorée au service de l'HTA

L'automédication n'est pas spécifique à la culture Ayíẏ. Certains auteurs l'étudient comme étant un phénomène naturel et fréquent. Elle ne dépend pas exclusivement et essentiellement de la contrainte économique (Molina, 1988). Les informateurs de la présente recherche ont recours à la pharmacologie populaire (13%) et aux produits locaux ou importés extraits des plantes naturelles (6%). Un informateur rapporte.

« J'ai expliqué à un ami qui vient du nord ce que je ressens et il m'a dit que c'est la tension. Il m'a indiqué le traitement qui consiste à mettre de l'ail dans une bouteille puis compléter de sodabi (alcool extrait à partir du vin de palme) et chaque matin de prendre un petit verre »³⁷.

On retient alors que même les non spécialistes détiennent des savoirs qu'ils mettent à la disposition des autres membres de la société et Kpatchavi a rapporté une conception selon laquelle, « l'apprentissage des règles de vie sociale chez les Fon et les Waci va de pair avec l'apprentissage de la prise en charge personnelle en cas

³⁷ Propos d'un enquêté hypertendu à Adjagbo, le 08 Décembre 2014

de malheur ou de maladie» (Kpatchavi, 2011: 87). Tout individu acquiert à travers l'éducation un savoir thérapeutique pour affronter la maladie en général.

Un autre interlocuteur déclare :

« Au début, je ne suis pas allée à l'hôpital pour ma tension. Je prends seulement les produits naturels venus d'ailleurs contre la tension que les vendeurs amènent dans la maison »³⁸.

Les savoirs en matière de santé et de la maladie, construits sur la base des informations divulguées par les marchands ambulants et des différents médias, radio, télévision et journaux, incitent les patients hypertendus à prendre en charge les premiers symptômes de l'HTA au sein de la cellule familiale. Kpatchavi (2011) souligne que *« la disponibilité des produits sur le marché libre³⁹ et la possibilité de les avoir, sans consultation et sans ordonnance, sont autant de facteurs qui renforcent l'automédication »* (Kpatchavi, 2011:313).

L'inondation du marché local par les produits d'ailleurs permet aux populations de s'administrer les premiers soins.

En somme, des vêtues de certaines plantes médicinales que certains ont acquis de leur expérience de la tension artérielle ou de leurs proches ont été proposées à certains des interviewés. Il s'agit des produits végétaux réduits en poudre et des essences de plantes d'origine africaine, asiatique et américaine. Le recours à un spécialiste intervient lorsque les symptômes perdurent malgré l'automédication. Cet informateur confirme les propos du précédent.

« Comme le mal que je traitais à la maison grâce aux conseils des parents s'est aggravé, je me suis rendu au centre de santé de l'Etat. ».

³⁸ Propos d'un enquêté hypertendue à Adjagbo, le 09 Décembre 2014

³⁹ La notion de marché libre se réfère, selon l'auteur, au marché parallèle où les produits qu'on y vend sont d'origine diverses : Afrique, Europe, Asie et Amérique.

On déduit alors que certains hypertendus se contentent d'abord des premiers soins domestiques. Sur un autre aspect, Carine Baxerres qui a travaillé sur les pratiques curatives, souligne que les personnes s'adressent également à un spécialiste de la santé lorsque les symptômes paraissent d'emblée graves, qu'ils inquiètent particulièrement les individus ou qu'ils ne savent pas la maladie dont il s'agit et qu'ils ne savent comment s'y prendre (Baxerres, 2012). La limite de l'automédication oblige les patients à recourir au service d'un autre spécialiste⁴⁰.

6-2.4 Contribution de la spiritualité au traitement de l'HTA

La souffrance humaine a, de tout temps et dans tout lieu, interpellé la religion. L'homme s'adresse aux forces surnaturelles sinon pour recouvrer la santé, tout au moins, pour donner un sens à la maladie et à la mort. La religion est alors convoquée au chevet du malade, mais aussi aux côtés du thérapeute qui y cherchera inspiration et pouvoir (Massé, 2002). La sollicitation du divin est commune au patient et au thérapeute.

Ainsi, d'autres informateurs de la présente recherche ont également fait allusion à la religion pour la prise charge de l'hypertension (5%). Un interviewé s'exprime de la façon suivante.

« Moi, je suis le responsable de Thron Kpeto Déka Alafia. Lorsqu'un patient vient nous voir pour ses problèmes de maladie ou de malheur, nous procédons à des rituels avant de lui dire les causes de sa tension artérielle et les autres pratiques rituelles à faire pour le guérir »⁴¹.

On déduit de ce propos que certaines pratiques rituelles sont exécutées par les responsables de divinité au profit de la guérison de leurs patients. De nombreuses techniques thérapeutiques interviennent plus sur l'esprit de l'individu en premier lieu que sur son corps et les pratiques thérapeutiques telles qu'elles sont développées dans

⁴⁰ Il s'agit ici des agents de santé, des guérisseurs et des religieux

⁴¹ Propos d'un enquêteur tradipraticien à Houéga Agué, le 12 Décembre 2014

le groupe sociolinguistique *Ayíẏ* poussent à les assimiler dans bien des cas aux "médecines parallèles" par exemple, abordées par Laplantine et Rabeyron (1987).

