

Itinéraires médico-religieux des insuffisants rénaux chroniques de la clinique universitaire de néphrologie hémodialyse de Cotonou (Benin), in ANNALES Nouvelle Série A Lettres, Sciences Humaines et Sociales Vol. 022-2017 ISBN 9791090524064, Université OUAGA I BURKINA FASSO, 2017, pp.39 5-425

UNIVERSITE OUAGA I
Pr Joseph KI-ZERBO



UNIVERSITE OUAGA I
Pr Joseph KI-ZERBO

ANNALES

NOUVELLE SERIE VOLUME 022

2017

ANNALES

Série A : Lettres, Sciences Humaines et sociales

Points de vente

Université de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03
Tél. Ld (226) 2531 31 73
Std (226) 25 30 70 64/65
Postes : 2316 - 2317 - 2318 - 2320 - 2322

Librairie Universitaire
03 BP 7021 Ouagadougou 03
Tél. Ld : (226) 25 30 88 20
Std : (226) 25 30 70 64/65

ISBN 979-10-90524-06-4

Vol. 022
2017

Série A

Lettres, Sciences Humaines et Sociales

Presses Universitaires de Ouagadougou



UNIVERSITE OUAGA I Pr Joseph KI-ZERBO

ANNALES

NOUVELLE SERIE VOLUME 022

2017

Série A

Lettres, Sciences Humaines et Sociales



Presses Universitaires de Ouagadougou

III

COORDINATION SCIENTIFIQUE

KAM Sié, *Maître de conférences*

Directeur des Presses Universitaires de Ouagadougou (PUO)

Maquettistes :

OUATTARA A. Frédéric

ILBOUDO Allassane

*Pour toutes informations relatives aux Annales de
l'Université de Ouagadougou, s'adresser à :*

Presses universitaires de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03 – Burkina Faso

Tél. : (+226) 25 70 64 / 65 - Secrétariat – Poste 2317
- Service Edition – Postes 2315
2322

COMITE SCIENTIFIQUE
ANNALES DE L'UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Série A : **Lettres et Sciences Humaines**

Directeur de Publication :

KAM Sié, Maître de conférences

Coordonnateur scientifique :

Norbert NIKIÉMA, Professeur Titulaire

Coordonnateur adjoint :

Mahamadé SAVADOGO, Professeur Titulaire

Membres :

Serge Théophile BALIMA, Professeur Titulaire

Bapio Rosaire BAMA, Professeur Titulaire

Amadou BISSIRI, Professeur Titulaire

Jean-Baptiste KIÉTHÉGA, Professeur Titulaire

Louis MILLOGO, Professeur Titulaire

André NYAMBA, Professeur Titulaire

Joseph PARÉ, Professeur Titulaire

Amadé BADINI, Professeur Titulaire

Alain Sié KAM, Professeur Titulaire

VII

SOMMAIRE

Poétique de la mort dans le récit épique : mourir pour rendre possible l'éternité.....	1
<i>Amade FAYE</i>	
De l'idée de communauté « <i>L'être isolé est un leurre (qui reflète en l'inversant la détresse de la foule)</i> ». Georges Bataille, 1973, <i>L'Alleluiah</i> , in <i>Œuvres complètes</i> , Éditions Gallimard, tome V, <i>La Somme athéologique</i> , I, p. 411.....	31
<i>Romuald Evariste BAMBARA</i>	
Les figures de style dans la phrase averbale dans les dieux délinquants d'Augustin-Sonde COULIBALY.....	61
<i>R. Virginie KABORÉ</i>	
Besoins esthétiques et culte du corps : posture éthique ou nouvelle alienation ?.....	91
<i>W. Serge Denis SAMANDOULGOU</i>	
Les alliances et coalitions dans le jeu politique au BURKINA FASO de 1960 à 2005.....	117
<i>Hervé Landry COULIBALY</i>	
Les ouelle de la sous préfecture de ouelle : origine et mise en place.....	141
<i>Lazare AKPENANYERA</i>	
Réflexions sur l'institution ecomuseale en AFRIQUE : étude de cas au BURKINA FASO.....	177
<i>Elise Fonyama THIOMBIANO ILBOUDO</i>	
La réalisation du topique-comment et de la presupposition-focus dans le Fulfuldé du BURKINA-FASO.....	193
<i>Adama DIALLO</i>	

Derivation regressive ou recategorisation du mot dans ALLAH N'EST PAS OBLIGÉ de Ahmadou KOUROUMA.....	233
<i>Kouadio Jean YAO</i>	
Le phénomène terroriste, diagnostic et perspective de déconstruction.....	257
<i>Etienne Kola</i>	
Le langage poétique dans <i>LE MIEL AMER DE JEAN-BAPTISTE SOME</i>	279
<i>Boureïma Alexis KOENOU</i>	
Cognitive levels and thinking processes in reading comprehension : a study of bloom's taxonomy in the senegalese efl context.....	309
<i>El Hadji Cheikh KANDJI</i>	
La démocratie écologique : représentation ou participation ?.....	341
<i>Cyrille SEMDE</i>	
Les enfants détenus à la prison civile de Cotonou : Implications psychologique et approche thérapeutique.....	367
<i>Thierry K. KOUGBEAGBEDE</i>	
Itinéraires médico-réligieux des insuffisants rénaux chroniques de la clinique universitaire de néphrologie hémodialyse de Cotonou (Benin).....	395
<i>Charles Lambert BABADJIDE</i>	
<i>Cyr Gervais ETENE & Akouavi A. VIGAN</i>	
Travail des téléopérateurs dans les centre d'appels lors du discours client :un model calque sur le taylorisme.....	427
<i>Florentin NANGBE</i>	

© P.U.O. - 2017

Aux termes de la loi n° 32-99/AN du 22 décembre 1999, «toute reproduction, traduction, adaptation, représentation, diffusion par quelque moyen que ce soit, d'une œuvre de l'esprit en violation des droits de l'auteur constitue un délit de contrefaçon, voire de piraterie, sanctionné comme tel.»

Tous droits réservés pour tous pays.

ISBN 979-10-90524-00-2

ISSN 2424 - 7529

2016

Achévé d'imprimer par
les Presses Universitaires de Ouagadougou
03 BP 7021 Ouagadougou 03
Tél. *Std* : (226) 25 30 70 64/64
Ld : (226) 25 31 31 37
Fax : (226) 25 30 72 42
Poste : 2315 - 2317 - 2318 - 2319 - 2322
BURKINA FASO

Itinéraires médico-religieux des insuffisants rénaux chroniques de la clinique universitaire de néphrologie hémodialyse de Cotonou (Benin)

*Charles Lambert BABADJIDE (1),
Cyr Gervais ETENE (2) & Akouavi A. VIGAN (3)*

Résumé

Au Bénin, les campagnes d'évangélisation, de miracle et de guérison contre les maladies incurables font légion. A ces campagnes d'évangélisation, adhèrent certains patients atteints de l'insuffisance rénale chronique. Au-delà de ce comportement lié à la recherche de la guérison, d'autres encore font recours à la tradithérapie même étant dans la chimiothérapie. C'est ce que tente de mettre en exergue le présent article dont l'objectif est d'analyser les itinéraires médico-religieux ainsi que les représentations sociales des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique.

