HAL open science

Représentations sociales des maladies cardio-vasculaires dans la cohorte Tanvè Health Study (TAHES) au Bénin

Salmane Amidou, Yessito Corine Houehanou, Philippe Lacroix, Holy Bezanahary, Pierre-Marie Preux, Dismand Houinato

To cite this version:

Salmane Amidou, Yessito Corine Houehanou, Philippe Lacroix, Holy Bezanahary, Pierre-Marie Preux, et al.. Représentations sociales des maladies cardio-vasculaires dans la cohorte Tanvè Health Study (TAHES) au Bénin. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, 2021, 10.1016/j.ancard.2021.07.003 . hal-03347982

HAL Id: hal-03347982

https://unilim.hal.science/hal-03347982v1

Submitted on 5 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000339282100086X
Manuscript_2519fd903023962b0db807a08a17095e

Titre:

Représentations sociales des maladies cardio-vasculaires dans la cohorte Tanvè Health Study (TAHES) au Bénin.

Social representations of cardiovascular disease in the Tanvè Health Study (TAHES) cohort in Benin.

Auteurs :

SA Amidou[1,2], YC Houehanou[1], P Lacroix [2], Holy Bezanahary[4], P-M Preux[2], DS Houinato[1,2], Groupe TAHES.

Affiliations :

[1-] Laboratoire des Maladies Chroniques et Neurologiques (LEMACEN), Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin

[2-] INSERM, Univ. Limoges, CHU Limoges, IRD, U1094 Neuroépidémiologie Tropicale, Institut d'Epidémiologie et de Neurologie Tropicale, GEIST, Limoges, France

[3-] Service de Médecine interne et Polyclinique, CHU Dupuytren, Limoges, France

[4-] Département de Chirurgie Thoracique et de Médecine vasculaire, CHU Dupuytren, Limoges, France

Auteur correspondant :

Salimanou Ariyoh AMIDOU
Laboratoire des Maladies Chroniques et Neurologiques (LEMACEN), Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin
01 BP 188, Cotonou, Benin; Mél : salmaneamidou@gmail.com; Tel : +229 97132132

Remerciements :
Au Professeur Joël Noret pour sa contribution inestimable, Gilberte Binazon pour la translitération écrite du fon, ainsi que Anissa Abdoulaye, Auriane Adjahouhoué et Edmond Etchissè pour le soutien logistique pendant l'enquête de terrain.

© 2021 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé

Objectif : Décrire les représentations sociales des maladies cardiovasculaires (MCV) dans la cohorte TAHES au Bénin.

Méthode : Des entretiens individuels et de groupes ont été réalisés avec des enregistrements audios et des prises de notes. L'analyse des données a permis d'identifier les principales constructions intellectuelles sous-jacentes aux attitudes et pratiques de soins.

Résultats : Dix-neuf (19) sujets (11 femmes) ont participé à 2 focus groups et 17 (5 femmes) aux entretiens individuels. L'étymologie des dénominations en langue locale fon des MCV évoque soit les symptômes (exemple : ''*tesisi glô mɛ''* [il ne peut pas se lever]), les étiologies supposées (exemple : *''kuvitò zɔn''* [maladie des revenants]) ou l'adaptation locale d'une dénomination biomédicale (exemple : ''*a'tension*'' [de hypertension artérielle]), pour citer l'exemple de l'accident vasculaire cérébral. Les croyances ont permis de distinguer des maladies ''simples'' ou ''organiques'' (''*azɔn yaya''*) et des maladies surnaturelles ou provoquées liées au ''*azé*'' [sorcellerie immatérielle] ou au ''*bô*'' [envoutement matériel]. Les maladies chroniques ou récidivantes finissent le plus souvent dans la catégorie ''surnaturelles'' et induisent la consultation du ''*bokɔnɔ̃*'' (devin) ou autres religieux pour le diagnostic. Le recours aux soins est diversifié et se fait d'une part vers la médecine moderne, et d'autres parts vers la médecine traditionnelle avec le ''*amanɔn*'' (soins à base de feuilles), le ''*bokɔnɔ̃*'', des religieux traditionnels (rites divers) et chrétiens (prières).

Conclusion : Les représentations sociales des MCV sont basées sur les croyances locales, mais influencées aussi par la biomédecine. Leur prise en compte permettra d'améliorer l'adéquation des soins.

Mots clés : représentations sociales, maladie cardiovasculaire, Tanvè, Bénin, Afrique.

Abstract

Objective: To describe the social representations associated with cardiovascular diseases (CVD) in the village of Tanvè in Benin.

Methods: Focus groups discussions and semi-structured interviews were conducted among participants of Tanvè Health Study (TAHES) cohort. Audio recordings were made during the interviews, as well as some note-taking. Data were organized by themes and analyzed to identify key representations that underlie attitudes and health care practices.

Results: A total of 19 subjects (including 11 women) participated in 2 focus groups and 17 (including 5 women) in individual interviews. Etymologies of CVD's names evoke either clinical signs (example: *''tesisi glô mɛ''* [can't stand up]), guessed etiology (example: *''kuvitɔ zɔn''* [ghosts' disease]) or a local adaptation of a biomedical name (example: *''a'tension''* [from hypertension]), to cite the example of stroke. According to beliefs about etiology, diseases were classed as ''simple'' or "organic" diseases (*"azɔn yaya"*) and ''supernatural'' or ''induced'' diseases linked to *"azé"* [immaterial witchcraft] or *"bô"* [material bewitchment]. Chronic or recurrent diseases usually end up in the ''supranatural'' category and induce the consultation of *"bokɔnɔ̃"* (diviner) or other religious for diagnosis. Health care seeking refer to modern medicine, *"amanɔn"* (leaf-based care), *"bokɔnɔ̃"* or traditional religious (various rites) and Christians (prayers).

Conclusion: Social representations of CVD in this community are based on ancestral beliefs, but are also influenced by modern knowledge. Taking them into account could improve quality of health to fulfill communities' care needs.

Key words: social representations, cardiovascular disease, Tanvè, Benin, Africa.

1. Introduction

Tanvè Health Study (TAHES) est une cohorte populationnelle sur les maladies cardiovasculaires mise en place depuis Février 2015 dans un village du Bénin. Face aux observations de réticence de la population il s'est avéré indispensable d'étudier leurs représentations sociales de ces maladies.

Les représentations sociales sont des processus construits de perception et d'interprétation de la réalité (objets, faits, personnes), pour développer des modèles d'explication, partagés par une majorité de personnes et généralement valorisés, reproduits, – éventuellement transformés –, et transmis au sein d'un groupe social (1). Ce savoir collectif apparaît dans les discours, participe à la détermination des comportements et des pratiques, et s'articule en permanence avec l'expérience et la psychologie de chaque individu (1). Les représentations populaires des maladies, dans chaque culture, sont les représentations largement partagées par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites, telles qu'elles peuvent facilement être identifiées ou sollicitées dans les discours (2).