La sollicitation du religieux dans la guérison de l'hypertension artérielle est illustrée par l'encadré 4 suivant:

Encadré 4 : Implication d'un groupe religieux dans la délivrance d'une personne hypertendue

Dame M. est âgé de 68 ans et subie les affres de l'HTA depuis 1998. Elle estime que l'hypertension est à la fois naturelle comme beaucoup d'autres maladies et surnaturelle (provoquée par la sorcellerie). Etant donné que nous sommes en Afrique et surtout au Bénin, cette maladie est transmissible aussi par le sorcier. Pour le cas de la transmission par la sorcellerie, j'ai vu un cas où c'est grâce à l'intervention de la police qui a menacé la sorcière par une mise en garde pendant une période donnée. C'est le groupe de prière du renouveau charismatique qui a sauvé la victime de l'emprise de la sorcellerie. Mon hypertension artérielle m'a beaucoup ruinée à l'hôpital, chez les tradipraticiens sans aucune suite favorable. Maintenant je vais à des prières de guérison et de délivrance de ce groupe.

Récit d'un informateur hypertendu à Adjagbo, 12 Novembre 2014

Source : Données de terrain, 2014

On retient de ce récit que l'interviewée a suivi la séance de délivrance par les prières d'un groupe religieux catholique d'un cas d'hypertension artérielle transmis par la sorcellerie. L'intéressé, également hypertendue, fréquente le même groupe après plusieurs tentatives vaines de guérison. Le religieux devient le dernier recours thérapeutique et la guérison spirituelle témoigne d'une présence permanente du monde divin au monde humain.

De ce qui a précédé, il est important de souligner que la majorité des hypertendus de la présente recherche ont recours à deux ou plusieurs approches thérapeutiques pour soulager l'hypertension artérielle en procédant à leur addition ou à leur alternance suivant la variabilité des causes supposées. Dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, les populations n'hésitent pas à associer un soin biomédical et un soin traditionnel : il est très fréquent que

l'itinéraire thérapeutique ne soit pas linéaire et appelle l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants (Ryan, 1998). Il se dégage que la pluralité des causes de l'hypertension artérielle et la quête du meilleur état de santé chez les *Ayíẓ̄* contraignent les hypertendus aux soins multiples de nature complémentaire et contradictoire. On déduit alors que la troisième hypothèse de recherche est vérifiée.

Qu'est-ce qui sous-tend alors ce polytraitement de l'hypertension artérielle en milieu *Ayíẓ̄* de la commune d'Abomey-Calavi?

6-3 Fondement social du polytraitement en milieu *Ayíẓ̄*

Le choix du polytraitement de l'hypertension artérielle opéré par les hypertendus et leurs proches relève des comportements individuels de quête de la guérison et des facteurs du contexte socio-environnemental.

Le polytraitement s'inscrit dans une logique de recouvrement intégral et rapide de la santé par les hypertendus. Face à une maladie qui peut tuer en une fraction de seconde comme l'ont affirmé certains interviewés, les patients et leurs proches combinent toutes les possibilités de soins qui s'offrent à eux. Cela prouve que chez les *Ayíẓ̄* de la commune d'Abomey-Calavi les hypertendus et leurs proches opèrent différents choix thérapeutiques quelle que soit leur nature pour éviter une éventuelle fatalité. Les travaux d'autres auteurs montrent plutôt que la limite de la biomédecine et le relationnel favorisent le pluralisme thérapeutique.

Hours (2004) a souligné qu'un état de « *santé parfaite* » ne pourrait être obtenu par le seul recours à la pratique réductionniste et mécaniste de la biomédecine et nécessiterait de recourir aux thérapeutiques traditionnelles supposées ontologiquement holistiques. Laplantine et Rabeyron (1987) invoquent la « protestation humaniste » contre la tendance technicisante et dépersonnalisante de la médecine officielle. Quéniart (1990) note que les utilisateurs décrivent leurs praticiens de médecines parallèles dans un registre presque exclusivement affectif.

Le respect de la personne et la confiance sont des *leitmotivs* dans le discours des patients qu'elle a interrogés.

S'agissant des facteurs liés au contexte socio-environnemental, la présente recherche a articulé le polytraitement à la promotion de la médecine traditionnelle. L'émergence des traitements néo-traditionnels – au Bénin comme ailleurs dans le monde – est à rapprocher des initiatives nationales de promotion des médecines traditionnelles qui apparaissent à la fin des années 1970 et au début des années 1980 sous l'impulsion de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais aussi d'autres organisations internationales, telles que l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) et le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) (Baxerres et Simon, 2013).

Dans ce cadre, en ce qui concerne le médicament, l'hypothèse retenue était que les indications thérapeutiques des tradipraticiens pourraient avoir une efficacité biologique réelle, qui restait à évaluer et à améliorer dans un souci d'obtenir des préparations utilisables en santé publique. Afin « d'améliorer » les « remèdes », les programmes nationaux de promotion des thérapeutiques traditionnelles successifs ont encouragé les tradipraticiens à produire de nouvelles préparations médicamenteuses en insistant sur l'identification botanique des composés, un dosage précis, et des règles d'hygiène pour le séchage et la conservation. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les « médicaments traditionnels améliorés » (terminologie en usage dans les systèmes de santé publique francophones), autrement dit les médicaments néo-traditionnels. Par la suite, on constate une multiplication exponentielle des médicaments néo-traditionnels dans le secteur lucratif.