(1) Département de Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi (UAC)/Bénin, Maître-Assistant/CAMES. 10 BP 875 Cotonou,

Auteur correspondant, Tel : (00229) 97461283/95969851,

E-mail : charlesbab@yahoo.fr (2) Département de Géographie et d'Aménagement du Territoire, Université d'Abomey-Calavi (UAC)/Bénin, Maître-Assistant/CAMES.

(3) Département de Sociologie-Anthropologie, Université d'Abomey-Calavi (UAC)/Bénin

Réalisé à la Clinique Universitaire de Néphrologie Hémodialyse (CUNH) de Cotonou/Bénin auprès 134 patients et 18 personnes ressources soit, 152 acteurs sélectionnés par le biais des techniques d'échantillonnage dites choix raisonné, boule de neige et du hasard simple, ce travail s'est appuyé sur l'entretien semi-structuré, le questionnaire, l'observation et la recherche documentaire comme techniques de collecte de données. L'analyse des résultats obtenus montre que l'insuffisance rénale chronique est interprétée comme la résultante de mauvaises pratiques alimentaires et thérapeutiques. Elle constitue pour les malades un handicap invisible. La perception sociale que les patients ont de cette pathologie les amène à associer aussi bien la chimiothérapie, la tradithérapie ainsi que la religiothérapie pour leur soulagement.

Mots clés : insuffisance rénale chronique, Trajectoire, représentations sociales, Cotonou.

Abstract

In Benin, the campaigns of evangelization, miracle and cure against the incurable diseases make legion. In these campaigns of evangelization, devote certain patients reached of the chronic renal insufficiency. Beyond this behavior bound in search of the cure, others else make appeal to the tradithérapie being in the chemotherapy. It is what tries to highlight the present article the objective of which is to analyze trajectories medical - nuns and the social representations of the people suffering from chronic renal insufficiency.

Realized to the University Private hospital of Nephrology Hemodialysis (CUNH) of Cotonou/Bénin with 152 actors selected by means of the techniques of sampling said reasoned choice, ball of snow and the simple fate, this work leaned on the semi-structured interview(maintenance), the questionnaire, the observation and the retrieval document as techniques of collection of data. The analysis of the obtained results (profits) shows that the chronic renal insufficiency is interpreted as the resultant of bad food and therapeutic practices. She (it) establishes (constitutes) for the sick an invisible handicap. The social perception (collection) which the patients have of this pathology brings them to associate as well the chemotherapy, the tradithérapie as the religiothérapie with a big religiosity for their relief.

Key words: CUNH ; trajectoire medical ; the chronic renal insufficiency ; tradithérapie ; chemotherapy.

Introduction

L'insuffisance rénale chronique représente un problème de santé important dans le monde (A. M. El Nahas et A.K. Bello, 2005). La preuve, les données du Réseau Epidémiologique et d'Information en Néphrologie (REIN) montrent que la France comptait en 2008, trente et un mille quatre cent trente-six (31436) personnes en dialyse et vingt-six mille quatre cent trente-neuf (26439) porteuses en greffon rénal. Environ huit mille (8000) nouveaux patients avaient débuté la dialyse ou avaient été greffés cette année-là à un âge médian de 70 ans pour la dialyse et de 56 ans pour la greffe. Parmi ces nouveaux cas, l'insuffisance rénale était dans 23 % une complication du diabète et dans 22 % une complication de l'hypertension artérielle (J. Bloch, 2010). En somme, on assiste à une trajectoire purement biomédicale conduisant à la dialyse et à la greffe de rein. En Afrique, la diversité des offres thérapeutiques est un fait incontestable. Les plaques au fronton des immeubles ne signalent plus seulement médecins, kinésithérapeutes et autres diplômés d'État, mais affichent une incroyable diversité de « spécialités ». On peut, aujourd'hui, consulter des guérisseurs, des religieux de toutes croyances, des phytothérapeutes, ceux-ci étant bien identifiés et installés dans l'offre thérapeutique des grandes villes Africaines. Un constat déjà soulevé par S. Essane (1998), pour qui l'Afrique pratique un pluralisme médical. Ainsi, sur ce continent, les malades utilisent d'abord les connaissances familiales de la pathologie (soins domestique / savoir populaire), ensuite la tradithérapie (médecine dite traditionnelle) et enfin la biomédecine. Ce pluralisme de recours est constaté auprès des malades hospitalisés qui, en plus du traitement diarrhéique médical administré par les spécialistes de la biomédecine, consommaient des décoctions contre la maladie et des produits dits contre l'attaque des « sorciers » (F. Dumas-Champion, 1987). Prenant l'exemple des populations camerounaises, l'auteur affirme qu'elles reconnaissent à la médecine moderne sa capacité d'agir

rapidement sur les symptômes et que son recours n'est qu'un temps dans un itinéraire diagnostique et thérapeutique. Au-delà de cette position, S. M'boukou (2007) fait constater que les pratiques thérapeutiques africaines sont considérées comme des lieux d'élaborations et d'invention des modalités originales de prise en charge et de gestion des corps affligés. Le malade se présente non pas comme un individu mais comme un membre affecté d'un organisme, d'un corps, d'un groupe qui le porte et le supporte.

Au Bénin, le nombre sans cesse croissant d'insuffisants rénaux révèle que la maladie pose un réel problème de santé publique. Les statistiques de la Clinique de Néphrologie Hémodialyse (CUNH) de 2015 montrent qu'au niveau de la néphrologie trois cent cinquante-cinq (355) IRC dialysés ou non ont été inscrits en hospitalisation. Parmi eux, l'unité de dialyse a reçu quarante-huit (48) nouveaux dialysés et a enregistré vingt-neuf (29) décès. Il faut noter que le dispositif de dialyse au Bénin en 2015 permettait d'épurer trois cent-vingt-deux (322) patients dans tout le pays dont trois cent douze (312) à Cotonou. On constate la présence en dialyse aussi bien des enfants de moins de 18 ans que des adultes de plus de 60 ans. En effet, la maladie rénale chronique constitue l'une des complications de nombreuses maladies chroniques dont l'hyperglycémie et ou l'hypertension artérielle. Dans ces cas, le patient est souvent limité dans ses activités, vu les manifestations de la maladie et sa prise en charge. Il lui est difficile de répondre régulièrement aux sollicitations de son entourage parce que sa santé lui impose certaines règles. Son état de santé lui crée une dépendance vis-à-vis des médicaments, d'un régime alimentaire, d'une technologie médicale comme la dialyse qui se fait deux à trois fois par semaine et parfois d'une assistance personnelle. Il faut noter la présence des phytothérapeutes avec une diversité de pratiques et de publicités. Le constat aujourd'hui est qu'il y a sur nos grands carrefours ou axes des offres de la phytothérapie. Le dispositif est composé de haut-parleur installé sur des

motocyclistes (tricycles) et même sur des voitures ventant ou proposant plusieurs produits contre les facteurs de risque. Ces offres de la phytothérapie sont orientées vers l'hypertension, l'hyperglycémie... et même contre l'insuffisance rénale (selon leur appellation, la maladie qui empêche d'uriner). Outre ces propositions thérapeutiques, il existe une multitude de croyances religieuses qui affichent des solutions et guérisons miraculeuses pour les maladies incurables. La dénomination de ces lieux de cultes ainsi que les modes de compréhension et de prise en charge des maux dont souffrent les Hommes, bouleversent l'ordre scientifique. L'Aumônerie des Hôpitaux Universitaires de Genève en 2010 sous la direction de C. Reist, a fait un point des croyances qui n'ont aucune restriction avec les pratiques de la biomédecine. Presque toutes les confessions religieuses acceptent la greffe d'organe mais les témoins de Jéhovah interdisent la transfusion sanguine et de tous ces dérivés.

