

ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES PATIENTS AGES VICTIMES D'AVC SUIVIS AU CENTRE DE MEDECINE DU SPORT A MARCORY (COTE D'IVOIRE)

OSSIRI Yao Franck

Enseignant-chercheur à l'Institut National de la Jeunesse et des Sports (Côte d'Ivoire)

ossirifranck6@gmail.com

Résumé :

Cet article analyse les logiques sociales de l'association thérapeutique et leurs effets sur la santé des personnes âgées victimes d'AVC suivies au Centre de Médecine du Sport de l'INJS. Une approche qualitative a été utilisée, avec un échantillonnage volontaire de quinze patients de plus de 60 ans et cinq agents de santé. Les entretiens semi-directifs, enregistrés et analysés avec le logiciel Dedoose, ont révélé une divergence notable entre la définition biomédicale de l'AVC, qui l'attribue principalement à l'hypertension artérielle, et les perceptions des patients, qui voient l'AVC comme une malédiction, une punition des esprits, une conséquence naturelle, ou due à une alimentation déséquilibrée. L'usage de plusieurs thérapies repose sur des logiques sociales variées : une perspective holistique, l'importance de la foi et du soutien religieux, des contraintes familiales et financières, et une perte de confiance dans les traitements médicaux conventionnels. Cette association thérapeutique peut offrir des bénéfices en combinant différentes méthodes de traitement, mais comporte aussi des risques tels que des interactions médicamenteuses indésirables et des complications supplémentaires. Il est crucial que les patients et les professionnels de santé collaborent pour optimiser les résultats et minimiser les dangers.

Mots clés : *itinéraires thérapeutiques-patients âgés-accident vasculaire cérébral-INJS.*

Abstract :

This article examines the social dynamics of therapeutic association and their effects on the health of elderly stroke survivors treated at the Sports Medicine

Center of INJS. A qualitative approach was employed, with a purposive sample comprising fifteen patients over the age of 60 and five healthcare professionals. Semi-structured interviews, recorded and analyzed using the Dedoose software, highlighted a significant discrepancy between the biomedical definition of stroke—primarily attributed to hypertension—and patients' perceptions, which frame stroke as a curse, a punishment from spirits, a natural consequence, or the result of an imbalanced diet. The use of multiple therapies is influenced by diverse social logics, including a holistic perspective, the importance of faith and religious support, familial and financial constraints, and a loss of trust in conventional medical treatments. While this therapeutic association can provide benefits by combining various treatment methods, it also carries risks such as adverse drug interactions and additional complications. It is imperative that patients and healthcare professionals work collaboratively to optimize outcomes and mitigate potential dangers.

Keywords : *therapeutic trajectories - elderly patients - stroke - INJS.*

I- Introduction

Le vieillissement de la population est un phénomène planétaire en ce sens que tous les pays du monde doivent faire face à une augmentation de leur population de personnes âgées (Zelenev, 2006). En effet, compte tenu de son importance, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) prône le vieillissement en bonne santé. Selon cette organisation, le vieillissement en bonne santé est « le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui favorise le bien-être pendant la vieillesse » (OMS, 2017). Le vieillissement en bonne santé concerne tout le monde, pas seulement ceux qui ne sont pas malades. Les aptitudes fonctionnelles sont déterminées par la capacité intrinsèque de l'individu (c'est-à-dire la combinaison de toutes les capacités physiques et mentales de l'individu), les environnements dans lesquels il évolue (compris au sens le plus large et comprenant les environnements matériel, social et politique), et son interaction avec ceux-ci. Il y a trois composantes à mesurer avec des critères et des unités communs

: les aptitudes fonctionnelles, la capacité intrinsèque et les environnements.

Aussi, leur nombre va sans cesse croissant. Déjà en 2019, le monde comptait un peu plus de 1 milliard de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 13,2 % de la population mondiale de 7,7 milliards d'individus. C'est un nombre 2,5 fois plus important qu'en 1980 (382 millions) et qui devrait encore augmenter pour atteindre près de 2,1 milliards d'ici à 2050. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, les personnes âgées sont plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans et, d'après les projections des Nations Unies, elles sont appelées à devenir deux fois plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans d'ici à 2050. La plupart d'entre elles vivent dans des pays à revenu intermédiaire. En 2019, 5 % vivaient dans la Région africaine de l'OMS, 16 % dans celle des Amériques, 19 % dans celle de l'Asie du Sud-Est, 20 % dans la Région européenne, 5 % dans celle de la Méditerranée orientale et 33 % dans celle du Pacifique occidental. Face au vieillissement de la population, l'OMS s'efforce d'optimiser le vieillissement en bonne santé sur toute la durée de la vie.

En Afrique, avec les progrès de la médecine, les populations vivent désormais plus longtemps que par le passé. Pour le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'homme (HCDH, 2012), le nombre des personnes âgées de 60 ans ou plus augmentera en Afrique. Cela devrait presque quadrupler pour atteindre 215 millions d'ici 2050, soit 11% de la population totale du continent contre 5% en 2010. L'Afrique subsaharienne compte environ 54 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 5 % des personnes âgées dans le monde. La population des personnes âgées en Afrique subsaharienne devrait atteindre la barre de 67 millions d'ici à 2025 et s'établir à 163 millions d'individus à l'horizon 2050.

Pour cet organisme mondial en charge de la santé, cette décennie constitue une occasion d'investir davantage pour permettre aux

populations de mener une vie longue et en bonne santé, de lutter contre l'âgisme et d'accroître l'autonomie des personnes âgées, notamment en édifiant des systèmes de santé et sociaux résilients qui tiennent compte des besoins des personnes du troisième âge. Car, le vieillissement est accompagné de nombreuses pathologies parmi lesquelles figure l'AVC (accident vasculaire cérébral), diabète et l'hypertension etc.

Selon l'OMS, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde: il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause. On estime à 17,7 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,4 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un AVC (chiffres 2015). Pareillement, plus des trois quarts des décès liés aux maladies cardiovasculaires interviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. De plus, Sur les 17 millions de décès survenant avant l'âge de 70 ans et liés à des maladies non transmissibles, 82% se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et 37% sont imputables aux maladies cardiovasculaires.