Le succès d'une étude de cohorte réside dans sa puissance liée à sa capacité à observer un grand nombre d'individus sur une longue période. Mais divers facteurs sociaux et comportementaux ont une grande influence sur l'adhésion et la qualité de la participation des populations (3)(4)(5). Face à ces aléas, l'idéal de l'équipe de recherche représenté par un niveau de réponse proche de 100% sur le long terme (6), apparait comme un défi quasi-inaccessible, mais aussi un impératif vers lequel il faut tendre. Les motivations de participation à l'inclusion et au fil des années sont aussi des déterminants de l'adhésion au suivi au long cours. Elles puisent leur source dans le vécu social, le sentiment d'être concerné et l'intérêt particulier pour le sujet, donc sur les représentations sociales des maladies cibles. Par ailleurs le fardeau des maladies cardiovasculaires (MCV) nécessite la mise en place d'interventions pertinentes qui doivent prendre en compte la dimension des représentations pour être adaptés à la population.

D'où l'intérêt de la présente étude qui vise à identifier les facteurs socio-anthropologiques et culturels de cette population pouvant influencer le suivi dans TAHES ou impacter l'efficacité des éventuelles interventions de santé. Il s'agira d'identifier les MCV reconnues dans la culture locale, les noms donnés à ces maladies et leurs sens étymologiques, décrire les croyances liées à ces maladies ainsi que les implications thérapeutiques en rapport avec le tissu social et les croyances locales.

2. Méthodologie

2.1. Type et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, conduite entre Avril et Mai 2017 dans les villages de Tanvè et Dékanmey, arrondissement de Tanvè, commune d'Agbangnizoun, au sud-ouest du Bénin.

2.2. Population d'étude

Avec des populations respectives de 2541 et 1491 habitants en 2013, les villages de Tanvè et Dékanmey ont une population majoritairement fon (92,3%), pratiquant diverses religions chrétiennes (46,5%) et le vodoun[1] (39,2%). Les principales activités économiques y sont l'agriculture (34,3%), le commerce (25,1%) et l'artisanat (16,3%), dont certaines pratiquées de façon saisonnière (8).
La cohorte TAHES s'intéresse aux adultes de 25 ans et plus.

2.3. Collecte des données

2.3.1. Déroulement des entretiens de groupes

Deux groupements villageois ont été identifiés et tous les membres conviés à un entretien de groupe qui a eu pour cadre leurs traditionnelles réunions hebdomadaires. Il s'agissait d'un groupement de femmes et de l'association professionnelle des taxi-motos (hommes). Ces groupes avaient été identifiés de manière à être le plus homogène possible pour faciliter la participation de chacun. Les discussions ont été enregistrées. De même, ont été exploitées dans le cadre de cette étude un troisième enregistrement effectué à l'occasion des séances annuelles de restitution des résultats de TAHES aux leaders communautaires et responsables politico-administratifs locaux : élus locaux, représentants d'associations, chefs traditionnels, guérisseurs traditionnels, agents de santé et autres responsables du système de santé.

2.3.2. Déroulement des entretiens individuels

Les individus ont été choisis par une méthode raisonnée en commençant par les leaders d'opinion (chefs traditionnels et de collectivités, guérisseurs, responsables d'églises et d'associations, élus locaux), puis d'autres détenteurs d'enjeux identifiés, soit pendant les séances de groupe, soit par l'agent communautaire de TAHES issu du milieu, soit au hasard des entretiens et des rencontres. Ces participants provenaient des différentes couches sociales et politiques des deux villages. Les choix ont aussi tenu compte de l'âge, de la catégorie socioprofessionnelle, du niveau socio-économique et du sexe. Il n'a cependant pas été recherché d'être représentatif de l'ensemble de la population, mais de diversifier les profils de manière à pouvoir obtenir les différents avis et courants éventuels de pensée. Le nombre de personnes à enquêter n'a pas été prédéfini. Les entretiens ont été arrêtés lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles informations, preuve qu'un bon niveau de saturation avait probablement été atteint.

[1] êtres mystérieux auxquels un culte est voué (7)

2.3.3. Méthode de collecte des données

Le même enquêteur (doctorant) a réalisé tous les entretiens individuels dans la langue locale (le fon) au domicile de chaque participant. Les entretiens ont été semi-directifs, uniques, en tête à tête sans interprète avec des questions ouvertes, sous la forme d'une conversation orientée. Les questions étaient d'abord d'ordre général pour mettre les participants en confiance afin de les encourager à exprimer leurs réelles opinions, à évoquer la réalité de leurs vies. Puis avaient été abordés successivement l'identification des problèmes de santé les plus ressentis et des MCV courantes/connues chez les adultes, la découverte des noms attribués à ces maladies dans la communauté, l'influence de la culture et de la croyance face à la maladie, le répertoire des recours thérapeutiques. Le déroulement des entretiens s'est fait sans un ordre précis en suivant le fil des idées du participant, en évitant les coupures et en faisant les relances appropriées pour aborder d'autres thèmes. A l'issue de l'entretien, l'enquêteur n'était pas obligé d'aborder tous les sujets si le temps et le cours de la conversation ne l'avaient pas permis. Les entretiens avaient été enregistrés pour faciliter le suivi visuel du participant avec quelques prises de notes pour les éléments de communication non verbale.

2.4. Analyse des données

Une analyse initiale des notes des focus groups a permis d'identifier les principaux thèmes et de mettre à jour le guide d'entretien avant d'aborder les entretiens individuels.

Tous les enregistrements ont été écoutés au moins 3 fois : une première écoute pour évaluer l'ensemble des conversations et dégager les principaux thèmes, une deuxième à la lumière des objectifs pour noter les différentes informations obtenues par individu et pour chaque thème dans un tableau, une troisième qui a permis de noter les idées maitresses, transcrire fidèlement en français les phrases fortes qui reflètent les pensées des individus ou des groupes, rapporter les métaphores, noter les convergences et les divergences de points de vue, et enfin d'autres écoutes aussi souvent que nécessaire au cours de l'analyse des données.

Une fiche synthétique a été réalisée au format Excel détaillant les éléments importants à retenir de chaque conversation avec en lignes chaque conversation et en colonnes les principaux items retenus : numéro d'enregistrement, date d'enregistrement, durée de l'enregistrement, fonction de l'interviewé, liste des maladies citées en fon, étymologie de la maladie, correspondance probable en biomédecine, manifestations cités, étiologies, option thérapeutique 1, autres options thérapeutiques, description des thérapeutiques envisagées, phrases fortes, autres éléments pertinents. L'analyse a été faite à partir de cette fiche avec recours aux enregistrements.

2.5. Dispositions éthiques

L'étude a obtenu l'avis favorable du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) au Bénin et l'adhésion des autorités locales. Le consentement éclairé des participants a été requis. Un feedback immédiat a été fait aux participants après chaque entretien et une présentation des résultats a été faite à la restitution annuelle des activités de TAHES en 2018.

3. Résultats

Les focus groups avaient connu la participation de 19 sujets dont 11 dans le groupe des femmes et 8 dans le groupe des hommes pour des durées respectives de 76 et 47 minutes. La réunion avec les leaders avait connu la participation de 34 personnes. Les entretiens individuels avaient pris en compte 17 sujets dont 5 femmes pour une durée totale de 357 minutes, soit une moyenne de 21 minutes et des extrêmes de 6 et 62 minutes. Six (6) sujets ont à la fois participé aux focus group et aux entretiens individuels.

3.1. Principales MCV évoquées

Les principales MCV évoquées sont résumés au tableau 1.