Il faut signaler qu'avant la création de l'unité de dialyse en 1997 au Bénin, les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique en stade de dialyse se déplaçaient hors du pays pour aller se faire dialyser (le plus souvent à Lomé au Togo). Cette situation a créé d'énormes pertes en vies humaines et pour palier cela, la Clinique Universitaire de Néphrologie Hémodialyse (CUNH) a été créée pour une prise en charge plus complète de cette affection. Toujours dans le sens de facilitation à l'accès aux soins des patients, le Bénin a décrété la gratuité de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Une prise en charge qui passe par la dialyse et le suivi médical. Pour le volet greffe de rein, il n'est pas encore une réalité au Bénin mais la stratégie trouvée consiste à sélectionner les malades et les envoyer en Europe avec le soutien de l'Etat. Il est important de souligner que la dialyse est certes vitale mais, elle ne se guérit pas. Elle doit être indéfiniment renouvelée tant que le malade n'est pas transplanté. Cette technique dure en moyenne quatre heures de temps par séance et le malade est soumis à un régime alimentaire contraignant sans oublier les règles d'une bonne

hygiène de vie. Malgré ces différents efforts, il faut dire que les patients n'observent pas toujours le traitement. Ce comportement de non observance s'explique par plusieurs raisons dont les plus frappantes sont l'absence de médicaments, les pannes et insuffisances d'appareil de dialyse, etc.

L'annonce de l'entrée en dialyse d'un patient est la fin de tout espoir de guérison biomédicale. Ainsi, la recherche de guérison dans un contexte africain amène le patient à un cheminement thérapeutique constitué de divers types de prestations qui s'offrent à lui. Dès lors, l'intégration d'une approche socio-anthropologique dans l'environnement des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique, a contribué à expliquer les comportements, les pratiques thérapeutiques des patients et les représentations qui sous-tendent cette maladie. Au regard de la persistance de recherche de solutions paramédicales, une question se dégage : *quelles sont les itinéraires thérapeutiques constatées chez les insuffisants rénaux chroniques et quelles sont les pratiques et représentations sociales autour de cette maladie ?* Les approches de réponses à ce questionnement nous ont conduits à mener des investigations à la Clinique Universitaire de Néphrologie Hémodialyse (CUNH) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU/HKM) de Cotonou.

1. CUNH : Espace de recherche

Créé par la loi n°62 -36 portant création de l'hôpital le 30 octobre 1962, la Circonscription Médicale (CM) de son nom de départ, fut érigée en « Hôpital Hubert Maga ». Dès 1963 il devient « Hôpital Autonome de Cotonou », puis par le décret N°490 du 21 décembre 1966, il change encore de statut et devient « Centre National Hospitalier ». Il a pris le statut d'Office à caractère social et scientifique le 13 mai 1991 et est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

En novembre 2001, à la faveur de l'inauguration de l'unité de scannographie de ce centre, l'Etat béninois l'immortalisa en la mémoire de son excellence le président Maga son initiateur. Ainsi, ce centre devient le « Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga ». Assurant sa mission de prises en charge médico-chirurgicale de haut niveau, le CNHU-HKM constitue la première institution de référence sur le plan national avec plusieurs services spécialisés dont la Clinique Universitaire de Néphrologie Hémodialyse (CUNH), cadre de cette recherche. Cette Clinique est l'unité de référence de la prise en charge des maladies rénales. Elle couvre la majorité des dialysés et insuffisants rénaux du Bénin.

La CUNH est composée de la section néphrologie où sont gardés les malades hospitalisés et la section unité de dialyse pour les soins, les consultations et la dialyse. En Décembre 2015, l'unité de dialyse disposait de quinze appareils de dialyse répartis dans quatre salles. Ces chambres sont sonorisées en raison du bruit des machines, bien éclairées, fortement climatisées. Ce sont des pièces très propres parce que recevant du nettoyage chaque quatre heures au rythme des dialyses. Les activités les plus courantes sont le branchement et le débranchement, la prise régulière de la tension artérielle, sans oublier la relance des appareils qui tombent régulièrement en panne. La présence d'un poste téléviseur dans chaque salle de dialyse est à souligner pour accompagner les malades lors de l'épuration.

2. Matériels et Méthodes

À la lumière des données théoriques présentées plus haut, une approche méthodologique a été adoptée. Celle-ci s'est appuyée sur une collecte de données au moyen d'une fiche de lecture, d'une grille d'observation, d'un guide d'entretien et d'un questionnaire auprès de 152 acteurs dont 134 personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique et de 18 personnes

ressources. Cette dernière catégorie est constituée des spécialistes comme les néphrologues en service au CUNH, les infirmiers, les gardes malades et les guérisseurs traditionnels.

Les tailles de l'échantillon ont été déterminées par les techniques d'échantillonnage dites « choix raisonné », « boule de neige » et « hasard simple. Les informations collectées ont été traitées en fonction de leur nature. Ainsi, les données qualitatives recueillies ont fait objet d'une analyse de contenu tandis que celles chiffrées ont été dépouillées et traitées grâce aux logiciels Word et Excel. Rappelons que la recherche est de nature mixte avec pour prédominance celle qualitative. Enfin, elle s'est déroulée sur une période de 12 mois.

3. Résultats et discussion

3.1. Trajectoires thérapeutiques des patients souffrant d'IRC

3.1.1. La trajectoire médicale

Les reins assurent l'épuration et la détoxification du sang. Cette activité est à mal lorsque les facteurs de pollutions du sang deviennent excessifs ou chroniques. Ces facteurs sont entre autres les habitudes alimentaires, la sédentarité, le manque d'activité sportive et surtout les maladies qui ont un fort retentissement sur les reins. Il s'agit des maladies comme la drépanocytose, les complications d'hypertension artérielle (HTA) et du diabète. Dans la quête de la guérison, les patients en arrivent à un circuit thérapeutique le plus souvent complexe qui associe aussi bien la chimiothérapie, la tradithérapie que la religiothérapie. Le tableau I met en exergue la trajectoire médicale de ces patients ainsi que les déterminants de leur pathologie.

Tableau I : Données statistiques de la trajectoire médicale des patients

Variables	Genres		Total	Pourcentage (%)
	Hommes	Femmes		
Le cardiologue (IRC avec HTA comme base)	68	40	108	80,60
Le diabétologue (IRC avec diabète comme base)	12	8	20	14,90
Le cardiologue et le diabétologue (HTA +diabète)	4	2	6	4,5
Total	89	63	134	100

Source : Données de terrain, 2015-2016.