L'hypertension (pression artérielle élevée) correspond à une pression trop élevée dans les vaisseaux sanguins (140/90 mmHg ou plus). Elle est fréquente mais peut être grave si elle n'est pas traitée. Selon l'OMS (2023), on estime que 1,28 milliard de personnes dans le monde âgées de 30 à 79 ans sont atteintes d'hypertension, et que la plupart d'entre elles (les deux tiers) vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. On estime également que 46 % des adultes atteints d'hypertension l'ignorent ; moins de la moitié des adultes (42 %) souffrant d'hypertension sont diagnostiqués et bénéficient d'un traitement ; l'hypertension est maîtrisée chez environ un adulte sur 5 (21 %). Cette maladie est l'une des premières causes de décès prématuré dans le monde.

En Côte d'Ivoire, les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'année 2008 indiquaient que 33,4% des populations âgées de 25 ans ou plus souffraient d'hypertension artérielle ; les maladies cardiovasculaires représentaient la première cause de décès par maladie non transmissibles avec 15% des cas enregistrés. Selon le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et de Prévention des Maladies non Transmissibles (PNLMM) en Côte d'Ivoire, une étude financée par la Banque Mondiale en 2017 a révélé que 39,92% des personnes dont l'âge est compris entre 20 et 79 ans, souffrent de l'hypertension artérielle. En d'autres termes, au moins quatre (4) sur dix (10) sont victimes de l'hypertension artérielle dans notre pays.

Pour Marcellin A. et al, (2000), la gestion de la maladie se fait de plusieurs manières. Le choix de l'itinéraire thérapeutique dépend de nombreux facteurs. Ces facteurs sont en rapport avec les représentations sociales de la maladie, la religion et la tradition. Si la médecine biomédicale remplit une fonction de réassurance pour le patient, les thérapies alternatives se présentent comme les espaces privilégiés de la quête, par la médiation du corps, d'un « au-delà » du monde technoscientifique. Pour mieux comprendre cette réalité sociale dans le pays, plus précisément au Centre de Médecine de Sport (CMS) de l'Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS) dans la commune de Marcory, une investigation y a été réalisée du 10 au 22 décembre 2022. De cette investigation, il en ressort les constats suivants : 6 sur 10 personnes âgées interrogées font usage de pluri thérapies c'est-à-dire la médecine moderne, la médecine traditionnelle, l'automédication et la prière; 3 sur 10 patients ne respectent pas les rendez-vous du kinésithérapeute, à savoir les trois séances par semaine ; les patients sont fréquentant sensibilisés des conséquences de l'association de plusieurs thérapies de guérison.

Comme problématisation, disons que les patients âgés venus en rééducation à la suite d'un AVC au CMS de l'INJS ne respectent pas les rendez-vous du kinésithérapeute. Ils sont également sensibilisés des conséquences de l'association de plusieurs thérapies de guérison. Malgré cela ces derniers alignent à la fois la médecine moderne, la médecine traditionnelle, l'automédication et même la thérapie religieuse dans leur quête de guérison. Alors, pourquoi les personnes âgées victimes de l'AVC suivies au Centre de Médecine du Sport de l'INJS font usage de l'association de thérapies malgré les sensibilisations des spécialistes ?

Le présent article vise à analyser les logiques sociales de l'association thérapeutique et leurs effets sur la santé des personnes âgées victimes de l'accident vasculaire cérébral suivis au Centre de Médecine du Sport de l'INJS.

De façon spécifique, il s'agit de :

- décrire la représentation sociale de l'accident vasculaire cérébral chez les patients âgés ?
- identifier les logiques sociales justifiant l'usage de plusieurs itinéraires thérapeutiques dans la quête de guérison chez les personnes âgées victimes de l'AVC ?
- montrer les conséquences de l'association des thérapies sur la santé des personnes âgées victimes de l'AVC ?

II- Ancrage théorique et méthodologique

Le cadre méthodologique se décline en quatre (04) points, notamment : le site et la population, l'échantillonnage et échantillon, les outils de collectes et les techniques d'analyse des données. Cette étude a été réalisée au Centre de Médecine du Sport de l'Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS), plus précisément dans le service de rééducation et de kinésithérapie. Ce centre médical se situe dans la commune de Marcory. Cette commune de la ville

d'Abidjan, en Côte d'Ivoire est située au sud de la ville, entre la commune de Treichville et celle de Koumassi, sur l'île de Petit-Bassam. En 2021, sa population est estimée à 214 061 habitants (RGPH, 2021).

L'Institut National de la jeunesse et des sports (INJS) est un établissement public de formation à caractère universitaire sous la tutelle du ministère des sports. C'est une institution de grande notoriété dans la sous-région pour la qualité de formation qu'elle propose. Elle fut créée par le décret Numéro 61 141 du 15 Avril 1961. L'INJS se compose de trois écoles : l'Ecole Normale Supérieure d'Education Physique et sportive (ENSEPS), de l'Ecole Normale Supérieure d'Education Permanente (ENSEP) et du Centre National de Sport de Haut Niveau (CNSHN).

Cette étude s'ancre théoriquement dans la théorie des représentations sociales développée par Denise Jodelet (1985). En effet, la théorie des représentations sociales s'intéresse à la manière dont les individus et les groupes construisent et partagent des savoirs communs. Elle repose sur l'idée que les connaissances et perceptions des individus ne sont pas seulement issues de leur expérience personnelle, mais qu'elles sont également façonnées par les interactions sociales et les influences culturelles. Ainsi, les représentations sociales associées à l'étiologie de la maladie (ici, l'hypertension artérielle) sont souvent liées à des stéréotypes, des croyances populaires et des attitudes culturelles qui influencent les comportements et décisions des patients, justifiant leur choix thérapeutique. En lien avec cette étude, la façon dont les patients se représentent la maladie oriente leur manière d'agir, d'où le recours à plusieurs thérapies dans leur quête de guérison.

L'étude se déroule au Centre de la Médecine du Sport (CMS), centre inauguré en 1984, et créé à l'initiative du français Robert Andrivet, médecin-rééducateur et sport de renommée. Des années plus tard le Centre National de Médecine du Sport (CNMS), remplace le dispensaire de l'INJS dont l'objectif

principal était de prendre en charge le personnel et les étudiants de l'INJS. Depuis 2014, l'appellation du centre est passée du Centre National de Médecine de Sport (CNMS) à Centre de la Médecine de Sport (CMS).