L'hypertension artérielle (HTA) était la maladie la plus évoquée. Elle est appelée en fon ''*hunyiji, hunwado*'' [le sang monte, le sang descend] traduisant une représentation en rapport avec le volume du flux sanguin qui augmenterait comme « un fleuve en crue ». Elle avait aussi d'autres noms adaptés de l'appellation biomédicale : ''*Tension*'' ou ''*A'tension*''. L'HTA serait la conséquence de l'obésité, de l'inactivité physique ''*a du gbadé bo ma lɛ gle*'' [tu manges le maïs sans cultiver le champ], du ''*sodabi*'' (alcool distillé localement), du tabac, de l'anxiété, des soucis, et surtout de l'alimentation : consommation de ''cubes''[2], excès en consommation de sels, d'huile (''*mi sɔ do na dɔ ami wè nyi man à*'' [on ne doit plus dire que l'huile est le plus important dans la sauce légume]), de certains ''aliments trop riches qui vont produire trop de sang'' comme la feuille de manioc et la non consommation de fruits.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) vient en second et est désigné par son signe pathognomonique, l'hémiplégie : ''*afɔku, alɔku*'' [jambe morte, bras mort] ou ''*tesisi glo mɛ*'' [il ne peut se lever]. L'apparition le plus souvent subite de l'hémiplégie sous-tend des représentations surnaturelles à propos de son étiologie. L'AVC est donc aussi désigné par ''*Kuvitɔzɔn*'' [maladie des revenants] qui fait référence à l'explication selon laquelle cette affection survient lorsque l'on a offensé un mort de sa famille qui se vengerait ainsi. L'offense pourrait alors découler d'une promesse non tenue, d'un comportement injuste/indigne ou de la transgression d'un interdit familial. L'AVC serait ainsi un sort jeté par un ancêtre en colère. Cependant, le rôle de certains facteurs de risque est plus ou moins reconnu : excès alimentaire et HTA. En effet, l'AVC a aussi parfois été désigné par ''*tension*''.

[2] Cube : bouillon aromatique très salé utilisé en cuisine (note des auteurs)

Les AVC étaient parfois confondus avec ''*kanmɛ gbon'ɛn*'', ''*kanmɛ gbɔdjɔ*'' ou ''*lanmɛ xwlɛxwlɛ*'', qui était une sorte d'entité nosologique populaire (ENP)[3] regroupant toutes les affections neurologiques et musculosquelettiques pouvant affecter la motricité surtout chez les personnes âgées, allant de la simple gêne à l'impotence fonctionnelle, en passant par des douleurs à différents degrés.

Le ''*hunwli*'' [douleur, serrement au cœur] décrit des douleurs thoraciques de type angine de poitrine, voire infarctus du myocarde. Il serait causé par des efforts physiques soutenus malgré un âge avancé.

Le ''*hunklozɔn*'' [gros cœur] est traduit du diagnostic clinique d'hypertrophie du myocarde par la médecine moderne et serait dû à ''*ciga*'' [de cigare pour tabac], ''*sodabi*'' [alcool], consommation de sels et d'huiles.

Enfin la mort subite ou ''*kuvawun*'' était aussi évoquée, et serait essentiellement d'origine surnaturelle (sorcellerie).

L'œdème, signe impliqué dans certaines MCV était évoqué comme maladie isolée et pas relié au cœur. Il était désigné par ''*flɔflɔ*'', ''*afɔ titè*'' [pieds gonflés], ''*afɔzɔn*'' [maladie du pied] et aussi œdème par les personnes instruites en français.

3.2. Autres maladies évoquées

En dehors des MCV, les autres maladies occupant une place importante dans le vécu des sujets étaient :

- Les maladies se manifestant par des douleurs abdominales appelées ''x*omɛdakpa*'' ou ''*akpadoxomɛ*'' [plaie dans le ventre], ''*xomɛwli*'' ou ''*xomɛwliwli*'' [douleur dans le ventre], ou encore ''*xomɛzɔn*'' [maladie du ventre]. La description des manifestations était assez variée et peut faire évoquer diverses pathologies des viscères abdominaux : hépatite, divers cancers, ulcères gastroduodénaux, ascite, infection digestive, etc.
- Le paludisme appelé ''*hweyivɔ*'' [soleil], ''*hweyivɔzɔn*'' [maladie du soleil], ''*zansukpɛzɔn*'' [maladie des moustiques] fonctionne comme une ENP dont le signe principal rapporté était la fièvre et se présente comme l'exemple type de l'évolution des représentations et de la coexistence de plusieurs versions ou types de représentations pour la même maladie. Anciennement appelé ''*Hweyivɔzɔn*'' en raison de la fièvre qui était attribué au soleil, l'appellation a évolué pour devenir ''*zansukpèzɔn*'' avec les informations de la biomédecine : « *Autrefois les anciens*

[3] Entité Nosologique Populaire : regroupement dans un même ensemble, pour désigner une seule maladie, des symptômes qui pour la biomédecine relèvent de pathologies totalement différentes (9). Terme permettant de désigner une altération de la santé dans le langage populaire socialement valorisé dans la culture étudiée. Ce terme vernaculaire permet de désigner une altération de la santé spécifique, identifiée sur la base d'un tableau sémiologique plus ou moins précis selon les cas, et comprenant un modèle interprétatif pouvant intégrer une ou plusieurs étiologies possibles, ainsi que des modalités thérapeutiques dont le degré d'hétérogénéité peut varier selon les entités (1).

pensaient que le soleil donnait cette maladie car le corps est chaud et ils liaient ce fait à la chaleur du soleil. Mais ''gbɛmɛ o hun nunkun'' [littéralement ''le monde a ouvert les yeux'' pour dire que les connaissances ont évolué] ». ''*Hweyivɔzɔn*'' va cependant continuer de fonctionner comme une ENP et inclure toutes les affections fébriles : une fièvre éruptive va ainsi donner lieu à deux maladies c'est-à-dire ''*hweyivɔzɔn*'' et l'étiologie de l'éruption.

- Le diabète appelé ''*adɔvivi*'' [urine douce] ou ''*adɔvivizɔn*'' [maladie de l'urine douce] occupe aussi une place importante et était associé à la consommation de cube et à une consommation excessive en sucres et boissons sucrées. La prévention et le traitement feraient appel à « manger des choses amères ».
- Enfin, on retrouve également pêle-mêle tous les autres symptômes possibles de maladie qui ont été utilisés de manière unitaire pour désigner une maladie : ''*zozo*'' [fièvre], ''*ta*'' [tête] ou ''*tafɛnmɛ*'' [céphalées], ''*slu kpo sla kpo*'' ou ''*vivi, sla sla*'' [vomissements, diarrhée], ''*goxuxu*'' [amaigrissement], ''*kpɛn*'' [toux], etc.

3.3. Catégories causales de maladies

Deux groupes causals de maladies avaient été identifiés : les maladies ''simples'' et les maladies surnaturelles qui concernent deux entités différentes de l'individu : ''*agbaza*'' [corps] et ''*yɛ*'' [esprit].

Les maladies simples appelées *''Azɔn yaya''* [maladie simple], ''*Agbaza zɔn*'' [maladie du corps] étaient supposées organiques. Dans cette catégorie étaient citées toutes les manifestations de maladies et donc les MCV énoncées au précédent paragraphe. Elles surviennent par les comportements à risque cités précédemment : mauvaise alimentation, inactivité physique, obésité, alcool, etc.