L'examen du tableau révèle que la trajectoire médicale des patients dépend des déterminants de leur pathologie. Ainsi, 80,60 % des patients ont pris par le cardiologue ; 14,190 % par le diabétologue et 4,5 % sont déjà passés aussi bien chez le diabétologue que le cardiologue. C'est ce qui ressort de l'analyse du tableau I. Aussi, avons-nous retrouvé dans l'échantillon d'étude les facteurs comme l'âge, la sinusite, l'asthme, la consommation abusive des tisanes qui ont un effet amplificateur de la maladie et assurent par conséquent sa chronicisation. A cette étape des résultats, nous retenons que le circuit thérapeutique des insuffisants rénaux est souvent fonction des causes de la maladie. Il est important de souligner que tous les spécialistes sont mis à contribution dès que la maladie de leur spécialité est diagnostiquée. Mais, lorsque l'insuffisance rénale s'installe et se chronicise, seul le néphrologue accompagne réellement le malade. Les maillons de cette trajectoire selon les personnes ressources interrogées sont en général le cardiologue, le néphrologue, le chirurgien, le rhumatologue, le diabétologue, l'ophtalmologue, etc. L'insuffisance rénale est une maladie invalidante à la limite paralysante car le quotidien du patient est à jamais modifié du fait qu'il est porteur de de fistule. Ceci limite sa mobilité et le

contraint à une certaine inactivité. Cette inactivité impacte négativement la vie relationnelle et professionnelle du patient et aboutit parfois à la cessation de travail et à la rupture de contrat.

3.1.2. La trajectoire religieuse et spirituelle

Les malades sont pour la plupart du temps chrétien ou musulman de base mais la maladie les conduit à de multiples pratiques religieuses, voire spirituelles. Les lieux les plus visités sont les endroits où il est dit que le miracle se réalise immédiatement ou en un temps court. La plupart de ces endroits ont des dénominations qui accrochent. On peut noter aux dires des enquêtés : l'Eglise de la Vision Divine (EVD), la Grâce Divine, Winner Chapel, Chekina, Méga, les séances de « Jéricho » du Renouveau Charismatique Catholique et autres. Mais, dans leur parcours, plusieurs comportements sont observés chez les patients ainsi que dans leur entourage en termes de leur mobilité. C'est ce que montre le tableau II.

Tableau II : Données statistiques de la mobilité religieuse

Genres	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage %
Modalités de réponse				
Instabilité religieuse	38	18	56	41,79
Fidélité religieuse	42	33	75	55,97
Renoncement	2	1	3	2,24
Total	82	52	134	100

Source : Données de terrain 2015-2016.

La lecture du tableau montre que la démarche religieuse adoptée par les patients s'exprime à travers diverse réalité. Ainsi, 41,79 % des malades passent de religion en religion à la recherche du miracle. Ce miracle concerne aussi bien la guérison définitive que le désir de ne pas aller en dialyse. Ils vont même s'initier à

des divinités, à des confréries pour soit disant atteindre leur objectif. 55,97 % sont fidèles à leur religion et s'impliquent à fond alors que les 2,24 % restants ont renoncé à leur foi et s'accrochent uniquement aux prescriptions médicales après avoir été déçus par des religieux « vendeurs d'illusions ». Il est donc clair que tous les patients à un moment de leur maladie ont eu à faire recours à la spiritualité dans le parcours de leur pathologie. De plus, les malades dans leur majorité ne respectent pas le traitement biomédical indiqué. Ils associent souvent à ce traitement la phytothérapie et les pratiques religieuses et ou spirituelles. Les patients quittent clandestinement l'hospitalisation pour séjourner dans des centres de guérison ou souvent les règles d'hygiène et de propreté liées à ces types de patients sont presque absentes. Ils viennent en urgence à la clinique de néphrologie hémodialyse dans un état parfois de complications très avancé. Ils tiennent des discours qui varient selon le niveau de satisfaction obtenu. Quelques témoignages illustrent bien cet état de chose :

« Cette maladie m'a conduit à l'Eglise de la Vision Divine (EVD) depuis Septembre 2013 et c'est là que j'ai trouvé une certaine stabilité. Les autres fidèles m'envoient des messages religieux de consolation et des prières de délivrance sur mon portable tous les jours. [...]. Je fais beaucoup de dons aux inconnus pour ma protection et pour avoir l'œil de Dieu sur moi. Au sein de mon église il y a des encadrements spirituels à savoir : la clinique spirituelle pour les maladies incurables tous les mardis. Nous recevons des couvertures dans la chair pour conduire les marches prophétiques qui consistent à faire des prières spécifiques tout en marchant autour de sa concession ou de son village en prononçant des paroles fortes. [...] Le texte que je lis le plus souvent les matins est exode 10 et je fais la marche

à partir de 21 heures » [D. A., 46 ans, hypertendu et souffrant d'insuffisance rénale chronique depuis 5ans et non dialysé, CUNH/Cotonou].

« *Fils d'alpha, je pratique les recettes propres à ma religion, je fréquente les fidèles catholiques lors des Jéricho du renouveau charismatique catholique, j'ai été baptisé chez les célestes, je pose des actes de charité pour me faire pardonner mes péchés* » [M. W., diabétique au départ et insuffisant rénal chronique, dialysé depuis 06 ans, amputé du pied droit, CUNH/Cotonou]

Cette mobilité religieuse explique que non seulement la guérison est recherchée mais aussi le repos éternel est préparé. Autant qu'ils sont, les 134 (cent-trente-quatre) insuffisants rénaux chroniques approchés choisissent en moyenne 02 (deux) pratiques religieuses. Les prières de combat, la lecture des psaumes 51, 24,72 et 103, l'usages des livres de prières, des bagues et des scarifications à la hanche, des médailles de la vierge marie et miraculeuses à la hanche, invocation du Saint Antoine de Padoue qui recherche ce qui est perdu, la récitation du mille avée, la fatia, etc.

Parfois cette mobilité se déploie dans la logique d'éliminer l'entrée en dialyse de la personne souffrant d'insuffisance rénale chronique. C'est une phase qui est considérée comme la fin de tout espoir de guérison car la dialyse est à vie. Contrairement à ce qui se dit, les normes scientifiques prévoient pour un dialysé bien suivi quarante (40) ans de dialyse. Au-delà de cette possibilité, il peut bénéficier d'un greffage de rein et mener une vie presque normale s'il est éligible. Or, au Bénin le greffage ne se fait pas encore, donc les cas éligibles vont se faire prendre en charge en Europe. Outre cette exploration d'église, l'insuffisant rénal chronique s'initie à plusieurs entités spirituelles. Les plus fréquentées sont : *Ekankar*, la formation chez les apôtres ou les maîtres spirituels, adepte de divinités comme "*hebioso*" pour

pouvoir échanger sans intermédiaire ou prolonger leur durée de vie. Il est à souligner que la plupart des aspirants à cette forme de trajectoire pratique le “ *kudio* : *ku* = mort ; *dio* = échanger” qui signifie échange de mort.

Aussi, le renoncement à la fréquentation des églises et centres religieux n’est-il pas exclu. Là-dessus, un patient relate :

« Je ne fréquente aucune religion à cause de la ruse des pasteurs. Mais, je crois en Dieu. [...] Dans le cadre de ma maladie, je ne cesserai pas de suivre les conseils des médecins pour aller mieux » [H.P.45 ans, hypertendu au départ, insuffisant rénal chronique non dialysé. CUNH/Cotonou].

Des analyses, il peut être retenu que l’insuffisance rénale chronique amène les patients à parcourir plusieurs églises. Toutes ces pratiques concourent à la stabilité du malade et à son équilibre psychologique. Il n’est pas rare de constater que sur les malades hospitalisés ou venus en dialyse s’observe souvent le chapelet qu’ils récitent pendant leur opération de dialyse. Ceux qui ne sont pas catholiques sont avec des livres de prières qu’ils mettent sous l’oreiller après lecture. Parfois, le malade asperge son lit d’eau bénite et passe sur son front d’huile sainte avant de se coucher pour être dialysé. Ceci confirme la conclusion de A. Dessiex et *al.* (2010) qui estiment que le patient se représente la dialyse comme une initiation et qui passe par des rites. La planche ci-dessous présente certains objets religieux qui accompagnent les patients pendant la dialyse. On y observe une association d’images : une boîte d’huile sainte, une bible et des livres de prière.