La présente étude porte sur l'échantillonnage non probabiliste, plus précisément l'échantillonnage volontaire. Ce type d'échantillonnage intervient lorsque les individus offrent volontairement leurs consentements pour la participation à l'étude. Dans notre cas, les individus interrogés sont des patients ayant subi un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), venus au Centre de Médecine du Sport en vue de leur rééducation. Comme critère d'inclusion pour la sélection des patients, il s'agit des personnes âgées de 60 ans et plus. Au total, quinze (15) patients et cinq (5) agents de santé qui ont été interrogés avec leur consentement à l'aide d'un dictaphone et un guide d'entretien semi-directif. La collecte des données s'est déroulée au centre de médecine du sport de l'INJS dans la commune de Marcory du lundi 19 janvier au vendredi 17 mars 2023. L'approche qualitative a été mobilisée. Les interviews ont été précédées d'une négociation de rendez-vous auprès des patients, après leur avoir expliqué préalablement le but de l'étude et obtenu leur consentement pour l'enregistrement de l'interview. La durée moyenne de ces interviews a été entre quinze (15) et trente (30) minutes. L'entretien semi-directif a été utilisé à l'aide d'un guide d'entretien, dont les thématiques ont porté sur : la représentation sociale de l'accident vasculaire cérébral chez les patients âgés ; les logiques sociales justifiant l'usage de plusieurs itinéraires thérapeutiques dans la quête de guérison ; conséquences de l'association des thérapies sur la santé des patients. Le traitement des données a été précédé d'une retranscription fidèle des entretiens effectués et enregistrés au préalable suivis de la codification. Après quoi, une grille d'analyse structurée autour des thèmes abordés. Ainsi, vingt (20) fiches ont été constituées, soit quinze (15) fiches patients et cinq

(5) fiches agents de santé. Une fois élaborées, ces fiches ont fait l'objet d'une analyse transversale et les entretiens regroupés par thématique. Une fois ce travail achevé, l'analyse de contenu a été retenue comme technique et les catégories analytiques construites.

III- Résultats

Cette partie dédiée à la présentation des résultats de l'étude consistera à d'abord décrire la représentation sociale de l'accident vasculaire cérébral chez les patients âgés ; ensuite montrer les logiques sociales justifiant l'usage de plusieurs itinéraires thérapeutiques de guérison et enfin, de parler des effets de l'association des thérapies pour la santé des patients âgées victimes de l'AVC.

3.1. Perception de l'accident vasculaire cérébral (AVC) par les patients

Les données recueillies montrent plusieurs formes représentationnelle de l'AVC par les patients.

- **L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) perçu comme une maladie maléfique**

Pour des patients interrogés, cette maladie est l'œuvre d'esprits maléfiques notamment des sorciers qui la lancent aux individus qu'elles veulent éliminer. En effet, pour Peter Geschiere (1997) : « la sorcellerie accorde une place centrale aux acteurs humains tout en les soustrayant aux regards (puisque le sorcier agit incognito). Les motivations supposées du sorcier sont alors la haine et la jalousie ». Cette perception de la sorcellerie se ressent dans les différents discours des enquêtés :

« L'AVC est une mauvaise maladie qui est l'aboutissement des attaques de sorciers. Elle est

l'œuvre de mains obscures et maléfiqes. Ces sorciers ont tout tenté pour me détruire, me tuer. Mais elles ne sont pas arrivées à leur fin, car mon dieu me protège. » E1, homme retraité, marié, âgé de 69 ans.

Pour un autre enquêté qui renchérit en ces termes :

« Ce que vous voyez là, est le fait de mes parents qui me sont très proche. Ils veulent m'éliminer pour prendre toutes mes terres que j'ai héritées de mes parents. Vous savez, je suis le seul héritier de mes parents. Ils ont beaucoup de biens et ils m'ont légué plusieurs hectares de terre et des plantations. C'est cette jalousie qui les emmène à agir comme ça. » E4, homme marié, commerçant, âgé de 65 ans.

L'interprétation de l'AVC traduit une vision culturelle où la maladie n'est pas perçue uniquement comme un phénomène biologique, mais aussi comme le résultat d'actions malveillantes, souvent invisibles ou surnaturelles. Dans certaines cultures, les causes des maladies sont souvent expliquées par des forces extérieures, comme la sorcellerie ou la magie, en particulier pour des événements qui semblent soudains et incompréhensibles (comme l'AVC). Ces interprétations renforcent l'idée que certaines maladies sont provoquées par des intentions malveillantes. Comprendre ces discours issus des enquêtés, c'est déterminer l'étiologie du mal qui les ronge et le sens qu'il en donne comme quoi, la survenue de cette la maladie est l'œuvre de sorciers.

- **L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) perçu comme une sanction de génies**

Certains enquêtés perçoivent cette maladie comme le châtimeant de génies envers des familles qui n'ont honorées leurs

engagements vis-à-vis de ces derniers. La survenue de l'AVC est donc due à cette dette familiale, comme le soutient cet enquêteur en ces termes :

« Maladie de mon frère là, ce n'est pas simple hein. Sa maladie est liée à une situation antérieure que sa famille a tissée avec les esprits de la forêt sacrée de notre village. Tous ce que la famille a demandé à cet esprit, ont été accomplis. Mais la famille n'a pas payé sa dette envers ces esprits. C'est cette malédiction qui pèse sur lui comme ça. » E6 femme célibataire, commerçante, âgé de 60 ans.

L'idée de "malédiction" découle ici d'un pacte ou d'une promesse non tenue envers les esprits de la forêt sacrée. Dans ce contexte, les esprits apparaissent comme des entités puissantes ayant une influence directe sur le bien-être des individus, qui punissent les fautes ou manquements par des maux physiques ou sociaux. Cette notion de "dette spirituelle" s'inscrit dans un système de croyances où les promesses faites aux esprits sont sérieuses et doivent être respectées, faute de quoi des répercussions.

A contrario, cette maladie est perçue pour d'autres enquêteurs comme une sanction spirituelle de la part de Dieu envers des individus qui s'adonnent à faire du mal à leur prochain. Cette enquêteur le soutient en ces termes :

« C'est une maladie spirituelle que le tout puissant utilise pour foudroyer des personnes méchantes et sadiques. Donc, les personnes que vous voyez qui en souffre, sont de mauvaises personnes. Elles ont fait des mauvaises choses par le passé. » E3 femme marié, retraité, âgé de 80 ans.

Le discours de cette enquêtée, reflète une vision spirituelle et moraliste de la maladie, en associant la souffrance à des jugements divins et des comportements passés. Elle interprète la maladie comme une manifestation de la volonté divine, un châtiment utilisé par le Dieu pour punir les personnes considérées comme méchantes. Cette vision reflète une forte croyance dans la justice divine et dans l'idée que les maladies peuvent être des punitions pour les actions passées.