De nombreux produits d'importation, mettant en avant leur ancrage dans une tradition locale « oubliée » ou dans une tradition lointaine, se sont-ils joints aux produits locaux existant. Cette « greffe locale » favorise en retour la

« re-découverte » voire l'invention d'une *materiamedica* locale (Egrot et Simon, 2012). Sont évoqués pour l'Amérique latine : le *muirapuama* (aphrodisiaque brésilien), l'*assay* ou encore le *guarana*, deux plantes amazoniennes utilisées comme « fortifiants » ou « toniques » (Moretti et Aubertin, 2007). Pourraient être cités pour l'Asie le *ginseng* ou encore le *ginkgobiloba*, pour l'Afrique la *spiruline*.

Au regard de la discussion faite dans ce chapitre, il ressort que la diversité des causes de l'hypertension et l'expérience du voisinage permettent aux hypertendus de se livrer à une addition ou à une alternance de quatre registres de soins complémentaires ou contradictoires. La pluralité de l'offre thérapeutique a contribué largement au polytraitement de l'hypertension artérielle. Les discussions font également ressortir que la quête de la guérison face une maladie qui tue en une fraction de secondes et les facteurs du contexte socio-environnemental favorisent le polytraitement de l'hypertension artérielle.

DISCUSSION

L'analyse de contenu s'est intéressée aux représentations de l'HTA et aux comportements de recours aux soins dans leur diversité. La mise en perspective des principaux résultats au regard de la littérature articule la présente discussion autour des hypothèses qui ont guidé la recherche : la désintégration des savoirs, la divergence des points de vue et le pragmatisme des hypertendus et leurs proches.

La désintégration des savoirs

Chez les Ayízõ de la commune d'Abomey-Calavi, les représentations de l'hypertension artérielle sont largement liées aux informations dont dispose la population. Ces informations résultent de l'expérience individuelle et les croyances ou les connaissances issues de différents horizons, se superposant et s'imbriquant en une infinité de syncrétismes. Situées au carrefour du discours médical et des connaissances endogènes, les populations ont lentement modifié leur système traditionnel de représentation de la maladie au profit de syncrétismes où la perception de l'étiologie, de la symptomatologie et de la nosologie se réfère à ces deux univers.

L'analyse approfondie des résultats montre que la description des symptômes de l'HTA se fait moins par des valeurs numériques du tensiomètre que par des événements psychologique, physiologique et social qui rendent difficiles les activités quotidiennes ou le comportement social (Salem et Lang, 1993; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003; Guindo, 2006). L'importance de l'alimentation, du stress et de l'inactivité dans la survenue de l'HTA est bien connue des enquêtés. Et, l'intervention d'une personne malveillante dans la manifestation de la tension artérielle est également reconnue. Ce résultat apparait différent de celui trouvé dans d'autres recherches (Fonga, 2014), dans lesquelles les patients prennent eux même leur tension artérielle à l'aide du tensiomètre. Cette prise de la tension pourrait permettre de prévenir les crises d'hypertension artérielle.

La divergence des points de vue

Le regard de la population au sujet de l'hypertension artérielle est plus complexe que les notions de bonnes connaissances ou de croyances archaïques, articulées autour de catégories opposant les représentations « modernes » et « traditionnelles » (Good, 1994). Chez les Ayíz5 de la Commune d'Abomey-Calavi, l'hypertension artérielle n'est pas dépistée plus tôt et provoque la mort subite. En conséquence, il leur sera difficile d'admettre, conformément à la littérature, que l'hypertension artérielle est une maladie de vie (Agish, 1995 ; OMS, 2007). En effet, la gestion de cette maladie chronique s'entoure de mystères et d'incertitudes. Même en Europe, les personnes impliquées dans la prise en charge de l'HTA vont au-delà de la sphère biomédicale (Baszanger, 1986).

Par la suite, en décalage avec la littérature, il a été noté la possibilité de traiter l'hypertension artérielle à partir des vêtues des plantes médicinales. Les connaissances dont possèdent certains spécialistes de la médecine endogène, contribuent à guérir ou normaliser l'HTA (Salem et Lang, 1993 ; Guindo, 2006). Pour expliquer ce grand défi, il est possible de penser que l'approche sociale supplée les limites de la biomédecine. C'est ce que Fox (1988) qualifie d' « *expression codifiée du facteur d'incertitude que comporte la médecine* ». La logique de la pensée médicale moderne occidentale néglige les aspects humains de la maladie.

Le multi soins de l'hypertension artérielle

Le bon sens lui-même voudrait que, face à une maladie qui tue en une fraction de seconde, les hypertendus et leurs proches soient pragmatiques. Les demandeurs d'offre de soins tendent à appliquer toutes les approches thérapeutiques qui leur sont proposées (Fassin, 1992 ; Benoist, 1996). Suivant les symptômes présentés ou les causes suspectées, le recours aux soins peut démarrer par un centre de santé tout en greffant progressivement les autres offres thérapeutiques ou bien, il peut également commencer par l'automédication, le traitement endogène.

La pratique thérapeutique observée au sujet de l'HTA en milieu Ayízá d'Abomey-Calavi ne correspond pas aux stéréotypes classiques associés aux populations africaines : la population se caractérise par une intense pratique des soins à domicile, une faible tendance à consulter en structure sanitaire, des délais de recours de plusieurs jours et une observance des prescriptions très moyenne (Franckel, 2004). Le choix thérapeutique s'opère plutôt sur la base de l'enjeu épidémiologique, économique, sanitaire et social. Du coup, l'offre de soins dans les villages d'Adjagbo et de Houéga Agué est caractérisée par une association en boucle des différentes alternatives suivant que les causes de l'HTA évoluent du naturel au social en passant par le psychologique (Evans-pritchard, 1972; Herzlich, 1975; Fainzang, 1986).