Les maladies dites surnaturelles appelées ''*Yɛ zɔn*'' [maladie de la force vitale ou de l'esprit] ou ''*azɔndonumɛ*'' [maladies envoyées] ou *''azɔnsiso*'' [maladie attrapée] ont leur origine dans une attaque de la force vitale ou esprit (*yɛ*) de l'individu et vont se manifester sur le corps (*agbaza*) sous différentes formes. Cette attaque peut intervenir de deux façons : soit par un ''*bô''*, soit par ''*azé''*. Le ''*bô''* se distingue du ''*azé''* (sorcellerie) par la matérialisation de l'objet utilisé pour l'attaque qui peut être un mortier dans lequel on pile la personne envoutée, un objet déposé ou un liquide versé à un endroit où passe la personne, une motte d'argile moulée en homme utilisée pour matérialiser la personne et torturée pour l'attaquer, etc. Du fait de la possibilité de matérialisation, le ''*bô''* peut être utilisé par n'importe qui en a la possession. ''*A*zé'' par contre ne se matérialise pas, se passe la nuit, et le sorcier (''*azétɔ''*) quand il se couche est doté d'un pouvoir qui permet à son esprit d'aller partout où il désire juste par sa volonté, et y faire tout qu'il veut, sans aucun signe matériel en dehors de quelques exceptions où le ''*azétɔ*'' peut disposer d'un objet tel une calebasse dont le toucher déclencherait ses voyages nocturnes. De ce fait seul le sorcier lui-même peut faire directement usage de ses pouvoirs. Il lui suffit d'une pensée pour commander ce qu'il veut réaliser. Le ''*bô''* est dit alors plus facile à exorciser que le ''*azé''*. Cependant les deux se

manifestent de la même façon, atteignant d'abord l'esprit, pour ensuite donner lieu à des altérations sur le corps qui abrite cet esprit. ''*Azé*'' et ''*bô*'' peuvent donner lieu à tous les symptômes imaginables, donc donner tous types de maladies ou provoquer la mort.

Toutefois, la cloison maladie simple versus surnaturelle n'est pas étanche : une maladie simple peut au fil du temps se compliquer de maladie surnaturelle entrainant une possibilité d'étiologies multiples et variables au cours du temps notamment dans les cas de maladies chroniques.

3.4. Implications et itinéraires thérapeutiques

Les recours thérapeutiques déclarés étaient souvent adaptés aux croyances (Fig.1), mais se révèlent souvent en pratique comme un compromis complexe entre réalités du moment et croyances avec pour objectif ultime de guérir quels que soient les moyens.

Les maladies simples ''*azɔn yaya*'' faisaient prioritairement appel à l'utilisation de ''*atinkɛn*'' [médicaments] ou de ''*amassin*'' [tisane ou décoction de feuilles] soit en automédication, soit après une consultation dans un centre de santé (médicaments) ou chez le guérisseur herboriste (décoction de feuilles). Lorsque ''*azɔn yaya*'' devient chronique ou récidivante, ou lorsque le sujet n'avait pas satisfaction après des soins plus ou moins longs, l'option de maladie surnaturelle était envisagée : ''*aze si byɔ mɛ*'' [la sorcellerie peut rentrer dedans], pour dire qu'une maladie simple au départ peut devenir surnaturelle du fait de sorciers qui voudraient ''profiter'' de l'état fragile de la personne malade pour entrainer sa perte. «Quand le médecin dit après analyse qu'il ''ne voit (plus) rien''[4] alors que la personne souffre, il vaut mieux aller consulter le *''bokɔnɔ̃''* [praticien d'actes divinatoires]. Après traitement de la sorcellerie, le médecin pourra ensuite facilement faire le diagnostic ».

Pour les mêmes manifestations, afin de distinguer une maladie simple d'une maladie surnaturelle, « *il faut observer, quand celui qui apparemment ne boit pas, ne fume pas a une maladie relative à ces comportements, alors il faut aller demander d'où ça vient* ». Ou encore, *« Lorsqu'une hémiplégie persiste au-delà de 30 jours environ, on doit envisager une consultation chez le bokɔnɔ̃''*.

Le ''*bokɔnɔ̃*'' va alors "*tɛ du*" [lancer les cauris] pour consulter le *''fâ''*[5] (Fig.2) afin de confirmer ou non le caractère surnaturel d'une maladie, et le cas échéant préciser le type (''*bô*'' ou ''*azé*''), indiquer le traitement approprié, monitorer l'efficacité du traitement et donner le pronostic. Mais quoi qu'il en soit, ''*atinkɛn*'' et/ou ''*amassin*'' interviennent au cours du processus pour réparer les dégâts sur le corps.
L'itinéraire thérapeutique des sujets passe donc par la médecine moderne qui est considérée par la plupart comme le 1er recours aux soins, en automédication ou en consultation dans un centre de santé. D'autres sujets préfèrent passer d'abord par le ''*bokɔnɔ̃*'' pour éliminer la probabilité d'un *Azé* ou d'un *Bô*. En effet, ''*Yé do ya nu yɛ, anh tɔju yɛ, yé do ya nou agbaza,*

[4] Ne trouve aucun élément objectif pour poser un diagnostic

[5] *Fâ* : géomancie divinatoire très répandu au Bénin, pratiquée par le ''*bokònon*'' pour expliquer des événements, prédire l'avenir et parfois essayer de le modifier par les actes et sacrifices rituels devinés (10).

anh tɔju agbaza'' [Si on torture l'esprit, tu dois t'occuper de l'esprit et si c'est plutôt le corps, tu dois t'occuper du corps] car tout retard peut être fatal. Dans les cas de maladie grave ou d'urgence beaucoup trouvent judicieux de combiner toutes les options : « le *malade va au centre de santé et la famille s'occupe des consultations du bokɔnɔ̃ et du traitement pour Azé ou bô »*. Car il faut d'abord ''enlever'' la sorcellerie, pour permettre aux ''*atinkɛn''* ou ''*amassin''* de travailler sur le corps, et dans tous les cas « Trop de viande ne gâte pas la sauce ».
Le traitement des maladies surnaturelles était variable en fonction des réponses du ''*fâ*''. Le ''*bokɔnɔ̃*'' peut ainsi opportunément suggérer l'usage de ''*atinkɛn'',* de ''*amassin*'' et/ou du ''*vɔ sisa*'' [Sacrifices rituels].
Lorsque le recours aux guérisseurs traditionnels se fait en 1er, le choix serait plus pour des raisons économiques que à cause des croyances car « le guérisseur te traite d'abord et tu payes ensuite, alors qu'à l'hôpital il faut payer d'abord ». Mais parfois aussi parce que le sujet juge que la biomédecine ne peut traiter certaines affections dites locales (''*dotoo tun azɔn enɛ ɔ a*'' [le docteur ne connait pas cette maladie-là]). Cependant d'autres avancent que « *les feuilles sont efficaces seulement si la maladie n'est pas avancée* ».

