

"Promotion de la santé et approche communautaire de l'ulcère de Buruli: résultats d'une enquête psychosociocomportementale dans deux villages du Bénin"

Ndongo, Paule Yolande ; Fond-Harmant, Laurence ; Makoutodé, Michel ; Deccache, Alain

Abstract

L'ulcère de Buruli (UB), infection bactérienne cutanée, est provoqué par *Mycobacterium ulcerans*. En l'absence de traitement précoce, il entraîne des déformations et amputations. La plupart des cas surviennent dans des régions tropicales ou subtropicales. Le Bénin, pays parmi les plus touchés, a recensé 365 cas en 2012. Cet article présente les résultats d'une enquête psycho socio comportementale menée dans le cadre d'un projet de promotion de la santé (PS) par participation communautaire. Son objectif est de décrire les facteurs cognitifs, comportementaux préventifs, curatifs ainsi que les perceptions et vécus des populations concernant l'UB. Une étude transversale a été réalisée dans 2 villages (Azonmè, Houédota) situés dans les arrondissements de Kpomè et Hécanmè, du département de l'Atlantique au Bénin. Du 15 mai au 19 juin 2011, une enquête par entretiens, s'est déroulée auprès d'un échantillon de 15 malades, 15 anciens malad...

Document type : *Article de périodique (Journal article)*

Référence bibliographique

Ndongo, Paule Yolande ; Fond-Harmant, Laurence ; Makoutodé, Michel ; Deccache, Alain. *Promotion de la santé et approche communautaire de l'ulcère de Buruli: résultats d'une enquête psychosociocomportementale dans deux villages du Bénin*. In: *Santé Publique*, Vol. 26, no. 5, p. 695-703 (2014)

Available at:

<http://hdl.handle.net/2078.1/160407>

[Downloaded 2019/04/19 at 05:08:23]

PROMOTION DE LA SANTÉ ET APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE L'ULCÈRE DE BURULI : RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE PSYCHOSOCIOCOMPORTEMENTALE DANS DEUX VILLAGES DU BÉNIN

Paule Yolande Ndongo, Laurence Fond-Harmant, Michel Makoutodé, Alain Deccache

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2014/5 Vol. 26 | pages 695 à 703

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-695.htm>

!Pour citer cet article :

Paule Yolande Ndongo *et al.*, « Promotion de la santé et approche communautaire de l'ulcère de Buruli : résultats d'une enquête psychosociocomportementale dans deux villages du Bénin », *Santé Publique* 2014/5 (Vol. 26), p. 695-703.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Promotion de la santé et approche communautaire de l'ulcère de Buruli : résultats d'une enquête psychosociocomportementale dans deux villages du Bénin

Health promotion and community-based approach to Buruli ulcer: results of a psychosocial- and behavioural survey in two villages in Benin

Paule Yolande Ndongo^{1,2}, Laurence Fond-Harmant³, Michel Makoutodé⁴, Alain Deccache¹

➔ Résumé

Introduction : L'ulcère de Buruli (UB), infection bactérienne cutanée, est provoqué par *Mycobacterium ulcerans*. Le Bénin, pays parmi les plus touchés, a recensé 365 cas en 2012. Cet article présente les résultats d'une enquête psychosociocomportementale menée dans le cadre d'un projet de promotion de la santé (PS) par participation communautaire. Son objectif est de décrire les facteurs cognitifs, comportementaux préventifs, curatifs ainsi que les perceptions et vécus des populations concernant l'UB.

Méthodes : Une étude transversale a été réalisée dans deux villages (Azonmè, Houédota) situés dans les arrondissements de Kpomè et Hécanmè, du département de l'Atlantique au Bénin. Du 15 mai au 19 juin 2011, une enquête par entretien, s'est déroulée auprès d'un échantillon de 15 malades, 15 anciens malades sélectionnés par choix raisonné et 30 personnes saines choisies aléatoirement. L'encodage et l'analyse des données ont été faits dans SPSS et Excel.