De ce fait, le recours à la biomédecine citée par 56% des répondants traduit la surprise de la crise, aggravée par l'évolution rapides des symptômes et l'absence de dépistage précoce de l'HTA. Ce constat semble être opposé à celui mentionné par la littérature. L'auto-mesure tensionnelle chez des patients afro-américains a entraîné une baisse significative de la pression artérielle (Odedosu, 2012).

Par ailleurs, (19%) des informateurs de la présente recherche ont déclaré recourir au moins une fois aux soins administrés par un spécialiste de la médecine endogène avant ou après l'institution médicale. En effet, le coût de la prise en charge de l'HTA dans les centres de santé d'arrondissement et les cliniques est très supérieur à celui des soins auprès des tradipraticiens. Ce résultat est apparu plus proche de celui d'autres recherches (Guindo, 2006 ; Kpatchavi, 2011).

Enfin, le recours à l'automédication et à la spiritualité, privilégié respectivement par 13% et 5% des répondants n'est pas sans cause. L'automédication est considérée comme une stratégie personnelle de survie consacrée aux défaillances de l'offre de soins formelle. Dans la communauté où la

recherche a été menée, elle est favorisée par les expériences individuelles de l'HTA et le voisinage.

La notion de la spiritualité est transversale pour tous les acteurs impliqués dans demande et l'offre de soins. Ainsi, le devin est sollicité en milieu Ayízō d'Abomey-Calavi lorsque le diagnostic révèle un maléfice ou après l'application vaine des autres alternatives de soins (Massé, 2002).

CONCLUSION

L'hypertension artérielle a connu une ampleur dans son dépistage, sa compréhension et son traitement au cours du XX^{ème} siècle. Mais sa prise en charge paraît encore plus difficile dans certaines populations.

Cette recherche intitulée “*Polytraitement de l'hypertension artérielle chez la personne âgée sous influence des représentations sociales de la maladie en milieu Ayíẓ d'Abomey-calavi*” a permis de mieux explorer l'articulation entre l'influence des représentations, des savoirs et des expériences de la maladie sur les pratiques de soins de l'hypertension artérielle dans les localités de Houéga Agué et d'Adjabgo (Commune d'Abomey-Calavi). La recherche est de nature qualitative et a impliqué soixante enquêtés repartis en deux catégories d'acteurs (les demandeurs et les prestataires des offres de soins). L'analyse documentaire, l'observation, l'entretien semi-directif et l'entretien de groupe sont entre les techniques utilisées. Il se dégage des résultats empiriques que quatre expressions locales et un emprunt au jargon médical sont utilisés pour désigner l'hypertension artérielle. L'idée des informateurs selon laquelle l'hypertension artérielle est liée à une montée ou à un surplus du sang dans l'organisme humain n'est pas en opposition avec certaines conceptions médicales de l'hypertension artérielle. On retient que l'identification de l'hypertension artérielle en milieu Ayíẓ d'Abomey-Calavi se base plus sur les manifestations corporelles qu'éprouvent les personnes hypertendues contrairement au mesurage de la pression sanguine par un tensiomètre sur une base régulière.

Le registre étiologique identifié dans le milieu d'étude renvoie à diverses causes. Les personnes interviewées ont plus indexé les changements dans les habitudes alimentaires, les facteurs psychosociaux et la composition psycho-sociale des parents combinée aux facteurs environnementaux et sanitaires comme étant les principales causes de l'hypertension artérielle. Mais certains enquêtés, surtout les tradipraticiens, ont aussi mentionné les causes socioculturelles relatives au maléfice

et à l'attaque d'un malveillant ou d'un sorcier. Par ailleurs, l'hypertension artérielle est perçue par certains informateurs de la présente recherche comme une maladie qui surprend et tue en une fraction de secondes si des thérapies de choc ne sont pas administrées comparativement aux normes biomédicales de la santé publique qui la considèrent au titre d'une pathologie de longue durée et de la vie.

Pour soulager les souffrances liées à l'hypertension artérielle, les acteurs sociaux associent quatre comportements thérapeutiques qui renvoient aux approches thérapeutiques populaires, alternatives et professionnelles. Le recours professionnel, bien qu'étant le plus cité ne n'est pas suivi *stricto sensu* dans la durée par la plupart des patients. S'agissant du recours alternatif, plusieurs spécialistes interviennent en utilisant des recettes à base des feuilles des plantes ou d'arbres, des rites sacrificiels et les prières d'exorcisme. Certains de ces acteurs ont estimé guérir l'hypertension artérielle. Mais, il a été relevé dans ce secteur une approche thérapeutique de normalisation de l'hypertension artérielle en trois semaines de traitement. Pour ce qui concerne le secteur populaire l'automédication et les produits de la médecine traditionnelle améliorée sont de mise et les recettes ayant réussi dans une expérience antérieure de l'hypertension artérielle ont été proposées par les membres de la communauté.

Les membres d'une société affrontent la maladie à partir de leurs propres représentations qui se basent sur les facteurs personnels et sociaux. Ainsi, la représentation que va développer une personne de sa maladie lui permet d'assimiler une réalité et de la faire sienne. La façon dont elle va traiter son mal a un lien avec son histoire, ses connaissances, son vécu et sa culture propre. L'homme utilise des représentations pour comprendre et gérer les informations. Il simplifie les données, se les approprie pour comprendre, retenir et vivre avec sa maladie.