Les deux médecines se combinent donc sans qu'il y ait une hiérarchie figée. En effet, la plupart des sujets interrogés nuancent la hiérarchie et préfère insister sur la complémentarité des deux face aux changements des modes de vie : « Le *cube* n'existait pas…, le maïs se conservait au soleil et non aux insecticides…, il n'y avait pas de graine de palmier sans noix[6]…, mais aujourd'hui tout ça a changé, …donc à aliments nouveaux, maladies nouvelles ». De même, « autrefois on écrasait le maïs sur la pierre qui finissait par s'éroder, nous mangions donc de la pierre. Aujourd'hui nous utilisons des moulins dont les meules en métal se liment, où vont ces métaux ? Vont-ils causer les mêmes maladies que la meule en pierre ? Assurément non. Alors le blanc qui a conçu le nouveau moulin doit certainement savoir traiter les maladies causées par son utilisation, il faut donc recourir à sa médecine... Nos habitudes ayant changé, alors le recours à la biomédecine s'impose ».

La médecine moderne est aussi parfois mieux valorisée que la médecine traditionnelle : ''*Dotoo du azɔn lɛ bi sin ahɔsu, aman mɛwi lɛ non blo kpɛde''* [La médecine moderne est reine de toutes les maladies, mais la médecine traditionnelle aussi fait un peu] ou encore « autrefois, en raison de l'ignorance on attribuait les AVC à ''*kouvito''* et on les traitait chez le ''*bokɔnɔ̃''*, mais aujourd'hui on lie ça à la ''*tension*'' et c'est mieux d'aller à l'hôpital ».

Toutefois, même si les sujets étaient de plus en plus tournés vers la modernité, d'autres estiment qu'il faut garder une place privilégiée à la culture locale face à certaines maladies : « il existe des maladies que les feuilles guérissent, mais nous n'aimons plus les feuilles comme autrefois ».

[6] Fruit de palmier sélectionné pour ce caractère après croisement de plusieurs variétés et comportant plus de pulpe.

Enfin, le *bokɔnɔ̃* n'a pas l'exclusivité des consultations et des soins pour les maladies surnaturelles. Interviennent dans ce secteur et dans une moindre mesure les responsables d'églises chrétiennes (notamment les chrétiens célestes et les évangéliques) et des adeptes vodouns (*tlɔn*, *hunnɔ̃*, *kɔkunɔ̃*, etc.). Le choix du type de traitement dépendait des croyances. Chaque individu agit alors en fonction de ses croyances, de ses connaissances, mais aussi de ses moyens, en faisant un cocktail des différentes options disponibles et compatibles avec sa foi et ses représentations.

4. Commentaires et Discussions

4.1. Des principales maladies évoquées

Les dénominations des maladies sont dominées par les symptômes, mais transparaissent aussi la culture locale et l'influence de la modernité, traduisant une ouverture des populations locales et une évolution des représentations des maladies. Il en était de même des étiologies des maladies et des recours aux soins qui faisaient également appel tant aux croyances locales qu'à la biomédecine. L'omniprésence des symptômes dans les dénominations, mais aussi dans les constructions intellectuelles sous-jacentes aux représentations sociales des maladies traduit la difficulté des populations à appréhender les maladies asymptomatiques à certains stades de leur évolution, tel que l'on pourrait en dépister en biomédecine par les matériels de prise de constantes physiques, la biologie et l'imagerie médicale. Ce type de maladie dont l'HTA, recevait des dénominations nouvelles comme ''*tension/a'tension*'' qui apparaissent comme effet du discours médical et donc comme nouvelle maladie (11). La notion de nouveauté était cependant en contradiction avec les prévalences élevées que l'on peut en observer, ainsi que l'importance qu'avaient ces maladies dans les discours des populations. En effet, l'importance de l'HTA dans les discours corroborait la prévalence élevée mise en évidence à l'initiation de la cohorte TAHES (12).

La structure des dénominations des maladies ainsi basée sur des symptômes pouvant parfois faire évoquer plusieurs maladies selon la biomédecine, donne des regroupements hétéroclites généralement sans rapport avec les entités nosologiques biomédicales, rejoignant la notion d'entités nosologiques populaires décrite ailleurs en Afrique de l'Ouest (9,13).

4.2. Des catégories causales des maladies

L'étiologie des maladies renvoyait vers deux classes (simples et surnaturelles), largement partagée avec d'autres cultures africaines (14–18). Ainsi, au Burkina-Faso chez les Moose, lorsque les guérisseurs établissaient leur diagnostic, ils disaient parfois "*yaa - bãaga bala*" [c'est une maladie seulement] ou "*yaa bãaga*" ou ''*maladie de Dieu*'' pour exclure les maladies dites provoquées par des sorciers (14). Une mort subite, une maladie chronique ou récidivante étaient souvent suspectées d'avoir pour origine l'action d'un sorcier. Ces maladies de conception persécutive apparaissent plus dangereuses que les autres quant au pronostic vital (14,15). Ces perceptions ont été observées dans notre étude où la mort subite

était attribuée aux sorciers, ainsi que les maladies inattendues donc sans facteurs ou comportements à risque perceptibles. L'agent pathogène pouvait également être un esprit ancestral (14) comme pour le *''kuvitɔzɔn''*. Il fallait cependant aussi distinguer la sorcellerie spirituelle - où le sorcier "attaque" le principe vital de la personne - de la sorcellerie instrumentale qui nécessite des recours matériels divers (plantes, mixtures, poisons, amulettes, fétiches, etc.) et qui agresse directement le corps humain. Les Moose parlent de *''soodo''* pour désigner la sorcellerie spirituelle et de *''begda''* pour l'instrumentale (14) équivalents respectivement au *''azé''* et *''bô''* dans cette étude.

La sorcellerie exclue, les maladies simples étaient décrites comme des maladies qu'on ne peut imputer à personne, et étaient donc qualifiées de *''maladies de Dieu''* par opposition aux maladies à étiologie magicoreligieuse (2). Aux maladies simples étaient attribuées des causes similaires aux facteurs de risque en biomédecine, principalement alimentaires. Ce groupe de maladie étaient le plus facilement influençable par les discours biomédicaux diffusés sous la colonisation et depuis les indépendances, et des interactions entre les populations et les structures de santé publiques (2). Si certains facteurs identifiés comme cause de maladies naturelles sont bien en accord avec les connaissances médicales modernes, d'autres en sont loin comme le paludisme qui serait provoqué par le soleil. Aussi, dans de nombreuses sociétés burkinabè il se dit que l'excès de "doux" prédispose à la maladie, et en zone urbaine, l'idée selon laquelle les mangues sucrées donnent le paludisme était largement répandue (14). Il importe toutefois de connaître ces représentations pour mieux les prendre en compte et adapter les offres de soins. De même, certains facteurs de risque bien établis en Occident, restent encore peu connus dans les sociétés africaines. Ainsi en Ouganda en 2015, aucun des 377 participants à une enquête comportementale sur l'AVC n'a cité le tabac comme facteur de risque (19).

Les représentations sociales des maladies étaient assez partagées dans cette étude et ne varient que peu en fonction de la profession ou du niveau socio-économique. Le constat a été le même dans d'autres communautés de l'Afrique de l'ouest où les représentations populaires communes et les représentations populaires spécialisées (celles, par exemple, de guérisseurs, de prêtres, de marabouts et même de certains agents de santé) étaient indissociables car ces dernières ne contredisaient à peu près jamais les premières, mais plutôt s'appuyaient sur elles (2). Elles étaient enfin néophiles, marquées par une grande ouverture d'esprit pour tout syncrétisme ou toute symbiose salutaire entre l'Ancien et le Nouveau (16).