Planche 1 : Ensemble d'objets de piété et de livres de prières



Source : Cliché Babadjidé Charles, 2015-2016.

Toutes les pratiques constatées chez le patient sont orientées par ce qu'on peut appeler le groupe organisateur de thérapie (GOT) (S. M'boukou, 2007). Elles lui permettent de toujours appartenir à son groupe social, professionnel, de continuer par intégrer d'autres à volonté. Cette ambiance rassure le malade dans la reproduction ou la promotion sociale, sa liberté, sa maîtrise ou son pouvoir d'action comme par le passé. Le malade bien que bénéficiant d'une couverture sociale de la part de l'Etat est toujours dans la quête de dominer les interprétations et représentations sociales de sa maladie.

3.1.3. Trajectoire traditionnelle des patients

Il y a une croyance au niveau des gardiens de la tradition qui soutient qu'il n'y a pas de maladie sans remède. Partant de cette logique, lorsque la maladie est déclarée médicalement incurable mais contrôlable, c'est une course à la guérison parallèle qui s'installe. Les produits de la phytothérapie sont appelés '*amansin*: *ama* = feuille, *sin* = eau' qui veut dire littéralement l'eau recueillie sur des feuilles. Sa consommation a pour rôle d'éliminer les germes de la maladie à travers les urines. Egalement dans notre société, les tisanes sont dénommées '*adomansin*: *ad* = urine, *man* = feuille, *sin* = eau' qui signifie eau issue de feuilles qui provoque l'urine.

Annales de l'Université de Ouagadougou, Série A, Vol. 22, Juillet 2017

Regardant la situation de l'insuffisant rénal chronique qui n'est plus en mesure par lui-même d'éliminer les déchets ou n'urine presque plus est-ce la bonne réponse à sa situation ? La plupart des malades ont et continuent d'utiliser les plantes, les décoctions, les tisanes... quoiqu'en soit leur niveau intellectuel. Ces produits sont consommés soient pour lutter contre l'anémie, l'œdème, la faiblesse sexuelle, l'hypertension, le diabète...

Au total, des produits utilisés contre les affections facteurs de risque ou associées à cette maladie. Il faut souligner l'usage des écorces et racines *kailcédra* (*khaya senegalensis*), de *ajikouindo* (*césalpinia bonduc*), du *moringa* (*moringa oleifera*), de *l'aloès* (*aloe vera*), du sirop *vita iron*, des coffrets de produits contre l'IRC... Le *vita iron* est un anti anémique du phytothérapeute Raphaël Chidimè beaucoup sollicité dans le traitement d'anémie. En plus de ce produit, il propose aux dialysés des recettes alimentaires régulatrices du taux de l'urée et de créatinine. Ainsi, il propose la consommation de la *pastèque* (*citrullus lanatus*) qui serait régulatrice du taux d'urée et le *pissenlit* avec pour nom scientifique : *traxacum officinale* (feuille dénommé *yantotoé* en fon) pour la créatinine. Il conseille aux patients après stabilité, d'utiliser dans leur alimentation la *pastèque* et le *pissenlit* (Planche 2). Selon ses propos, la maladie ne se guérit pas aussi dans la médecine traditionnelle et s'entretient au fil des ans.

Planche 2 : Un pied de pissenlit ou dent de lion et de la pastèque



Source : Cliché Babadjidé Charles, 2015.

Outre la réalisation de produit de guérison, il existe des valeurs culturelles comme le « *fa* » qui orientent la thérapie du malade. Parlant de ces valeurs culturelles, un patient affirme :

« Nous avons des valeurs intrinsèques en Afrique et au Bénin. Quand les guérisseurs m'ont fait sérieusement la peau, je me suis orienté vers le "fa" pour me le faire établir et c'est dans cette optique qu'il m' a été révélé que c'est une maladie qui va me faire sérieusement dépenser avant que je ne recouvre ma santé: c'est le "fa" qui moi m'a orienté vers le traitement biomédical, depuis un bon moment l'arnaque et la recherche démesurée de richesses de la part de certains bokonons'' ont fait aujourd'hui que je me suis totalement confié à Dieu. Je consomme les produits de foréver pour régler mon manque de calcium, sous mon oreiller il y a toujours ma bible, tous les jours de dialyse je fais le rosaire » [S. F., 63 ans, Musulman; hypertendu depuis 36 ans, insuffisant rénal chronique et dialysé depuis 16 ans, CNHU/Cotonou].

Toujours dans la recherche de guérison, des pactes sont noués avec des divinités qui promettent de rétablir la fonction rénale. Ce partenariat non seulement n'aboutit pas et parfois complique la situation du malade. Ce discours en dit long :

« Suite aux consultations du fa, ma maladie est intervenue suite à une dispute avec ma mère qui n'a pas voulu que j'épouse une femme de Ouidah. A la recherche de guérison nous avons pris contact avec un tradithépeute à Kétou qui dans la logique de me guérir m'a fait faire un certain nombre de rituel me permettant de renouveler ma fonction rénale de façon miraculeuse. Cet effet se produira dans une nuit profonde et est constituée de la substitution des reins d'une personne normale que j'aurais moi-même identifié au départ. Après avoir payé et subit les premières étapes c'est à la dernière du processus que le guérisseur est décédé. Conséquence, je suis toujours dans mon fauteuil roulant. Cette force qu'on m'a donnée ne m'a pas servi car quelques mois plus tard ma femme qui était tout pour moi a développé l'IRC et en est décédée. Ensuite mon jeune frère qui me soutenait aussi a fait une crise d'hypertension et a fini par devenir dialysé. Aujourd'hui, je me retrouve seul avec mes enfants car personne n'ose m'approcher au risque d'en être contaminé » [S. A., 58 ans, HTA, depuis 40 ans avec 15 ans d'IRC suivi de 15 ans de dialyse, CNHU].

Ainsi, on retient comme trajectoire : Recette familiale - consultation du « fa » - réalisation des sacrifices pour tentatives de guérison - Initiation à des divinités pour négocier par soi-même la guérison.

3.2. Pratiques et représentations sociales autour de l'insuffisance rénale chronique

3.2.1. Pratiques sociales autour de l'insuffisance rénale chronique

L'état prend en charge les insuffisants rénaux chroniques et les séances de dialyse avec toutes ces composantes. Les constituantes sont les bilans mensuel et trimestriel, les médicaments, la dialyse et la réalisation de la fistule. Le dossier donnant accès est une observation médicale constituée par l'équipe de la CUNH. En conclusion, c'est une synthèse de l'état clinique du patient. Le dossier médical est adressé au Ministère de la Santé (MS), précisément à la Direction Nationale de la Santé Publique qui prend en charge toutes personnes non Agents Permanent d'Etat en vue d'obtenir le certificat de visite n°1. Ce certificat est délivré en moyenne entre six (06) à huit (08) semaines après introduction du dossier. La prise en charge financière par l'Etat béninois est en moyenne pour un dialysé un (01) million par mois soit douze (12) million par an. Si la dialyse est bien suivie et le malade bien contrôlé, il peut vivre quarante (40) ans de dialyse. Il faut noter qu'avant la sortie du certificat si l'état de santé du malade est critique, il faut qu'il se prenne en charge pendant cette période. La réalité économique des personnes non agents de l'état est telle que les patients n'arrivent pas souvent à se prendre en charge. Les conséquences sont la mort du patient avant même la sortie de son certificat, la fuite vers les structures dites miraculeuses, le non-respect des séances de dialyse...