Le polytraitement de l'hypertension artérielle s'inscrit dans une logique de réponse locale apportée par les acteurs locaux pour soulager les souffrances liées à

l'hypertension artérielle. Face à une maladie fatale, les patients et leurs proches associent, alternent et additionnent de façon complémentaire ou contre nature toutes les possibilités d'offres thérapeutiques. La diversité des causes de l'hypertension artérielle, l'expérience du voisinage et la pluralité des offres thérapeutiques ont contribué largement au polytraitement de l'hypertension artérielle. Cette pluralité de l'offre thérapeutique a été favorisée en partie par la promotion de la médecine traditionnelle et par le phénomène de la mondialisation.

La présente recherche comporte une limite liée aux difficultés langagières du chercheur à parler aisément et à comprendre la langue *Ayíẏ*. Une autre recherche sur le sujet peut être menée sur plusieurs groupes sociolinguistiques en s'intéressant à l'influence des représentations de l'hypertension artérielle sur l'adhésion et l'observance des hypotenseurs au Bénin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABRIC, J-C., 1994, les pratiques sociales : aspects théoriques. *IN Pratiques sociales et représentation*, ABRIC, J-C (ed.). Paris, PUF, pp.11-35
- ADAM P. et HERZLICH C., 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, 128 p.
- AFRICAN UNION, 2013, Conférence des ministres de la santé de l'UA (CAMH6) Sixième session ordinaire, « *Incidence des maladies non transmissibles (MNT) et des maladies tropicales négligées (MTN) sur le développement en Afrique* », Addis Abeba, Éthiopie, 13 p.
- AGOSSOU-VOYEME A. K., 2007. Actes des quatrième et cinquième colloques Ayízá jumelés. Cotonou : Editions L'écriture, 44 p.
- AKTOUF O., 1987, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*, Les Presses de l'Université du Québec, 213 p.
- ASSOGBA L.N.M., 1985, « *Le Marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé* », Études et travaux n° 5, APEL, université du Bénin, unité de Recherche démographiques, 19 p.
- AUGÉ M. et HERZLICH C., 1991, *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des archives contemporaines, Paris, 278 p.
- AUGÉ M., 1984, Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement. *IN: Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Augé M. (ed.) et Herzlich C. (ed.). Paris, Editions des archives contemporaines, pp. 35-91
- AUGÉ M., 1986, « L'anthropologie de la maladie. L'Homme », Vol.26, n°1-2, pp. 81-90.
- BAXERRES C., 2012, « Les usages du médicament au Bénin : quand le contexte local et global s'associent pour favoriser une importante consommation pharmaceutique », *Revue internationale sur le médicament*, vol. 4, no1, pp. 14-38.
- BECKER M.H., 1974, « The Health Belief Model and sick role behavior », *Health Education Monographs*, Vol.2, pp. 409-414.
- BENOIST J. (dir.), 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Khartala, 520 p.
- BENOIST J., 2002, *Anthropologie médicale en société créole. In, Convocations thérapeutiques du sacré*, Masse R. et Benoist J, Paris, Karthala, 493 p.
- BERTHIER N., 1998, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris, Armand colin, 254 p.

- BONNET D., 1991, « Désordres psychiques, étiologies et changement social », *Psychopathologie africaine*, Dakar, vol. 22, n° 3, pp. 293-324.
- BONNET D., 1999, *Les différents registres interprétatifs de la maladie de l'oiseau. IN: La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Jaffré (Y.) et Olivier de Sardan (J.-P.) (éds.), Paris, L'Harmattan, 286 p.
- BOURDIEU P., CHAMBOREDON, J-C, PASSERON J-C, *Le métier du sociologue*, Paris, EHESS, 352 p.
- BOURDIEU, P., 1982, *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 239 p.
- BOYER J. 1973, *Précis de médecine préventive et d'hygiène*, Paris, Editions J.B Baillière, 704p.
- BRISSET Claire., 1984, *La santé dans le tiers monde*, Paris, La découverte, 255 p.
- BRUNET-JAILLY J. (dir.), 1993, *Se soigner au mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris, KARTHALA et ORSTOM, 345 p.
- BRUNET-JAILLY J., 1997, *Innové dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 435 p.
- BURY M., 1982, « Chronic illness as a biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. IV, pp. 166-182.
- CHEBEL M., 1984, *Le corps dans la tradition au Maghreb*, Paris, PUF, 207 p.
- DESCHAMPS C., 2007, *Maladies chroniques et qualité de (la) vie : une bibliographie critique*, Rapport final à la Fondation Roche, 54p.
- DE ROSNY E., 1992, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 223 p.
- DESCLAUX A., LEVY J.-J., 2003, « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, no2, pp. 5-21.
- DURKHEIM E., 1986, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Quadrige/P.U.F, 139 p.
- DURKHEIM E., 1967, *Représentations individuelles et représentations collectives*. In *Sociologie et philosophie*, Paris, Collection le "le sociologue" /PUF,
- ETIENNE J. et MENDRAS H., 1999, *Les grands thèmes de la Sociologie par les grands Sociologues*, Paris, Armand Colin, 256 p.
- EVANS-PRITCHARD E.E., 1972, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard, 642 p. (traduction par L. EVRARD de l'ouvrage de 1937, *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford, Clarendon Press, 558 p.