4.3. Des implications et itinéraires thérapeutiques

S'il est vrai que chaque représentation de maladie faisait évoquer le choix d'un type particulier de thérapie adaptée, les itinéraires thérapeutiques étaient plutôt pragmatiques, peu soucieux du respect d'une orthodoxie représentationnelle, et combinaient souvent les thérapies magico-religieuses avec les plantes et la biomédecine, la guérison ou le soulagement primant (2,20). L'absence de fil conducteur représentationnel strict, engendre un pluralisme thérapeutique associant des médicaments et méthodes traditionnels,

modernes voire néotraditionnels[7] (17,21). Le facteur économique va alors primer sur les croyances dans ces populations majoritairement pauvres. Ainsi, dans la région de Cotonou, le sentiment de persécution et le besoin de recours aux dépenses magico-religieuses est plus important chez les personnes économiquement favorisées de la communauté (20), même si le diagnostic et les soins magico-religieux sont réputés moins chers que dans la biomédecine (22). De même, au Bénin en 2005, l'automédication moderne et traditionnelle étaient les 1er recours les plus utilisés par la majorité (plus de 60% quel que soit le niveau économique), tandis que les indigents (20,0%) utilisaient moins les centres de santé que les non indigents (26,3%) (23). Mais le recours à la biomédecine peut augmenter en fonction de la gravité de la maladie. Ainsi, en cas d'AVC, aller à l'hôpital a été la réponse préférée de 85,2% des populations enquêtées en Ouganda en 2014 (24).

Cependant, la chronicité ou la récidivité synonymes d'insatisfaction induisaient la remise en cause de la qualité ''simple'' de la maladie et entrainait la consultation du ''*bokɔnɔ̃*'' ou géomancien praticien de ''*fâ*'' dont la réputation était entretenue dans la communauté par des événements et guérisons miraculeux souvent allégués (15), dans cette logique que «la médecine moderne ne traite que la dimension organique des maladies», ignorant la «sorcellerie» et le «destin». De même, la biomédecine est empêtrée dans une vision monolithique de la santé et privilégie la dimension biologique de l'être humain, dans ses approches de la santé et de la maladie, contrairement aux médecines traditionnelles (15). D'où la nécessité selon un anthropologue béninois de déconstruire le système de santé actuel du Bénin et des pays en développement, conformément aux attentes de 80% de ses usagers qui souhaiteraient la prise en compte de la dimension spirituelle des maladies (15). Le partage quasi-unanime de cette dimension spirituelle au sein de la population béninoise, a pu symboliquement être mesuré lors de la maladie du nouveau Président élu du Bénin en 1991, en observant le Président élu lui-même, son épouse, les journalistes, l'opinion publique et diverses personnalités dont un éminent Professeur de Médecine cautionner tour à tour le caractère plausible de la thèse du ''*Tchakatou*'' (25).

4.4. Approches de solutions pour une communication adaptée

Jamais, nulle part, les représentations populaires des maladies ne coïncident avec les représentations savantes, biomédicales (2). En Afrique, la plupart des représentations des maladies ont été produites dans les langues et cultures précoloniales, sans lien avec la médecine occidentale. Les rapports quotidiens entretenus avec les maladies continuent donc bien souvent à être pensés et dits avec des mots et des catégories peu influencés par la biomédecine et sont donc souvent intraduisibles rendant les catégories populaires et les catégories biomédicales non superposables (2). De même, l'appréhension du concept de risque dans les populations africaines est peu répandue, le risque étant perçu comme binaire

[7] Les médicaments néotraditionnels ont été définis comme des produits à visée thérapeutique caractérisés par un syncrétique mobilisant des références, assez souvent cumulées, à une « tradition » (souvent une tradition d'ailleurs en partie idéalisée, fantasmée et transformée), à la nature et aux sciences biomédicales (21).

rendant son évaluation narrative ou visuelle quasiment impossible (26). L'omniprésence des symptômes dans la représentation des maladies, se traduit aussi par la difficulté, voire l'incapacité à se représenter une maladie qui ne présente aucun symptôme comme le sont pendant longtemps la plupart des MNT. Le langage biomédical n'est donc pas souvent approprié, ni adapté pour passer certains messages essentiels car ne tient pas compte de ces caractéristiques et surtout des constructions antérieures des sujets. Ceci rend difficile les messages de sensibilisation pour le dépistage et la prévention. Cependant, il est indispensable d'envisager des débuts de solution qui, en mettant les communautés au cœur de l'action devraient amener prioritairement les acteurs de santé à faire le pas pour mieux comprendre et donc s'adapter aux caractéristiques des populations, et non le contraire.

L'HTA dans le langage médical est définie par des mesures de pression artérielle, alors que sans les céphalées et autres complications elle n'existerait pas encore ou n'existerait plus dans l'imaginaire populaire. Une sensibilisation sur les chiffres tensionnels sans lien avec la culture et en l'absence de vulgarisation des appareils de mesure aurait peu d'impact. Cependant, il existe l'expression ''se lever'' bien populaire dans la représentation de certaines maladies (27). Celle-ci existe également chez la population de Tanvè (''*é fon*'') et pourrait être exploitée pour traduire l'apparition des complications (marquée par les symptômes). L'HTA deviendrait ainsi une maladie quiescente qui ''se lève'' dans des conditions à préciser telle que l'inobservance du traitement. L'analogie pourrait aussi se faire avec le vodoun qui a besoin d'être vénéré périodiquement, par des sacrifices, des repas ou des rituels sur son autel. Lorsque ces rites ne seraient pas respectés à la bonne périodicité, le vodoun pourrait ''se fâcher'', ''se lever'' et s'en prendre à l'adepte fautif ou à ses proches (maladies, morts, malchances…). Ce type de représentation s'adapte bien aux maladies chroniques qui en l'absence de symptômes existent et donc auraient besoin de cérémonies régulières à présenter sous forme de médicaments ou comportements à moindre risque. L'HTA deviendrait alors un vodoun qui a besoin d'être vénéré sous forme de prise de médicaments pour ne pas ''se lever''.

Ce sont là quelques pistes prises symboliquement pour l'HTA, qui pourraient être améliorées, adaptées, appliquées et évaluées. Mais elles devraient surtout inspirer pour en concevoir d'autres, pour diverses maladies en fonction des représentations sociales de chaque communauté, par les agents de santé à la base, sensibilisés et formés. Elles devraient également être pris en compte au-delà des pays d'origine dans les systèmes de soins des pays accueillant des immigrés d'origine africaine.

Toutefois, la mise en place de tels messages ne garantit pas non plus un changement immédiat de comportement car bien que largement diffusés et acceptés, les messages de prévention contre les méfaits du tabac et de l'alcool n'ont pas suffi à eux-seuls à arrêter ces fléaux, même en occident. Il s'agira donc pour le système d'un processus dynamique d'adaptation.