La plupart des malades ne suivent pas bien le traitement biomédical. Sous le couvert de complément alimentaire et d'autres appellations, ils contournent le traitement clinique même après avoir bénéficié de toute la couverture sociale. Certains ont des produits pharmaceutiques reçus gratuitement et ne consomment pas pour des raisons particulières. Ils vont vendre aux patients des centres privés partenaires de l'Etat qui ne sont pas bien accompagnés en médicament. Ces malades

expriment leur manque de moyens car la prise du traitement nécessite aussi un équilibre alimentaire. Les malades viennent d'un peu partout du pays (Abomey, Bohicon, Porto-Novo, Sèmé-Kpodji, Adjounhoun, Bonou, Lokossa, Kpomassè, Comé, Ouidah, Abomey-Calavi...). D'autres (les malades de Ouèssè, Natitingou, Parakou...) sont parfois obligés de louer de chambres proches de Cotonou ou de demander l'hébergement auprès de leurs parents. Parfois les malades passent des nuits au CNHU même s'ils ne sont pas hospitalisés. C'est souvent pour des raisons de frais de déplacement, des examens qu'ils doivent honorer en dehors des jours de dialyse et compte tenu du coût du voyage qu'ils tournent au CNHU pendant la journée et viennent se coucher la nuit dans le hall d'attente.

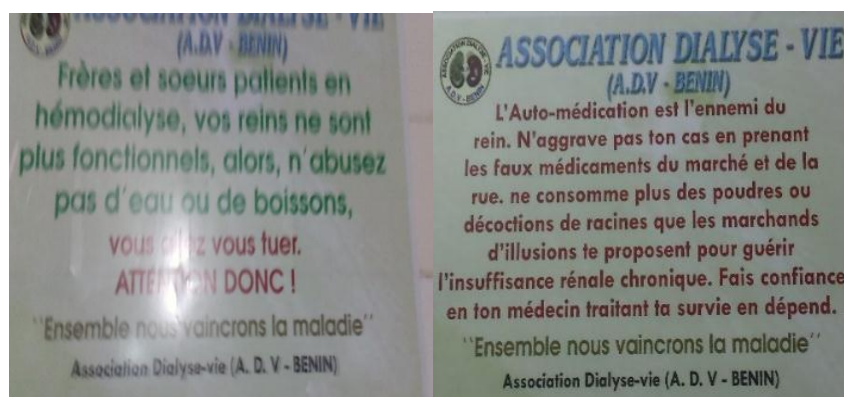
Des engagements pris par l'Etat, il ressort un renouvellement périodique des appareils. La machine de dialyse doit être renouvelée chaque cinq ans ; ce qui n'est pas souvent le cas. Cette disposition non honorée régulièrement explique les pannes journalières d'appareil de dialyse. Les conséquences sont la réduction du temps de dialyse des malades pour tenter d'épurer autant que possible un grand nombre de patients. En Décembre 2015, le nombre total de dialysés à Cotonou est de trois cent douze (312). Ce nombre qui paraît petit n'est rien d'autre que les cas plus stables, qui ont réussi à trouver une place en dialyse. Il n'y a pas de semaine où l'on n'enregistre deux à cinq morts à la clinique (section néphrologie et dialyse).

Les causes sont souvent le manque de place en dialyse ou des décès suite à une complication d'infection. Il faut souligner que pour avoir une place en dialyse, il faut qu'un dialysé meurt ou que la demande s'annule par la mort du demandeur. L'entrée en dialyse est comme une course de relais où le témoin se passe entre vivant et mort. Pour exprimer le caractère ruineux de la maladie, elle est dénommée (*evɔ xwe*, *evɔ gle*, *evɔ* = finit et *xwe* = maison et *gle* = champ) qui signifie littéralement maladie qui finit la maison et le champ. En témoigne cette version d'un dialysé :

« Je vivais à Ouèssè dans les collines et c'est mon état de santé qui m'a amené d'urgence à Cotonou et je suis resté. Aujourd'hui je fais du zémidjan pour joindre les deux bouts. Par manque de moyen, je suis allé jusqu' à enlever les feuilles neuves de tôles que j'ai nouvellement mises pour coiffer ma chambre à Ouèssè. Avant que ma prise en charge ne prenne j'ai raté plusieurs séances à cause du non achat de kit de dialyse. Le kit de dialyse m'était impossible car cela s'élevait à 140000F CFA par semaine. J'ai dû abandonner mon métier de vulcanisateur et par conséquent mon ménage pour vivre à Cotonou pour bénéficier des soins que seul le CNHU peut me donner. Ma femme est partie car je n'arrivais plus à leur donner à manger elle et les six enfants. Pour ma famille c'est parce que j'ai fait quelque chose de mauvais que les ancêtres sont en train de me punir » [G. A., 36ans, hypertendu et diabétique depuis 06 ans, IRC depuis 02 ans avec 02ans de dialyse].

Pour vivre avec et s'entraider, les patients se sont organisés en association dénommée "Association dialyse-vie" qui veille sur les intérêts des malades et joue un rôle de sensibilisation. La sensibilisation est visible à travers les affiches posées sur les murs de la clinique avec des messages lisibles sur les photographies suivantes. Elles attirent l'attention des malades, des gardes malades et de tout passant sur le comportement de néphro-vigilance à adopter. La planche 4 est une association de deux affiches qui parlent du respect de la consommation d'eau par le dialysé et de l'automédication.

Planche 3 : Affiches de sensibilisation disposée sur les murs de la clinique



Source : Cliché Babadjidé Charles, 2015-2016.

3.2.2. Perceptions sociales de l'insuffisance rénale chronique

Les perceptions de l'insuffisance rénale se lisent à travers les discours populaires. La maladie constitue l'un des événements malheureux dans l'existence de l'homme. Un adage populaire dit « *azon we nyi min kintɔ* » ; ce qui veut dire littéralement la maladie est l'ennemi de l'homme. Dans le cas précis, l'annonce de cette maladie incurable suivie de l'entrée en dialyse suscite plusieurs interprétations. Les expressions pour désigner en langues locales l'insuffisance rénale sont multiples. Dénommée '*tɔsisi*' ou '*asutɔsisi*' en Dendi et '*hukuagugu*' en Bariba qui signifie qui n'urine pas. En fon, l'appellation la plus connue est '*alinznɔ*' qui veut dire maladie des reins que certaines personnes confondent avec douleurs à la hanche. La dénomination en goun est (*adɔ ma hu zɔn*) qui exprime la maladie qui empêche d'uriner. Parfois, la maladie est désignée par son symptôme le plus apparent (*djidjizɔn*) qui veut dire la maladie qui fait enfler. Ce trait commence toujours par les pieds et monte vers les poumons. En ce moment, il est impossible au malade de respirer quand il est couché, on parle

Annales de l'Université de Ouagadougou, Série A, Vol. 22, Juillet 2017

de l'Œdème Aiguë des Poumons (OAP). C'est une phase qui emporte rapidement le patient s'il n'y a pas une prise en charge en dialyse de toute urgence.