- FABREGA, H., 1993, « Cultural Analysis of Human Behavioral Breakdowns: an Approach to the Ontology and Epistemology of Psychiatric Phenomena », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol.17, no. 1, pp. 99-132.
- FAINZANG S., 1986, *L'intérieur des choses, maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan, 204 p.
- FAINZANG S., 2002, *Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse*, In, *Convocations thérapeutiques du sacré*, Masse R. et Benoist J., Paris, Karthala, 493 p.
- FASSIN D., 2001, *La globalisation de la santé*. In : *Systèmes et politique de santé/ Hours B.* (dir.), Médecines du monde, Khartala, 356 p.
- FASSIN D. (dir.), 1998, *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, La Découverte (« Recherches »), 237 p.
- FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 359 p.
- FISCHER G.-N., 1996, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod, 226 p.
- FONGA S., 2014, *Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France*, Thèse de doctorat de la médecine, Université Pierre et Marie curie (paris 6), 108 p.
- FOURCADE L. et al, 2007, « Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne. Actualité et perspectives », *Med Trop*, vol. 67, pp. 559-567.
- GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 451 p.
- GOOD, B. J., 1994, *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 242 p.
- GRAWITZ M., 1986, *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Dalloz, 7ème édition, 1104 p.
- GRAWITZ M., 2004, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 8e édition, 421 p.
- GUENNIF S., MFUKA C., 2003, « La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, no1, pp. 75-98.
- GURVITCH, G., 1957. *La vocation actuelle de la Sociologie*, Paris, PUF, 8^e éd., 607 p.
- GURVITCH, G., 1962, *Dialectique et sociologie*, Paris, Flammarion, 233 p.
- HERZLICH, C., 1975, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Éditions Mouton, 210 p.

- HINGANT M., 2006, « Situation de la prise en charge de l'hypertension en Afrique par le Pr. H. Agboton, cardiologue au CNHU de Cotonou », *Revue Réseau Médicaments et Développement*, 33, pp. 9-10.
- INAMO J., 2008, *Aspects Epidémiologiques de l'Hypertension Artérielle aux Antilles-Guyane*, Thèse de Doctorat, Université de Toulouse.
- JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (eds), 1999, *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF, 286 p.
- JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, « Tijiri, la naissance sociale d'une maladie », *Cahier des Sciences Humaines*, 31, 4, pp. 774-795.
- JAFFRE Y. et OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2001, *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest*. Projet « santé Urbaine » : Unicef, Coopération française, 290 p.
- JAFFRE Y., 1999, « Pharmacie des villes, pharmacie « par terre » », *Bulletin de l'APAD*, 17, pp. 63-70.
- JODELET D., 1984, *Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie*, Paris, PUF, 357p.
- JODELET D., 1989, *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 447 p.
- JODELET D., 2006, « Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales », In : Haas V., ed., *Les savoirs du quotidien*, Rennes, PUR, pp. 235-255.
- KATZ, E. & LAZARFELD, P.F., 1955, « Personal influence: The part played by people in the flow of mass communications », *The Free Press*, New York
- KNOWLES, J.M., 1977, «The responsibility of the individual», *Daedalus*, pp. 57-80.
- KPATCHAVI C.A., 2011, *Savoirs, Maladie et Thérapie en Afrique de L'ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les fɔn et les waci du Bénin*, Cotonou, Ablodè, 355 p.
- KRONISH IM., LEVENTHAL H., HOROWITZ CR., 2012, Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 14, 1, pp 38-44.
- LABURTHE-TOLRA, P., et WARNIER, J-P., 1993, *Ethnologie, Anthropologie*, Paris, PUF, 412 p.
- LAPLANTINE F., 1996, *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 212p.

- LAPLANTINE F., RABEYRON P.L., 1987, *Les médecines parallèles*, Paris, PUF.
- LEVI-STRAUSS C., 1973, *Anthropologie structurale II*, Paris, Plon, 344 p.
- LOMBARD J., 1998, *Introduction à l'ethnologie*, Paris, Armand Colin, 191 p.
- MASSE, R., 1997, « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Sociétés*, vol.21, no.1, pp. 53-72
- MEMEL-FOË H., (dir), 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Paris, L'harmattan, 209 p.
- MICOLLIER E., 2011, « Un savoir thérapeutique hybride et mobile. Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en chine aujourd'hui », in PORDIÉ L. (dir.), «Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 5, no1, p. 41-70.
- MOSCOVICI, S. et BUSCHINI F., 2003, (s dir.). *Les méthodes des sciences humaines*, Paris, PUF, 442 p.
- MOSCOVICI, S., 1961, *La Psychanalyse, son Image, son Public*, Paris, PUF, 652 p.
- ODEDOSU T., 2012, « Overcoming barriers to hypertension control in African Americans », *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 79, 1, pp. 46-56.
- OLAYIWOLA A. 1984, L'OMS et la médecine traditionnelle. Chemin parcouru et Perspectives. In Chroniques OMS, *OMS Genève*, vol. 38, n^o 2.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2009, *La rigueur du qualitatif (Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique)*, Paris, Académia, 368 p.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1996, « La violence faite aux données. De quelques figures de la surinterprétation en anthropologie », *Enquête*, No 3, pp. 31-59.
- OMS, 2002, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002 – 2005*, Genève, 135 p.
- OSAMOR P. et OWUMI B., 2010, « Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community », *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine*, 10, p. 1-9
- PAZZI R., 1984, Aperçu sur l'implantation actuelle et les migrations anciennes des peuples de l'aire culturelle Aja-Tado, "in", *Peuples du Golfe du Bénin (Aja-Ewé)*, Paris, Karthala.
- PORDIE L. et al., 2005, *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala, 326 p.
- QUENIART A., 1990, « Le sens du recours aux médecines alternatives, Santé, Culture », *Health 7*, pp. 41-70.