4.5. Représentations sociales et politiques de santé

Dans bien des cas, le savoir profane ne coïncide pas avec celui de la biomédecine. Il le déborde par excès ou par défaut, interprétant divers symptômes comme autant de maladies à part entière ou décomposant des syndromes médicaux en de multiples maux (27). Les diagnostics évoqués ici l'avaient été sur la base de symptômes rapportés par les populations et n'étaient donc pas confirmés biologiquement. Cela sous-entend que chacun d'entre eux n'excluait aucun autre de ses éventuels diagnostics différentiels sur le plan biomédical. Mais il s'avérait nécessaire pour le chercheur issu de la biomédecine, s'essayant à l'écoute des populations, de faire un lien entre les deux milieux, et le plus évident semblait de partir de ses connaissances initiales. Ce choix délibéré et assumé doit être perçu comme un besoin, un essai de rapprochement en partant d'un angle de vue initial, et non comme une camisole de force portée à la culture locale, encore moins un diktat de la médecine moderne à la culture du milieu pour marquer sa supériorité. Il s'agit donc plutôt d'un pont jeté pour favoriser le nécessaire dialogue pour mieux mettre au service des populations, cette frange de la médecine qui mobilise l'essentiel des moyens alloués à la santé dans nos pays (15).

En Afrique, les représentations ethnoculturelles sont souvent invoquées pour expliquer la faible utilisation des services de santé, ainsi que les échecs des politiques et des interventions en santé (18,28). Mais elles ne doivent pas être considérés comme causes principales, encore moins exclusives des échecs de la médecine moderne à atteindre des objectifs pour de bien souvent ''illusoires'' programmes comme ''la santé pour tous en l'an 2000'' (29). Une étude au Kenya sur la santé de la mère et de l'enfant a montré que les déterminants des soins à l'accouchement étaient représentés par un large éventail de facteurs : les facteurs socioéconomiques et culturels associés à la femme ou à son ménage, son statut démographique ou son comportement reproductif lié à une naissance spécifique, ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des services de santé dans sa communauté (30). La maîtrise de ces derniers facteurs structurels est essentielle car ils ont une influence plus importante sur l'utilisation des services de santé (18) donc sur la réussite des politiques de santé, et dépendent évidemment plus du système que des communautés.

5. Conclusion

Les maladies étaient désignées par des symptômes et parfois regroupées en des entités souvent différentes des classifications biomédicales. Les étiologies étaient soit organiques dues à des facteurs de risque, ou surnaturelles faisant appel à la sorcellerie ou autre envoutement matériel. Les recours aux soins se faisaient vers l'automédication (feuilles et médicaments), la médecine moderne et/ou la médecine traditionnelle tant par les plantes que des rites religieux. La bonne connaissance, le respect et la prise en compte des croyances locales permettraient aux agents de santé de faire des analogies pour améliorer l'offre de soins et le recours des populations à la biomédecine. L'amélioration de l'accès aux soins est cependant aussi conditionnée par la résolution des contingences matérielles et logistiques du système de santé.

Références bibliographiques

1. Marc E, Baxerres C, Bley D, Doudou DT, Houngnihin R, Mattern C, et al. SHS-SA/ANTLUT= Anthropologie de la lutte contre le paludisme. 2013;

2. Olivier de Sardan J-P. Les representations des maladies : des modules? In: La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Presses Universitaires de France. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. p. 15-40. (Les champs de la santé).

3. Launes J, Hokkanen L, Laasonen M, Tuulio-Henriksson A, Virta M, Lipsanen J, et al. Attrition in a 30-year follow-up of a perinatal birth risk cohort: factors change with age. PeerJ. 2014;2:e480.

4. Goldberg M, Chastang JF, Zins M, Niedhammer I, Leclerc A. Health problems were the strongest predictors of attrition during follow-up of the GAZEL cohort. J Clin Epidemiol. nov 2006;59(11):1213-21.

5. Pirus C, Bois C, Dufourg M-N, Lanoë J-L, Vandentorren S, Leridon H. La construction d'une cohorte : l'expérience du projet français Elfe. Population. 2010;65(4):637.

6. Sheikh K, Mattingly S. Investigating non-response bias in mail surveys. J Epidemiol Community Health. déc 1981;35(4):293-6.

7. Thomas L-V, Bamunoba YK, Adoukonou B. La Mort dans la vie africaine. Arch Sci Soc Relig. 1981;52(2):189-90.

8. INSAE. Principaux indicateurs socio démographiques et économiques du Zou au Bénin (RGPH-4, 2013). Cotonou, Bénin; 2016 p. 39. Report No.: 2016.

9. Olivier de Sardan J-P. Les entités nosologiques populaires internes : quelques logiques representationnelles. In: La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Presses Universitaires de France. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. p. 71-87. (Les champs de la santé).

10. Hounwanou RT. Le fâ, une géomancie divinatoire du golfe du Bénin (pratique et technique). Les Nouvelles Editions Africaines. Lomé: Les Nouvelles Editions Africaines; 1984. 228 p.

11. Jaffré Y. Les représentations populaires de quelques affections cardio-vasculaires en milieu zarma (Niger). Etudes Trav LASDEL. 2004;(17):66-79.

12. Houehanou YC, Mizéhoun-Adissoda C, Amidou S, Désormais I, Houénassi M, Preux P-M, et al. Feasibility of a cardiovascular cohort in a Sub-Saharan Africa community: preliminary report of the pilot project TAHES (Tanvè Health Study) in Benin. Glob Health Action [Internet]. 15 mai 2017 [cité 27 juill 2018];10(1). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496170/

13. Olivier de Sardan J-P. Introduction. In: La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Presses Universitaires de France. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. p. 9-15. (Les champs de la santé).

14. Bonnet D. Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina. Intitut français de recherche pour le développement. Ouagadougou: Intitut français de recherche pour le développement; 1986. 65 p.

15. Adjotin P. Médecine moderne et Fâ face à la « maladie » (Pistes de collaboration pour une synergie de l'action médicale à partir du Bénin) [Thèse unique de Sociologie-Anthropologie]. [Abomey-Calavi]: Université d'Abomey-Calavi; 2017.

16. Fadaïro D. Parlons Fon : Langue et Culture du Bénin. L'Harmattan. France: L'Harmattan; 2001. 259 p. (Parlons).

17. Meliho PC. Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayízɔ Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie. In: L'automédication et ses déterminants. Cotonou; 2015. p. 132-40. (Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou).

18. Belaid L, Cloos P, Ridde V. Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso. - PubMed - NCBI [Internet]. 2017 [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28425900

19. Kaddumukasa M, Kayima J, Kaddumukasa MN, Ddumba E, Mugenyi L, Pundik S, et al. Knowledge, attitudes and perceptions of stroke: a cross-sectional survey in rural and urban Uganda. BMC Res Notes [Internet]. 26 déc 2015 [cité 14 juin 2018];8. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691295/

20. Noret J, Petit P. En finir avec les croyances ?: Croire aux ancêtres au Sud-Bénin. Publibook. 2007;283-307.

21. Egrot M. Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest. In: L'automédication et ses déterminants. Cotonou; 2015. p. 166-84. (Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou).

22. LeMay-Boucher P, Noret J, Somville V. Facing Misfortune: Expenditures on Magico-Religious Powers for Cure and Protection in Benin. J Afr Econ. 1 mars 2013;22(2):300-22.

23. Ouendo E-M, Makoutodé M, Paraiso MN, Wilmet-Dramaix M, Dujardin B. Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé). Trop Med Int Health. 2005;10(2):179-86.

24. Nakibuuka J, Sajatovic M, Katabira E, Ddumba E, Byakika-Tusiime J, Furlan AJ. Knowledge and Perception of Stroke: A Population-Based Survey in Uganda [Internet].