Culturellement, la présence d'œdème est interprétée comme une transgression aux normes sociales ou une infidélité de la femme au foyer. Quand le signe le plus apparent et de danger qui est l'œdème apparaît c'est son épouse qui aurait commis l'adultère. Chez les Bariba, si quelqu'un décède suite à un œdème généralisé du corps, il est enterré et ses habits jetés car il aurait été emporté par un mauvais sort : propos d'un dialysé de l'ethnie. Dans le Mono, elle s'appelle (*tete du*), qui signifie la maladie qui fait gonfler, ou (*edu do*) qui s'interprète par le fait que la personne est en train de rentrer dans la terre et le jour ou le gonflement vient à la poitrine, la personne décède. La maladie se retrouve chez toutes les catégories sociales, c'est-à-dire les riches, les pauvres, les religieux, *bokonons*... bien que certains soient détenteurs des valeurs de guérison.

Selon les propos d'un homme de Dieu, l'apparition de l'œdème de ses pieds est interprétée comme un envoutement intervenu suite aux rapports sexuels tenu avec la femme des fidèles. Sa perte de poids de 15kg comme une personne vivant avec le VIH. Pour cacher un peu ces marques d'œdème au début il mettait des chaussettes "bar" mais finalement c'est la dialyse qui l'a sauvé.

Elle est aussi appelée par la marque définitive qu'elle laisse après des années de dialyse qui est l'absence d'urine. C'est une maladie qui rompt votre équilibre dans tous les sens du mot quoiqu'en soit votre statut. Parfois entre amis et collègues, le malade est traité d'homme qui n'urine pas. Dans le cas où c'est la femme, ce sont les divinités de la famille de son mari qui seraient en train de la punir. En plus, elle est abandonnée par son mari dans la majorité des cas. Cet état de fait s'explique par le discours portés par ses parents sur l'état de santé de sa femme qui ne lui permettent pas d'assumer ses responsabilités.

Le jeune garçon insuffisant rénal chronique perd progressivement sa libido jusqu'à l'impuissance. Cet état de chose a un impact sur la descendance et par conséquent sur la démographie si on n'y prend garde. En plus de tout ceci le risque d'une complication sévère ou de la mort est en permanence présent en cas d'anémie ou d'infection mal ou non contrôlée. Pour la jeune fille, c'est son incapacité de pouvoir assumer son rôle de mère et d'épouse qui lui sera affichée. Dans les deux cas, ils seront célibataires pour le reste de leur vie ou n'auront plus de relations durables aussi bien communes que conjugales. En plus de toujours être en manche longue ou de porter un cache col pour couvrir sa fistule ou son cathéter un jeune affirme :

« Démarrer par du sang dans les selles suivi d'œdème et incapacité de respirer quand je suis couché, j'avais perdu excessivement de poids. Je suis démotivé à continuer d'aller au travail. Les parents de ma petite amie lui soulignait sans cesse de se retirer car elle risque d'être veuve jeune et la descendance risque de développer la maladie. L'explication clinique trouvée dans mon cas est qu'il pourrait avoir l'utilisation forte du produit "gentalline" lors de mon enfance parce que j'ai souffert de la fièvre typhoïde pendant l'enfance »
[K.A., 28ans, IRC depuis 08 ans avec 08 ans de dialyse, CUNH/Cotonou].

Les différents traitements subis par les insuffisants rénaux chroniques entraînent un phénomène humiliant et traumatisant. Ces stigmates viennent aussi bien du système sanitaire que de la communauté. Ces marques se parcourent à travers les représentations négatives des autres membres de la communauté à leur endroit : la perte de responsabilité ou d'emploi en raison de la maladie. Aussi, il y a parfois l'humiliation et la moquerie car le malade peut avoir un port prolongé de cathéter. Après

plusieurs années de sollicitation du bras de la fistule, elle est déformée obligeant le patient d'avoir un mode vestimentaire particulier.

Les complications de la maladie de départ amènent parfois le malade à garder des marques comme l'amputation d'un de ses membres. Autres difficultés des patients c'est la baisse de la libido jusqu'à l'impuissance sexuelle de l'homme. Cet élément vient troubler la vie de couple et se trouve grandissant si la femme est plus jeune ou qu'elle n'a pas encore d'enfant. Le malade est désormais soumis à un régime alimentaire particulier qui lui impose la réduction du sel, de l'huile, d'eau de boisson, d'interdiction de consommation d'alcool...A tout ceci s'ajoute la perte progressive de vue et parfois le malade est dépendant. Son état physique, parfois faible, lui impose l'assistance de quelqu'un.

L'assimilation de l'insuffisance rénale chronique au VIH est très présente en raison de la perte excessive de poids provoquée par la maladie lors de la période de crise. En plus, pour tenir à la dialyse, le personnel est obligé de "diminuer le poids de base".

Venant du système sanitaire, très peu de centres de prise en charge des dialysés sont disponibles sur toute l'étendue du territoire nationale. En 2015, seulement deux (02) centres publics suivis de deux (02) privés sont restés en partenariat avec l'état Béninois. Actuellement, (04) néphrologues existent pour la prise en charge. De ces quatre, trois sont au CUNH donc au CUNH/Cotonou, le plus grand centre de référence et un à Parakou. Les autres hôpitaux de zones n'en disposent pas. L'un des coups de cœur des malades est la non-permanence après les heures régulières de service d'un spécialiste en cas d'urgence. Bien que l'état ait rassuré les patients pour la prise en charge, les médicaments ne sont pas toujours tous disponibles.

L'existence de place en dialyse est aussi une bataille en raison du nombre limité des appareils. Ajouter à tout ceci, il faut compter avec les pannes des appareils qui ne vous garantit pas en venant de votre maison d'être branché pour être dialysé ou de

pouvoir être épuré pendant les 04 ou 05 heures prévues. Des gymnastiques comme la réduction du temps de dialyse ou le déplacement de la programmation sont opérées en cas de pannes d'appareils ou en cas d'OAP.

L'admission ou la déclaration du statut de dialysé à un patient est considérée comme l'annonce de sa mort prochaine. La dialyse est la fin de tout espoir de guérison de cette pathologie. Au-delà de la peur de dialyse, il faut pouvoir se battre pour la vie jusqu'à avoir une place ou carrément souhaiter qu'une place soit libre pour y accéder. Le partenariat public privé entre les cliniques Fandinan et Unidial aide l'Etat à régler un peu le manque de place. Au-delà de ces situations, il faut souligner que la pratique de la dialyse sur une longue durée à des conséquences somatiques sur les dialysés. C'est ce que tentent de relever les images ci-dessus :

- La photo 1 montre un bras portant la fistule. Lorsque la veine du bras est piquée pendant plusieurs mois, elle connaît une déformation qui constitue une marque apparente. Cette situation conduit la plupart des malades à se mettre dans des tenues manche longue car cela suscite assez d'interrogations. Il est à souligner qu'avec ce bras, le malade ne peut plus faire beaucoup d'effort conséquence, les femmes dans cette situation ne font pas de lessive, ni n'arrivent plus à écraser de condiments, rôle essentiel pour une femme africaine au ménage.

- La photo 2 montre l'œdème des membres inférieurs d'un malade en crise. Ce patient n'arrive plus à marcher normalement à cause des douleurs que lui engendre son nouvel état.

Photo 1 : Bras transformé à cause d'une fistule



Photo 2 : Membres inférieurs en état d'œdème.