- REPUBLIQUE DU BENIN, MINISTERE DE LA SANTE, Annuaire des Statistiques Sanitaires, 2011.
- REPUBLIQUE DU BENIN, MINISTERE DE LA SANTE, Politique Nationale de lutte contre les Maladies Non Transmissibles, Décembre 2008.
- REPUBLIQUE DU BENIN, CONSTITUTION BENINOISE DU 11 DECEMBRE 1990.
- ROCHER G., 1968, *Introduction à la sociologie générale, le changement social*, Paris, HMH/Ltée, 318 p.
- RUFFAT M., 1996, *175 ans d'industrie pharmaceutique française. Histoire de synthélabo*, Paris, La Découverte, 270 p.
- RYAN G.W., 1998, What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village., *Social Science & Medicine*, Vol. 46, n°2, p.209-225.
- SALEM G. et LANG T., (1993), « Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine (Sénégal) », *Sciences Sociales et Santé*, 2, pp. 27-39.
- SARRADON-ECK A. et al., (2008), « Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle », *Pratiques et Organisation des Soins*, volume39 n°1, pp. 3-12.
- SAUNDERS J., BEEVERS D., PATON A., 1981, «Alcohol-induced hypertension ». *Lancet*, pp. 653-656.
- SCHOENBERG N, DREW E., 2002, « Articulating silences, Experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology », *Med Anthropol*; 16, pp. 458-75.
- STRAUSS A.L., 1978 b., « A social world perspective », *Studies in symbolic interaction*, vol.1, pp. 119-128.
- TOGOLA A. et al., 2005, « Ethnopharmacological survey of different uses of seven medicinal plants from MALI, (West Africa) in the regions Doila, Kolokani and Siby», *Ethnobiol, Ethnomed*, 1, pp.7.
- URSIN H, ERIKSEN HR., 2007, «Cognitive Activation Theory of Stress, Sensitisation, and Common Health Complaints », *Ann N Y Acad Sci*, 1113, pp. 304-10.
- YOUNG, A., 1982, « The Anthropologies of Illness and Sicknes », *Annual Review of Anthropology*, vol.11, pp. 257-285.

- ZINSOU C-D. et ZOHOUN T., 1999, Contribution aux Etudes Ethnobotaniques et Floristiques en République Populaire du Bénin, Agence de Coopération Culturelle et Technique : Paris, 895p.
- www.politique-africaine.com/numeros/pdf/016144 (consulté le 10/02/2013).
- <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAFRAD/UNPAN008698.pdf> (consulté le 5/04/2013).
- <http://www.afrik.com/democratie-africaine-la-problematique-de-la-nation> (consulté le 12/07/2013).
- <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/043005.pdf> (consulté le 20/01/2017).
- <http://www.francophonie-durable.org/documents/colloque-ouaga-a5-amoussou-yeye.pdf> (consulté le 14/06/2014).
- <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/1942-hypertension-arterielle-symptomes-tension-elevee>(consulté le 26/07/2014).
- [Http : // www. Revues.org](http://www.Revues.org) (consulté le 2/03/2014).
- [http// www.alimentation-et-sante.com](http://www.alimentation-et-sante.com) (consulté le 8/11/2014).
- <https://www.tel.archives-ouvertes.fr/tel-00195109/document> (consulté le 12/02/2015).
- <https://www.mcgill.ca/files/isid/Ndiaye> (consulté le 03/03/2015).
- [http://www. anthropologiesante.revues.org/819](http://www.anthropologiesante.revues.org/819) (consulté le 11 Juillet 2015).

ANNEXES

1- Outils de collecte

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX HYPERTENDUS OU PARENTS

Q1- Que signifie pour vous la maladie

Q2- Que signifie pour vous la santé

Q3- Que disent les gens de l'hypertension artérielle :

- a- Ceux de votre entourage
- b- Les médecins
- c- Les praticiens de la médecine endogène
- d- Vous-même
- e- Depuis combien de temps trainiez-vous ce mal

Q4- comment sait-on qu'on est hypertendu? ses complications et ses éventuels équivalents dans la nosographie endogène

Q5- Qui peut guérir l'HTA. Quelle appréciation faites vous de dernier et de ses prestations.

Q6- Respectez-vous les prescriptions de ce dernier ?

Conséquences en cas de non respect des prescriptions ?

Q7- Comment un hypertendu est-il perçu par son entourage :

- a- Immédiat (parents et les différentes relations)
- b- Les autres membres du quartier

Q7- Le coût hebdomadaire ou mensuel des soins de l'hypertension

GUIDE ENTRETIEN DESTINE AUX AGENTS DE LA SANTE ET AUTRES PERSONNES

- 1- Représentation de la maladie
- 2- Représentation de la Santé
- 3- Les maladies non transmissibles (MNT).
- 4- L'hypertension artérielle (HTA), manifestation, diagnostic, complications.
- 5- Représentation populaire de l'HTA
- 6- Différentes prises en charge et coût des soins
- 7- Relations médecins et/ou personnel de structures de prise en charge et hypertendus.

GUIDE ENTRETIEN DESTINE AUX AGENTS DE LA MEDECINE ENDOGENE

- 1- Profil du guérisseur
- 2- Problèmes de santé dans la zone péri-urbaine.

L'interroger si le problème de l'HTA n'est pas abordé spontanément

- 3- L'HTA : ses symptômes, manifestations, ses complications, son traitement, ses éventuels équivalents dans la nosographie endogène
- 4- Relations tradipraticiens et hypertendus
- 5- Relation tradipraticiens et medecins au sujet de l'HTA.