- **L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) perçu comme une maladie naturelle**

En effet, cette maladie est tout à fait naturelle pensent d'autres enquêtés. Ses causes relèvent du naturel. Pour le domaine biomédical, la pression artérielle élevée est le principal facteur de risque d'AVC. Elle peut endommager les vaisseaux sanguins du cerveau, les rendant plus susceptibles de se rompre ou de se boucher. Pour les enquêtés, cette maladie est surtout liée au stress, propos soutenus par ce verbatim :

« L'AVC est une maladie comme toute autre maladie. Elle est le résultat d'une personne qui est régulièrement stressée et angoissée. Elle survient dans des situations tragiques où la personne rencontre des difficultés qu'elle doit surmonter. » E5 retraité célibataire, âgé de 69 ans.

Ce discours traduit ici une vision psychologique et contextuelle de l'AVC (accident vasculaire cérébral), soulignant le rôle du stress et des difficultés émotionnelles dans son apparition. En effet, l'enquêté commence par reconnaître que l'AVC est une maladie comme les autres. Cela déstigmatise l'AVC en le normalisant par rapport à d'autres maladies, ce qui peut encourager une approche plus empathique et compréhensive.

- **L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) conséquence d'une alimentation non contrôlée**

Pour certains, l'AVC est liée à une succession de comportements alimentaires non contrôlés de l'homme qui le conduit dans cet état comme le soutient ce verbatim :

« Oui, c'est la conséquence de nos actes et comportements alimentaires. On nous demande de manger moins gras et moins huileux. Cette maladie est bien naturelle. C'est la maladie des personnes obèses qui ne contrôlent pas leur alimentation sur le plan lipidique. » E8 femme célibataire, âgé de 64 ans.

Ce discours montre une perspective critique et moraliste sur la relation entre les habitudes alimentaires et les maladies, en particulier celles liées à l'obésité. L'enquête insiste sur la responsabilité personnelle en matière de santé, en attribuant les maladies liées à l'obésité aux choix alimentaires des individus. Cette perspective met en avant l'importance de la discipline personnelle et de la vigilance sur les comportements alimentaires.

En un mot, nous pouvons retenir de la définition biomédicale que l'hypertension artérielle est la cause principale de l'AVC. Cependant, cette maladie est perçue pour d'autres comme une maladie maléfique, une sanction des génies pour une dette non honorée par la famille du patient, comme une maladie naturelle ou encore, comme la conséquence d'une alimentation non contrôlée.

3.2. Logiques sociales de l'usage pluri thérapeutique chez les patients

Il ressort de l'analyse des discours recueillis de la part des enquêtés que, plusieurs logiques sociales justifient leurs itinéraires thérapeutiques dans leur quête de guérison. L'on

retient en autre pour les uns, qu'un traitement efficace contre l'hypertension artérielle nécessite qu'on associe au traitement biomédical, la médecine traditionnelle. Un enquêté s'exprime à cet effet en ces termes :

« J'associe les itinéraires thérapeutiques parce que je pense que les traitements reçus dans ces différents itinéraires se complètent. Ils me permettront de vite guérir. Ce que la médecine ne peut pas guérir, la médecine traditionnelle va le faire. » E7 homme retraité, marié, âgé de 70 ans.

Ces propos de l'enquêté traduisent une perspective holistique sur les soins de santé, mettant en avant l'idée que les traitements conventionnels et traditionnels peuvent se compléter pour améliorer la guérison. L'enquêté exprime une vision intégrative des traitements, en combinant les approches médicales modernes et traditionnelles. Cette perspective suggère une ouverture à différentes formes de thérapie, reconnaissant les limites et les forces de chacune.

Pour un autre enquêté, la maladie a une origine qui est divine et sa guérison nécessite une action spirituelle comme le soutient ce verbatim :

« C'est vrai que ma maladie est médicale, mais elle a sa part de spiritualité. La maladie ne vient pas comme ça. C'est dieu qui donne la maladie, c'est lui qui guérit aussi. Donc, moi je vais voir

mon pasteur pour l'aspect religieux. » E13 homme marié, âgé de 68 ans.

Le discours illustre une perspective qui combine à la fois des explications médicales et spirituelles de la maladie, en mettant en avant l'importance de la foi et du soutien religieux dans le processus de guérison.

Un autre enquêté justifie ce choix à un manque de confiance et d'efficacité au traitement biomédical recommandé, d'où le recours à la médecine traditionnelle qu'il juge efficace. Ce verbatim illustre bien ses propos :

« Moi, je ne fais pas confiance au traitement qu'on fait ici. Et comme ce sont mes enfants qui m'emmènent et qui payent les médicaments, je n'ai pas le choix. Donc, quand je suis à la maison, je fais appelle au naturothérapeute en qui j'ai confiance, pour véritablement me traiter. » E2 femme célibataire, commerçante, âgé de 63 ans.

Ces propos de l'enquêté mettent en lumière une méfiance envers la médecine conventionnelle et une préférence pour les traitements naturels, influencée par les contraintes familiales et financières. Cette enquêtrice exprime une méfiance envers les traitements médicaux reçus, ce qui peut refléter des expériences négatives passées, un manque de compréhension ou de communication avec les professionnels de santé, ou des croyances personnelles sur l'efficacité des traitements.

L'usage de plusieurs thérapies de guérison par cet enquêté est la conséquence de la perte de l'espoir de guérison, comme le confirme ce verbatim :

*« Il y'a longtemps que je fais le suivi de ma maladie dans ce centre. Il y'a plus de huit mois, mais rien. Je n'ai plus d'espoir à la qualité et à l'efficacité de ce traitement. C'est pour ces raisons que je me suis tourné vers le la médecine traditionnelle et le spirituel. On ne sait jamais d'où viendra le salut. »
E11 femme marié, âgé de 64 ans.*

*« Je souffre trop. J'ai mis toutes mes économies dans ce traitement et jusque-là, rien du tout. Je perds patience dès. Donc, j'ai décidé de faire aussi la médecine traditionnelle pour voir. C'est comme ça que mes parents m'ont mis en contact avec un traitant traditionnel qui me suit. »
E15 femme séparée, âgé de 65 ans.*

De tels propos expriment une perte de confiance dans les traitements médicaux conventionnels et une ouverture aux alternatives traditionnelles et spirituelles. Cette enquêtrice indique qu'elle suit un traitement depuis plus de huit mois sans obtenir de résultats satisfaisants. Cette situation peut engendrer frustration, désespoir et méfiance envers les traitements médicaux conventionnels.