Source : Cliché Babadjidé Charles, 2015-2016

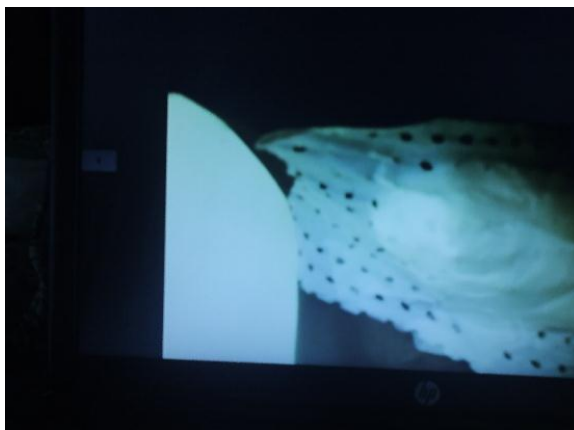
- La photo 3 affiche un pied amputé des suites d'une complication. En effet, la maladie, facteur de risque de la patiente est le diabète et une plaie mal suivie a été gangrénée et pour la récupérer, elle s'est retrouvée dans une situation de handicap compliquant davantage sa mobilité.

- La photo 4 est un cathéter porté au coup par un malade qui n'a pas encore de fistule. Il a en plus une bande qui selon la médecine chinoise enlève la douleur. Cet état de fait l'oblige à porter un cache col pour éviter les questions. Selon ces dires, les jeunes de son quartier le montrent en disant, le papa qui a un abcès incurable au coup.

Photo 3: Pied amputé



Photo 4 : Cathéter au cou



Source : Cliché Babadjidé Charles, 2015-2016

Au-delà de toutes les marques visibles de la maladie, il y a une marque psychologique. La plupart des enquêtés, notamment les femmes, se fondent en larme pendant l'entretien. Les

Annales de l'Université de Ouagadougou, Série A, Vol. 22, Juillet 2017

hommes, quant à eux, s'en sortent avec des yeux rouges surtout pour ceux dont les femmes les ont abandonnés ou qui ont perdu leur emploi. Cet abandon intervient selon leur dire quand l'homme ne répond plus financièrement et sexuellement.

4-Discussion

Les travaux de terrain ont révélé que les patients adoptent de multiples démarches pour le traitement de la maladie, sa guérison et le traitement des autres affections associées. Ainsi, les trajectoires biomédicale, traditionnelle et spirituelle se retrouvent dans le champ de prise en charge de cette affection. Tous ces éléments contribuent à la mobilité thérapeutique. Ces résultats sont corroborés avec ceux de B. M. Sénou (2002) sur les déterminants de l'itinéraire thérapeutiques au sud-Bénin. Le choix thérapeutique dépend de variables relatives à l'individu, à sa culture, à sa maladie et à l'environnement économique. Selon S. C. Moutouka (2000) l'histoire des soins du patient se caractérise par un parcours thérapeutique en quête d'un thérapeute idéal. L'insuffisance rénale chronique est un mal dont le traitement et non la guérison exige une démarche particulière. La phase de dialyse est un rite pour le patient béninois qui va de la purification de sa personne à son lit d'hôpital. La présence dans un lieu de culte, l'usage d'huile sainte, d'eau bénite avant la séance montrent le soin accordé à cette pathologie. Les résultats obtenus confirment ceux de A. Desseix et *al.* (2010) qui estiment au terme de leur recherche que les malades se représentaient les séances d'hémodialyse comme un rite de passage. Le patient hémodialysé passerait par les trois phases du rite. Phase de séparation ou il entrerait par le rituel dans un univers différent de la vie quotidienne quittant ainsi le temps profane pour le temps sacré. La phase de marge représentée par la séance de dialyse elle-même ou les règles de la vie quotidienne n'étaient plus les mêmes et enfin la phase de réintégration qui n'est rien d'autre que le débranchement.

Conclusion

Les reins dans leur activité de purification du sang subissent des dommages qui généralement résultent de nos habitudes alimentaires mais aussi de certaines pathologies organiques. L'excès constant de produits toxiques dans l'organisme provoque une suractivité des reins. Cette suractivité produit une nécrose des néphrons avec une diminution de leur nombre. Au fil du temps, s'installe une défaillance du fonctionnement des cellules rénales. Ainsi s'installe l'insuffisance rénale qui se chronicise lorsque le diagnostic n'est pas fait à temps ou que le patient ne respecte pas le traitement institué. Dans la majorité des cas, les patients s'adonnent à une mobilité thérapeutique qui en général aggrave leur situation. La multi thérapie est très présente chez les insuffisants rénaux chroniques de Cotonou. Cette multi thérapie se traduit par l'association concomitante de chimiothérapie, de tradithérapie et de religiothérapie avec une grande religiosité. Il convient de dire que cet itinéraire thérapeutique n'est pas l'apanage de l'insuffisance rénale chronique. En Afrique et particulièrement au Bénin c'est le cas de la plupart des maladies. Mais, la particularité dans ce cas se traduit par le fait que les patients sont conscients de l'état dysfonctionnel de leurs reins et du risque que cette pratique représente pour eux. Cependant, ils s'y adonnent. Nous concluons là, à une manifestation du désespoir dans lequel plongent les malades. Une éducation thérapeutique sera utile pour accompagner le patient. Une collaboration entre néphrologues, tradipraticiens, religieux et environnement social est nécessaire pour l'équilibre du patient. Cette entente est fondamentale pour la mise à l'abri de toutes les complications, voire les morts prématurées.

Références Bibliographiques

- Bloch (J.), 2010. « Importance du problème (maladie chronique) : fréquence, contribution des différentes pathologies », in *Actualité et dossier en santé publique (adsp)*, n° 72, pp. 14-18.
- Desseix (A.), Merville (P.) et Couzi (L.), 2010. « Analyse des représentations de l'hémodialyse et de la transplantation chez les patients insuffisants rénaux chroniques : une approche anthropologique » in *Néphrologie & Thérapeutique*, Vol. 6 - n° 2, pp. 111-120.
- Dumas-Champion (F.), 1987. « Pouvoir et amertume du fétiche », in *Systèmes de pensée en Afrique noire*, Vol. 8, pp. 141-176.
- El Nahas (A. M.) et Bello (A.K.), 2005. « Chronic kidney disease : the global challenge », in *Lancet*, n° 365, pp. 331-340.
- Essane (S.), 1998. « La médecine au pluriel en Afrique », in *Pharm. Méd. Trad. Afr*, Vol. 10, pp. 80-86.
- M'boukou (S.), 2007. « Trajectoires de soins en Afrique », in *le Portique*, 4-2007/ Soins et éducation (11), mis en ligne le 14 Juin 2007, consulté le 26 Octobre 2014, URL : [http : // leportique.revues.org/944](http://leportique.revues.org/944)
- Moutouka (S.C.), 2000. *Représentation de la maladie mentale et thérapies traditionnelles au Congo, réflexion à partir de l'étude d'itinéraires thérapeutiques*, Université de Picardie Jules Verne : psychologie.
- Reist (C.), 2010. *Pratique soignante et pratiques religieuses, Aumôneries des Hôpitaux Universitaires de Genève*, 9^{ième} édition revue et corrigée, pp. 1-22.
- Sènou (B. M.), 2002. *Les déterminants de l'itinéraire thérapeutiques au sud-Bénin*, Université de Cocody, Abidjan.