Tableau II: Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies

Centres de documentation	Nature des documents consultés	Types d'informations recueillies
Bibliothèque centrale de l'UAC	Livres, thèses, mémoires, ouvrages généraux, ouvrages spécifiques et articles	Informations générales et à caractère méthodologique ; Informations sur les représentations de la maladie et de la santé, du pluralisme médical et de l'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques
Centre de documentation de la FLASH	Mémoires de maîtrise et DEA, Thèses	Informations générales et à caractère méthodologique ; Informations sur les représentations de la maladie et de la santé, du pluralisme médical et de l'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques
Bibliothèque de l'INSAE	Rapports, livres	Données statistiques et démographiques sur les groupes sociolinguistiques
Centre de documentation du MS	Rapports, annuaires statistiques, plan d'action et programmes	Informations sur les politiques et programmes des maladies non transmissibles au Bénin ; le statut épidémiologique du Bénin
Centre de documentation de l'OMS	Rapports, livres et articles	Informations sur l'évolution de l'hypertension artérielle dans le monde
IF	Ouvrages généraux, ouvrages spécifiques	Informations sur les représentations de la maladie et de la santé, du pluralisme médical et de l'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques

Tableau III : Chronogramme de la recherche.

ACTIVITES	PERIODES
Recherche documentaire	Juin 2014-Juillet 2015
Contact humain	Septembre 2014-Décembre 2014
Exploration et observation	Septembre 2014-Novembre 2014
Enquête	Août 2014-Novembre 2014
Dépouillement	Novembre 2014-Janvier 2015
Rédaction du mémoire	Janvier 2015-Juillet 2015

2-Les collectivités et situation géographique des villages d'Adjagbo et de Houéga agué

2.1-Liste collectivités

- Viniwanou, Gbégnon, Hounyè, Lohinto, Dohounkaney, Vodounon, Ahouangonou, Gbétinmè, Saklounon

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
LISTE DES SIGLES	ii
DEDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTES DES CARTES ET GRAPHIQUES	vi
LISTE DES PHOTOS	vii
RESUME	viii
ABSTRACT	viii
Introduction	1
Première partie: Fondements théorique et méthodologique de la recherche	5
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche	6
1-1 Problématique : L'hypertension artérielle en débat dans les sciences sociales	6
1-1.1 Hypothèses.....	11
1-1.2 Objectifs de la recherche	12
1-2 Justification du choix du sujet	12
1-3 Approche conceptuelle	14
1-4 Etat de la question.....	19
1-5 Modèle d'analyse.....	27
Chapitre 2 : Approche méthodologique	31
2-1 Nature de la recherche	31
2-2 Groupe cible et Echantillonnage.....	31
2-3 Techniques, outils et collecte des données	34
2-3.1 Analyse documentaire.....	35
2-3.2 Observation	35
2-3.3 Entretien semi-directif	36
2-3.4 Entretien de groupe	37
2-4 Considérations éthiques	37
2-5 Collecte des données	38

2-6 Techniques et matériels de traitement de données	39
2-7 Présentation et justification du choix du cadre de la recherche.....	40
2-8 Difficultés rencontrées.....	41
Deuxième partie: Profil épidémiologique et Contexte sanitaire de la commune d'Abomey-Calavi	43
Chapitre 3 : Eléments de monographie sur l'hypertension et contexte sanitaire de la commune d'Abomey- Calavi	44
3-1 Origines culturelle et géographique des Ayízɔ d'Abomey-Calavi.....	44
3-2 Caractéristiques spécifiques du cadre de la recherche.....	45
3-3 Activités socio-économiques à Houéga Agué et à Adjagbo.....	46
3-4 Profil épidémiologique des villages d'Adjagbo et de Houéga Agué.....	47
3-5 Système de soins officiel	49
3-6 Système de soins à Houéga Agué et à Adjagbo	52
Chapitre 4 : Représentation de la maladie et de la santé en milieu Ayízɔ d'Abomey-Calavi ...	56
4-1 Notions de maladie et de santé	56
4-2 Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées hypertendues	58
Troisième partie: Construction sociale du Polytraitement de l'hypertension artérielle.....	61
Chapitre 5 : Construction sociale de l'hypertension artérielle.....	62
5-1 Construction des symptômes, de la nosologie, de l'étiologie et la chronicité de l'HTA ...	62
5-1.1 Symptomatologie populaire et manifestations de l'HTA	62
5-1.2 Nosologie de l'hypertension artérielle.....	65
5-1.3 Registre étiologique populaire	67
5-2 Mortalité à brève échéance de l'hypertension en milieu Ayízɔ.....	78
Chapitre 6 : Multi soins de l'HTA chez la personne âgée.....	81
6-1 Cheminements thérapeutiques de l'hypertendu en milieu Ayízɔ	81
6-2 Traitement de l'HTA: une approche à l'interface de la biomédecine, de la médecine traditionnelle, de l'automédication et de la spiritualité.....	85
6-2.1 Traitement biomédical	85

6-2.2 Comportement thérapeutique en médecine traditionnelle face à l'HTA en milieu Ayíz5 d'Abomey-Calavi	88
6-2.3 Automédication et produits de la médecine traditionnelle améliorée au service de l'HTA	94
6-2.4 Contribution de la spiritualité au traitement de l'HTA	96
6-3 Fondement social du polytraitement en milieu Ayíz5	98
DISCUSSION.....	101
CONCLUSION	105
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	108
ANNEXES	115
TABLE DES MATIERES.....	118