3.3. Conséquences de l'association thérapeutique sur la santé des patients

Expériences positives

« Depuis que j'ai associé le traitement traditionnel à la rééducation, je me sens très bien. J'arrive à rester longtemps debout et à faire quelques mouvements que

je ne pouvais pas faire. Moi, je pense que ça m'as aidé à apporter la santé. » E10 femme, mariée, âgé de 67 ans.

Ce discours s'est tenu en avant-première d'une expérience personnelle positive avec l'association de traitements traditionnels à la rééducation. Elle s'inscrit dans une approche holistique du traitement de la maladie. En effet, cette enquêtée rapporte une amélioration significative de sa condition depuis qu'elle a commencé à combiner des traitements traditionnels avec des exercices de rééducation. Cette expérience personnelle positive est un élément clé, car elle renforce sa croyance dans l'efficacité de l'approche intégrative qu'elle a adoptée. Elle mentionne des progrès concrets et mesurables, tels que la capacité à rester debout plus longtemps et à effectuer des mouvements auparavant impossibles. Ces améliorations fonctionnelles témoignent de l'efficacité perçue de son traitement combiné.

Expériences négatives

« Depuis que, j'associe la médecine moderne et traditionnelle, je ne comprends plus rien. Mon cœur bat très fort et je transpire beaucoup. Un jour, je me suis retrouvé à l'urgence au CHU. C'est à mon réveil que j'ai constaté tout ça. Le docteur m'a dit que mon rein était touché et que je dois arrêter de prendre des médicaments traditionnels. » E13 femme mariée, âgé de 72 ans.

Cette enquêtée met en lumière, une expérience très négative suite à l'association de traitements médicaux et traditionnels. Elle mentionne des symptômes graves tels que des palpitations cardiaques et une transpiration excessive, qui l'ont conduit à une hospitalisation d'urgence. Ces symptômes peuvent indiquer des

effets secondaires sévères de l'association thérapeutique. Le diagnostic des dommages rénaux par le médecin est particulièrement préoccupant. Les reins sont des organes vitaux, et leur atteinte peut avoir des conséquences graves sur la santé globale de la personne. Cette situation met en évidence les risques potentiels des interactions entre les médicaments conventionnels et les remèdes traditionnels. L'intervention du médecin, qui conseille d'arrêter les médicaments traditionnels, est une mesure corrective visant à protéger la santé du patient. Cette recommandation met en lumière l'importance de la supervision médicale et de l'ajustement des traitements en fonction des réactions des patients. Cette situation souligne la nécessité d'une communication ouverte entre les patients et leurs médecins concernant tous les traitements qu'ils prennent, y compris les remèdes traditionnels.

IV. Discussion

4.1 A la question de la perception de l'AVC par les patients

Il ressort de cette étude réalisée au Centre de Médecine du Sport de l'Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS), située dans la commune de Marcory qu'à la question de la perception de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) par les patients, il ressort que : Selon la définition biomédicale, l'hypertension artérielle est la principale cause de l'AVC. Cependant, les patients enquêtés perçoivent cette maladie différemment. En effet, ces derniers la considèrent comme une maladie maléfique, une punition des esprits pour une dette non honorée par la famille du patient, une maladie naturelle, ou encore comme la conséquence d'une alimentation déséquilibrée.

Dans la même perspective de la perception de l'AVC par les patients, certains auteurs comme Murray, J., Young, J., Forster, A. et Ashworth, R. (2003) proposent une analyse approfondie de la perception des accidents vasculaires cérébraux (AVC) par les

patients et leur entourage. Leur étude, intitulée " Développer un service de soins primaires pour les AVC : une revue de la littérature qualitative ", se concentre sur les expériences subjectives des patients ayant subi un AVC.

Murray et ses collègues ont réalisé une revue systématique de la littérature qualitative sur les AVC. Ils ont analysé diverses études qualitatives pour extraire des thèmes communs et des aperçus sur la perception des AVC par les patients et leurs soignants. Cette approche a permis de recueillir des données riches et détaillées sur les expériences individuelles et les perceptions, qui peuvent souvent être perdues dans les études quantitatives.

Parlant des expériences des patients ayant subi un AVC ont souvent des sentiments de confusion, de peur et d'incertitude quant à leur état et leur avenir. Les symptômes et les incapacités résultant de l'AVC, tels que les troubles de la mobilité et de la parole, ont un impact profond sur leur qualité de vie et leur autonomie. Les patients expriment également des préoccupations concernant la récupération et le retour à une vie "norme".

S'agissant du rôle des soignants, souvent des membres de la famille, jouent un rôle crucial dans le soutien aux patients atteints d'AVC. Ils font face à des défis émotionnels et physiques, et ressentent souvent un fardeau significatif. La transition du patient vers les soins à domicile peut être particulièrement difficile, et les soignants ont besoin de soutien et de ressources adéquates pour faire face aux besoins de leurs proches victimes de l'AVC.

La réadaptation physique est souvent perçue comme essentielle pour la récupération après un AVC. Cependant, les aspects psychosociaux de la réadaptation sont parfois négligés. Les patients et leurs familles bénéficient grandement du soutien psychologique et social, ainsi que de la thérapie physique. La

fourniture de ces services doit être une priorité pour améliorer la qualité de vie des patients après un AVC.

Il est crucial de faciliter une meilleure coordination entre les divers professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'AVC. Cela inclut les médecins généralistes, les spécialistes, les thérapeutes et les travailleurs sociaux. Aussi, les soins post-AVC doivent inclure non seulement des interventions médicales et de réadaptation physique, mais aussi un soutien psychologique et social pour les patients et leurs familles. Les programmes de soutien aux soignants doivent être renforcés pour aider à alléger leur fardeau. De plus, les patients et les soignants doivent être bien informés sur la nature de l'AVC, les options de traitement et les ressources disponibles. L'éducation joue un rôle crucial dans l'autonomisation des patients et dans la gestion de la maladie. Il est en plus essentiel d'assurer l'accessibilité et la continuité des services de réadaptation. Cela peut inclure des services de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie, adaptés aux besoins individuels.