International Scholarly Research Notices. 2014 [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: https://www.hindawi.com/journals/isrn/2014/309106/

25. Ngokwey N. The president's illness: Culture, politics, and fetishism in Benin. Cult Med Psychiatry. 1 mars 1994;18(1):61-81.

26. Surka S, Steyn K, Everett-Murphy K, Gaziano TA, Levitt N. Knowledge and perceptions of risk for cardiovascular disease: Findings of a qualitative investigation from a low-income peri-urban community in the Western Cape, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 22 oct 2015;7(1):8.

27. Jaffré Y. La maladie et ses dispositifs. In: La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Presses Universitaires de France. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. p. 41-68. (Les champs de la santé).

28. Some TD, Sombie I, Meda N. Women's perceptions of homebirths in two rural medical districts in Burkina Faso: a qualitative study. Reprod Health. 28 janv 2011;8:3.

29. Jaffré Y. Conclusion. In: La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Presses Universitaires de France. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. p. 360-9. (Les champs de la santé).

30. Magadi M, Diamond I, Rodrigues RN. The determinants of delivery care in Kenya. Soc Biol. 1 sept 2000;47(3-4):164-88.

Liste des tableaux

Tableau 1. Dénominations des principales maladies cardiovasculaires par les populations avec leurs étymologies et origines, Tanvè, 2017.

Légendes des figures

Figure 1. Représentations des maladies et itinéraire thérapeutique des sujets de la cohorte Tanvè Health Study (TAHES) face à la maladie, 2017

Figure 2. Photo montrant le devin (''*Bokɔnɔ̃*'') pratiquant l'acte divinatoire par ''*Fâ*'' (à gauche), un apprenti préparant des statuettes pour des cérémonies à suivre (en haut), enquêteur assis en face du ''*bokɔnɔ̃*'', Tanvè, 2017

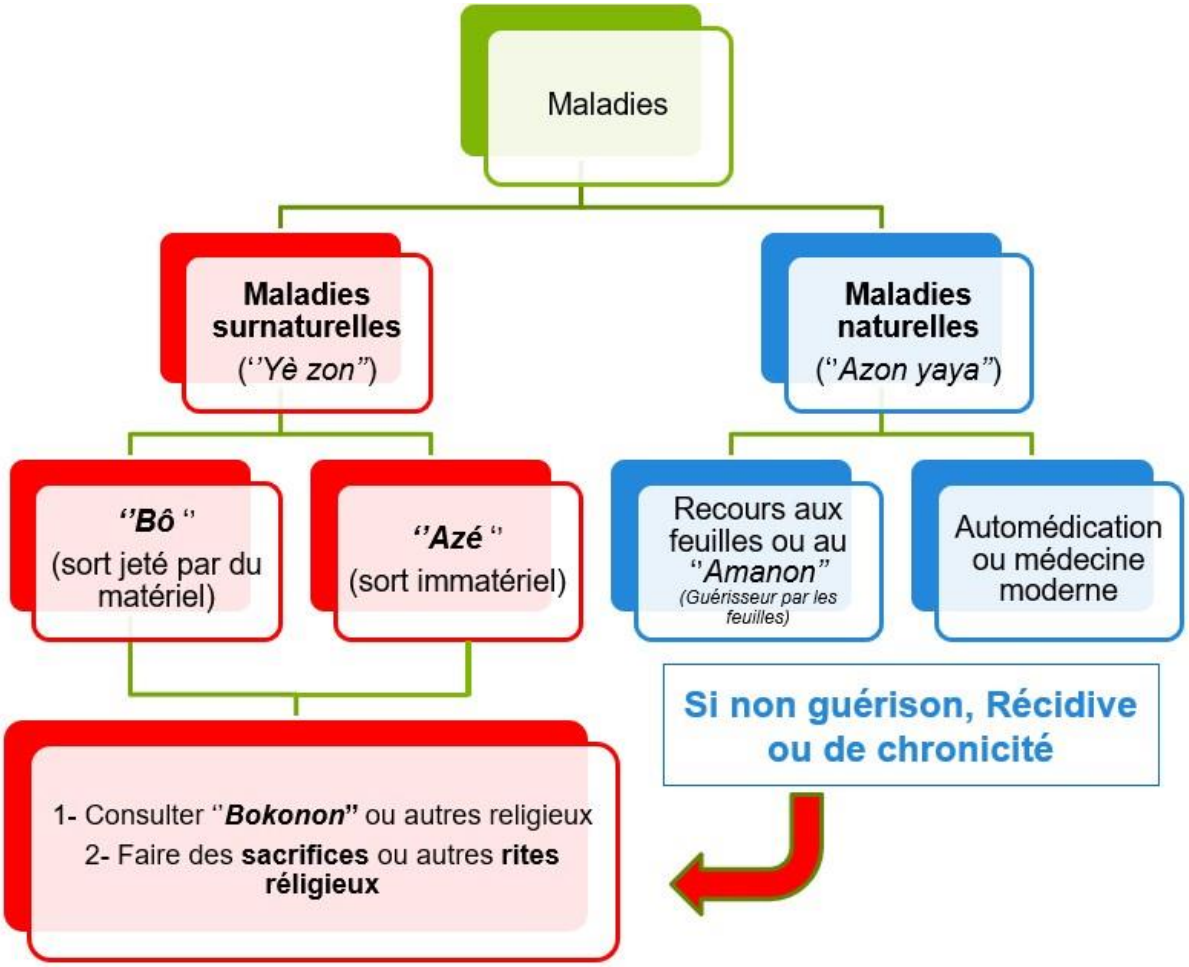
Maladies
Maladies surnaturelles
(''Yè zon'')
Maladies naturelles
(''Azon yaya'')
''Bô ''
(sort jeté par du matériel)
''Azé ''
(sort immatériel)
Recours aux feuilles ou au ''Amanon''
(Guérisseur par les feuilles)
Automédication ou médecine moderne
Si non guérison, Récidive ou de chronicité
1- Consulter ''Bokonon'' ou autres religieux
2- Faire des sacrifices ou autres rites réligieux

Tableau 1. Dénominations des principales maladies cardiovasculaires par les populations avec leurs étymologies et origines, Tanvè, 2017.

Maladies	Nom de maladie	Etymologie	Origine du nom
Accident Vasculaire Cérébral	Kuvitɔ zɔn	Maladies des morts	Croyances ancestrales
	Afɔku-alɔkou	Hémiplégie	Signes cliniques
	Kanmɛ gbon'ɛn	Muscles faibles	Signes cliniques
	Tesisi glomɛ	Ne peut plus se lever	Signes cliniques
Hypertension Artérielle	Hun yi ji/Hun wa do	Le sang monte/Le sang descend	Signes cliniques
	A'tension	-	Nom moderne
Infarctus	Hunwli	Douleurs au cœur	Signes cliniques
Insuffisance cardiaque	Flɔflɔ	Oedèmes	Signes cliniques
	Hunkloklo	Cœur est gros	Signes cliniques
Mort subite	Ku vawun	Mort subite	Signes cliniques
AOMI/Amputation	Afɔ zɔn/ afɔ sisɛn	Maladies du pieds/ pieds amputé	Signes cliniques
Autres	Azé	Sorcellerie	Croyances ancestrales
	Bô	Sort jeté	Croyances ancestrales