En conclusion, les travaux de Murray et ses collègues apportent une contribution significative à la compréhension des perceptions et des expériences des patients atteints d'AVC et de leurs soignants. En mettant en lumière les défis et les besoins spécifiques de cette population, cette étude aide à orienter le développement de services de soins primaires plus adaptés et plus efficaces, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie des patients.

Parlant toujours de la perception de l'AVC, Tanho A. et al. (2019) ont dans leurs travaux portant sur : « Connaissances, perceptions et attitudes face aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) », ont montré que des aidants estimaient que l'AVC était une maladie héréditaire, et pouvaient avoir une origine mystique. Aussi, plus de la moitié des participants estimaient

que l'AVC pouvait avoir une origine mystique, et 57,50% identifiaient les « sortilèges » comme facteur de risque d'AVC. En conclusion, les travaux de Tanho A. et al. (2019) Mettre en lumière l'importance de comprendre les perceptions des patients concernant leur maladie. Ces perceptions influencent non seulement leur état émotionnel et psychologique, mais aussi leur comportement de santé et leur adhésion aux traitements. En intégrant ces connaissances dans la pratique clinique, les professionnels de la santé peuvent améliorer la qualité des soins et le bien-être général des patients.

4.2. A la question des logiques sociales de l'usage pluri thérapeutique chez les patients

Parlant des logiques sociales qui justifient l'usage de plusieurs thérapies dans la quête de guérison chez les patients, quatre points clés sont à retenir : Le premier point traduit une perspective holistique qui montre que les traitements conventionnels et traditionnels peuvent se compléter pour améliorer la guérison. Le second point met en avant l'importance de la foi et du soutien religieux dans le processus de guérison. Le troisième point montre une préférence pour les traitements naturels, influencée par les contraintes familiales et financières. Le quatrième point traduit une perte de confiance dans les traitements médicaux.

Makita-Ikouaya et al. (2010) mettre en lumière un aspect crucial dans leur analyse du recours à la médecine traditionnelle : l'incapacité partielle de la médecine moderne à adresser certains éléments immatériels des maladies, notamment leurs dimensions spirituelles et psychologiques. Ils soutiennent que certaines pathologies doivent une approche globale intégrant le corps physique, l'âme et l'esprit, un angle souvent négligé dans l'approche biomédicale.

Les auteurs expliquent que la médecine moderne est largement centrée sur des diagnostics et des traitements standardisés, basés

sur des preuves scientifiques. Cette focalisation, bien qu'efficace pour les maladies physiques, peut engendrer une déconnexion entre les soins prodigués et les vécus subjectifs des patients, particulièrement dans des contextes culturels où les dimensions spirituelles et sociales jouent un rôle clé dans la perception de la santé et de la maladie. Ils mettent également en évidence que les inégalités spatiales dans l'offre de soins exacerbent les disparités d'accès, renforçant les inégalités. Cette forme de recours a été relevée chez 29,74 % des ménages et traduit la rémanence des pratiques traditionnelles malgré la diffusion de la médecine moderne et l'urbanisation (Diouf, 2000).

Jean-Pierre Dozon (1995) examine les dynamiques socio-anthropologiques des sociétés africaines, en mettant un accent particulier sur la santé et les représentations du corps et de la maladie. Il s'inscrit dans une approche anthropologique qui envisage la maladie non seulement comme un phénomène biologique, mais également comme un événement à la fois social, culturel et symbolique. Ainsi, la maladie est perçue comme ayant des causes dépassant le cadre strictement biologique, intégrant des dimensions spirituelles, relationnelles et sociales. Dans de nombreuses sociétés africaines, elle est souvent interprétée comme le résultat d'un déséquilibre social ou spirituel, fréquemment attribué à des forces invisibles telles que le mauvais sort ou la sorcellerie. Cette vision traduit une conception holistique de l'existence, où le visible et l'invisible interagissent.

Dassa (2008) plaide pour une reconnaissance des dimensions spirituelles et culturelles dans le domaine de la santé, mettant en avant le rôle des structures religieuses chrétiennes qui élargissent leur mission pour inclure des pratiques orientées vers la guérison. Selon l'auteur, les groupes de prière renforcent les liens sociaux et offrent un réseau de soutien émotionnel et moral. Ces communautés jouent un rôle essentiel dans la résilience des fidèles confrontés à la maladie, où la foi agit comme un

catalyseur de guérison et la prière comme une forme de thérapie. Dans des contextes où les systèmes de santé sont sous-financés ou difficilement accessibles, ces structures constituent une alternative abordable, voire gratuite, répondant aux besoins des populations les plus vulnérables. Cependant, l'efficacité des prières pour la guérison physique reste controversée. Les limites épistémologiques des pratiques basées sur la foi compliquent leur évaluation scientifique. En outre, ces approches peuvent parfois entrer en conflit avec les soins médicaux, notamment lorsqu'elles s'écartent des normes établies par la médecine fondée sur des preuves.

4.3. Conséquences de l'association thérapeutique sur la santé des patients

L'association thérapeutique, qui combine des traitements conventionnels et traditionnels, peut avoir des conséquences significatives pour la santé des victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Idler et Kasl (1992) apportent une contribution essentielle à l'étude des liens entre religion, spiritualité et santé. Leur recherche souligne l'importance d'intégrer les dimensions spirituelles dans les soins, particulièrement pour des pathologies graves telles que les AVC. Cette approche propose une vision holistique, associant médecine conventionnelle et accompagnement spirituel, tout en soulevant des enjeux éthiques et méthodologiques complexes liés à sa mise en œuvre.

Michael Hauskeller (2005) analyse les tensions et les synergies entre la médecine conventionnelle et les médecines complémentaires et alternatives (MCA). Cette réflexion s'avère particulièrement pertinente pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), qui explorent souvent divers types de thérapies dans leur quête de rétablissement et de bien-être. La médecine conventionnelle repose sur une base scientifique rigoureuse, des preuves empiriques et une approche

biomédicale standardisée. En revanche, les MCA privilégient une vision holistique du patient, intégrant les dimensions psychologiques, émotionnelles et spirituelles, parfois au détriment de standards scientifiques stricts. L'auteur souligne que cette divergence peut entraîner une méfiance réciproque entre les praticiens des deux systèmes, compliquant ainsi la coordination des soins. Par ailleurs, l'utilisation simultanée de thérapies conventionnelles et de MCA sans concertation préalable peut engendrer des conflits ou des effets secondaires inattendus, comme des interactions médicamenteuses ou des incompatibilités compromettant l'efficacité des traitements. Malgré cela, les MCA sont souvent perçues comme moins efficaces ou considérées comme des solutions de dernier recours. Il critique cette vision réductrice, qui néglige leur potentiel pour améliorer la qualité de vie et atténuer les symptômes psychologiques associés à des pathologies chroniques telles que l'AVC. En outre, les MCA encouragent fréquemment une participation active des patients dans leur processus de guérison, ce qui peut renforcer leur sentiment de contrôle, réduire leur anxiété et améliorer leur adhésion aux traitements conventionnels. En conclusion, Hauskeller ne propose ni un rejet des MCA ni leur adoption sans discernement. Il plaide plutôt pour une approche équilibrée et réfléchie. Son analyse met en évidence la nécessité d'un système de soins centré sur le patient, où les thérapies conventionnelles et les MCA se complètent afin de mieux répondre aux besoins complexes des personnes atteintes d'AVC.

Hufford (2001) affirme que la spiritualité et la religion représentent souvent des ressources essentielles pour les patients confrontés à des maladies graves, comme l'AVC. Ces pratiques aident les patients à donner un sens à leur expérience, à réduire leur anxiété et à retrouver un équilibre émotionnel. Selon lui, les dimensions spirituelles des soins ne devraient pas être négligées, car elles jouent un rôle direct dans le renforcement de la

résilience psychologique, un facteur clé pour la réhabilitation après un AVC. Les pratiques spirituelles, telles que la méditation, la prière ou les rituels religieux, contribuent à une meilleure gestion du stress, améliorent la qualité du sommeil et renforcent les capacités d'adaptation face à la douleur et au handicap. L'auteur met également en avant les effets physiologiques mesurables de ces pratiques, comme la réduction de la tension artérielle, qui peuvent être particulièrement bénéfiques pour les patients. Cependant, malgré leurs avantages potentiels, l'auteur souligne les défis liés à l'intégration de ces pratiques dans les soins médicaux. Parmi ces obstacles, il identifie : le risque de prosélytisme ou d'imposition de croyances par les soignants ; la difficulté de respecter la diversité des croyances des patients, notamment dans des environnements multiculturels ; le manque de formation des professionnels de santé pour intégrer ces pratiques de manière éthique et appropriée. Il préconise une approche intégrative où la spiritualité est considérée comme un pilier des soins, au même titre que les dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Il met l'accent sur l'importance d'un dialogue ouvert entre soignants et patients pour identifier les pratiques spirituelles susceptibles de soutenir efficacement le processus de guérison. En conclusion, Hufford adopte une position équilibrée sur l'intégration des pratiques spirituelles et religieuses dans les soins de santé. Il en reconnaît le potentiel à améliorer le bien-être global des patients, tout en mettant en garde contre une mise en œuvre inappropriée. Pour les patients ayant subi un AVC, ces pratiques peuvent constituer un soutien émotionnel et spirituel précieux, à condition d'être appliquées avec respect, sensibilité et éthique.

De Wit (2012) met en lumière l'importance des premières expériences avec une substance. Lorsque les effets initiaux sont positifs, tels qu'une réduction de l'anxiété ou une amélioration du bien-être subjectif, cela favorise une utilisation répétée. En

revanche, des réponses initiales négatives, comme des effets secondaires indésirables, tendent à décourager la consommation. Ces observations peuvent être transposées aux traitements médicaux pour les AVC. Par exemple, un patient ressentant un soulagement rapide ou une amélioration notable grâce à un traitement, qu'il soit pharmacologique ou complémentaire, sera plus enclin à poursuivre ce protocole. Cela souligne l'importance d'évaluer et de personnaliser les premières étapes du traitement pour maximiser l'engagement et les bénéfices ressentis. De Wit analyse également les facteurs qui augmentent le risque d'abus, notamment la rapidité et l'intensité des effets ressentis. Des traitements qui procurent un soulagement rapide des symptômes, comme la douleur ou l'anxiété, peuvent présenter un potentiel accru de mauvaise utilisation.

Dans le contexte des AVC, cette dynamique pourrait concerner des médicaments tels que les analgésiques opioïdes ou les anxiolytiques. Si ces traitements ne sont pas encadrés, leur efficacité immédiate pourrait entraîner une dépendance ou un usage inapproprié, en particulier chez des patients émotionnellement ou physiquement vulnérables après un AVC. Même si les traitements pour les AVC diffèrent fondamentalement des substances psychoactives en termes de supervision et d'intention médicale, les principes discutés par De Wit restent pertinents. Par exemple, l'efficacité perçue des thérapies combinées – incluant des traitements médicamenteux classiques et des approches complémentaires telles que la physiothérapie ou la méditation – peut influencer la motivation des patients à poursuivre ces traitements. Ceux qui ressentent des bénéfices significatifs peuvent être plus enclins à privilégier ces approches par rapport à d'autres options.

L'auteur insiste sur la nécessité d'évaluer les réponses initiales pour identifier les patients potentiellement à risque d'abus ou d'utilisation inappropriée des traitements. Cela implique notamment : Une surveillance étroite des patients traités avec

des médicaments à fort potentiel de dépendance ; une communication claire sur les objectifs de chaque composante du traitement combiné et une adaptation progressive des traitements en fonction des besoins et des réponses des patients, afin de maximiser les bénéfices tout en minimisant les risques. En définitive, De Wit offre une perspective précieuse pour comprendre comment les premières expériences façonnent les comportements futurs en matière de traitement. Appliquées au contexte des AVC, ses conclusions mettent en évidence l'importance d'une personnalisation des soins et d'une vigilance accrue, notamment dans le cadre de traitements combinés intégrant des approches pharmacologiques et complémentaires. Bien que les risques d'abus soient généralement réduits dans un cadre médical encadré, les principes liés aux réponses initiales et à la perception subjective restent essentiels pour optimiser l'efficacité des traitements et prévenir les complications à long terme.

Conclusion

La présente étude réalisée au Centre de Médecine du Sport de l'Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS) de Marcory avait pour objectif d'analyser les logiques sociales de l'association thérapeutique chez les patients et de mesurer les effets sur leur santé. Les résultats ont révélé parlant de la perception de l'AVC chez les patients que, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est perçu comme une maladie ayant des sources maléfiques, une punition des esprits pour une dette non honorée par la famille du patient, une maladie naturelle pour d'autres, ou encore la conséquence d'une alimentation déséquilibrée. Ces perceptions soulignent l'importance de prendre en compte ces perceptions de cette maladie par les patients pour une prise en charge qui tient compte leurs représentations de l'AVC. En effet, ce regard porté par les patients sur l'AVC motive leurs différents

itinéraires thérapeutiques, l'objectif pour eux étant de guérir. Les résultats ont montré des logiques sociales variées qui justifient leur choix thérapeutique. Premièrement, une perspective holistique valorise la complémentarité entre traitements conventionnels et traditionnels pour optimiser la guérison comme le soutient certains auteurs comme Michael Hauskeller (2005) qui plaide pour une approche équilibrée et réfléchie. Deuxièmement, la foi et le soutien religieux sont essentiels chez d'autres patients, influençant leur approche des soins. Ces résultats rejoignent ceux de Idler et Kasl (1992) qui soutiennent l'intégration de la dimension spirituelle dans les soins. Troisièmement, pour d'autres patients l'impécuniosité favorisent leur choix pour les traitements naturels. Quatrièmement, la perte de confiance dans les traitements biomédicaux conventionnels pousse des patients à chercher des traitements alternatifs. Ces points soulignent la complexité et la diversité des approches thérapeutiques adoptées par les patients. Aussi, parlant des conséquences que peuvent entraîner la combinaison des traitements biomédicaux conventionnels, traditionnels et spirituels chez les patients, elles sont liées à des interactions médicamenteuses indésirables, des surdosages, et des complications supplémentaires. Pour nous, il est crucial que les patients, les professionnels de santé, les guides religieux et les naturothérapeutes soient bien informés pour minimiser les dangers associés à l'utilisation combinée de thérapies de guérison.

En termes d'implication, les résultats de cette étude sont d'une importance dans le domaine de la santé car ils mettent en lumière les pratiques des patients ayant subis un accident vasculaire cérébral. Aussi, pour les praticiens, ils pourront mettre à jour leur techniques cliniques dans la prise en charge des patients, en n'omettant pas ces thérapies, qu'elles soient traditionnelle ou religieuse. De plus, au niveau des politiques nationales en matière de santé, spécifiquement dans la prise en charge des

patients, une synergie d'actions entre différents acteurs impliquant des spécialistes de santé publique, des naturothérapeutes et des guides religieux peut être envisagée. La prise en compte des aspirations des patients est essentielle pour une meilleure prise en charge.

Pour cette étude, les limites ont porté sur l'âge car uniquement les patients âgés de 60 ans et plus ont été interrogés étant donné que nous sommes gérontologues. Les résultats également de cette étude ne peuvent être généralisés car l'échantillon a porté sur quinze (15) patients. A cet effet, une recherche quantitative au niveau national pourrait être envisagée pour approfondir ces résultats.

Bibliographie

Dassa SK ; Bassoti E ; Djassoa C ; Ahyi R G. (2008). *Usagers de substances psychoactives illicites : étude descriptive rétrospective des patients suivis entre 1990 et 2002 au CHU-Campus de Lomé, Togo* . ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, vol. 30, n°4, p. 367-370.

De Wit, H., & Phillips, T. J. (2012). *Les réponses initiales aux drogues prédisent-elles l'usage ou l'abus futurs ?* *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(5), p1565-1576. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.04.005>

Geschiere, P. (1997). *La modernité de la sorcellerie : la politique et l'occultisme dans l'Afrique postcoloniale* . Charlottesville et Londres : University Press of Virginia, 311 p. <https://doi.org/10.1017/S0022278X9824300X>

Gruénais, M.-É., & Dozon, J.-P. (1995). *Entretien avec Jean-Pierre Dozon*. *Journal des anthropologues*, n.60, Anthropologie de pp. 19-24;

<https://doi.org/10.3406/jda.1995.1892>; https://www.persee.fr/doc/jda_11560428_1995_num_60_1_1892

Hauskeller, C. (2005). *Les tensions dans la médecine intégrative : 'Intégratif' dans le contexte de la médecine alternative et complémentaire (CAM) et de la biomédecine*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(5), p.767-773.

Hufford, D. J. (2001). *Une analyse du domaine de la spiritualité, de la religion et de la santé*. Metanexus Institute, 45 p.

Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1992). *Religion, disability, depression, and the timing of death*. *American Journal of Sociology*, 97(4), p.1052-1079.

Jodelet, D. (1985). *La représentation sociale : Concepts et théories*. Presses Universitaires de France.

Makita-Ikouaya, E., Mombo, JB, Rudant, JP et Milleliri, JM (2010). *L'offre et l'accès aux soins publics dans les villes d'Afrique subsaharienne: le cas de Libreville au Gabon*. *Médecine Tropicale*, Vol 70, n° 2, p.1-7. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:163320863>

Marcellini, A., Turpin, J. P., Rolland, Y., & Ruffié, S. (2000). *Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine : Le recours aux thérapies alternatives : Une éducation à un « autre corps » ?* *Corps et culture*, (5).

Murray, J., Young, J., Forster, A., & Ashworth, R. (2003). *Développement d'un service de soins primaires pour les AVC*. *Revue de la littérature qualitative*. *British Journal of General Practice*, 53, p.865-872.

Tanho, A., et al. (2019). *Connaissances, perceptions et attitudes face aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) : Étude chez les aidants des patients victimes d'AVC hospitalisés au service de neurologie du CHU de Cocody*.

Webographie

Goudou Coffie, R. (2013). *Discours lors de la Journée Mondiale de l'Hypertension Artérielle*. [Consulté le 12/04/2024]
https://www.gouv.ci/doc/1368526267jrnee_mondiale_hypertension.pdf.

Koaci.(2023). Côte d'Ivoire : Maladies cardiovasculaires, 39,92% des personnes âgées de 20 à 79 ans souffrent de l'hypertension artérielle, 150 mn d'exercice physique chaque semaine conseillées.
https://www.koaci.com/article/2023/09/25/cote-divoire/sante/cote-divoire-maladies-cardiovasculaires-39-92-des-personnes-agees-de-20-a-79-ans-souffrent-de-lhypertension-arterielle-150-mn-dexercice-physique-chaque-semaine-conseillees_172517.

Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé* (document WHA69/2016/REC/1, annexe 1, pp. 84-85). Genève: Organisation mondiale de la Santé. [Consulté le 20/02/2020]
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf.

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Hypertension*. [Consulté le 12/04/2024]
<https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/hypertension>.