Résultats : Les enquêtés sont âgés de 11 à 100 ans, avec une moyenne d'âge de 36,63 ans, 55 % sont des hommes. Plus de 96 % des interviewés ont au moins une connaissance correcte sur l'UB (prévention, transmission, symptômes, traitement). De tous les enquêtés, 20 % connaissent les modes de transmission et un seul, tous les moyens préventifs. Sur 30 malades ou anciens malades, 29 ont été soignés à l'hôpital. Une majeure partie des répondants (92 %) est satisfaite des prestations des professionnels mais proposent des changements (76 %) concernant l'accessibilité à l'hôpital et le coût des soins.

Discussion : Ces résultats montrent des similitudes et des différences comparés à ceux retrouvés dans la littérature sur le sujet. Ces enquêtes ont amorcé l'intervention en PS car elles ont entraîné l'adhésion des deux communautés.

Mots-clés : Connaissances, attitudes et pratiques en santé ; Comportement en matière de santé ; Participation des consommateurs ; Promotion de la santé ; Ulcère de Buruli ; Bénin.

➔ Summary

Introduction : Buruli ulcer (BU) is an infectious disease caused by *Mycobacterium ulcerans*. Benin, one of the most severely affected countries, notified 365 cases in 2012. This article presents the results of a psychosocial and behavioural survey conducted in the context of a health promotion (HP) project with community participation. This paper describes the diagnosis, prevention, behaviours, as well as perceptions and experiences related to BU.

Methods : A cross-sectional study was conducted in two villages (Azonme, Houedota) of Benin Atlantic department. From 15 May to 19 June 2011, a volunteer survey was conducted with 15 former patients and 15 new patients, selected by purposive sampling and 30 randomly selected healthy individuals. Encoding and data analysis were performed with SPSS and Excel.

Results : Respondents were aged 11 to 100 years with a mean age of 36.63 years and 55 % were men. More than 96 % of respondents were aware of BU (symptoms, mode of transmission, prevention and treatment). 20 % were familiar with the mode of transmission, but were not aware of preventive measures. Twenty-nine of the 30 patients or former patients were treated in hospital. The attributed and perceived (including non-medical) causes of the disease were water (52), bacteria (17), bad luck (5). 92 % of respondents were satisfied with the services of health professionals but proposed changes (46) concerning hospital accessibility and cost of care.

Discussion : These results show similarities and differences compared to those reported in the literature on the subject. These surveys were the basis for health promotion interventions with the participation of two communities.

Keywords : Buruli ulcer ; Health promotion ; Community participation ; Knowledge ; Behaviour ; Psychosocial factor.

¹ Université Catholique de Louvain /Institut de Recherche Santé et Société/RESO Éducation santé et patient. Sciences de la santé – Médecine – Santé publique. Université catholique de Louvain Clos Chapelle-aux-champs 30, bte B1.30.14 1200 Bruxelles – Belgique.

² Fondation Raoul Follereau – Luxembourg.

³ Centre d'études en santé – Centre de Recherche Public de la Santé – Luxembourg.

⁴ Institut Régional de Santé Publique de Ouidah – Bénin.

Introduction

L'ulcère de Buruli (UB) est provoqué par une bactérie [1] qui s'attaque principalement à la peau et aux os. En l'absence de traitement précoce, l'affection entraîne des mutilations, des déformations, des amputations de membres et quelquefois, la mort [1]. L'UB a été signalé dans 33 pays en Afrique, dans les Amériques, en Asie et dans le Pacifique occidental [2]. La plupart des cas surviennent dans des régions tropicales ou subtropicales. L'on notifie le plus de cas en Afrique de l'Ouest, et notamment au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Ghana. En 2012, 365 cas ont été recensés au Bénin [2].

La prévention est assurée par la vaccination par le BCG (bacille Calmette Guérin) [3] et les comportements individuels tels que : l'usage quotidien du savon pour la toilette, le port de vêtements de protection lors des travaux champêtres, le nettoyage immédiat et adéquat des plaies cutanées, ainsi que l'utilisation de moustiquaires [3]. Elle dépend donc principalement des comportements individuels [3], mais dont la faisabilité peut dépendre du soutien collectif social, économique et environnemental par la mise en œuvre de l'éducation sanitaire sur l'UB [3, 4, 5], de la surveillance communautaire des cas [6, 7], du dépistage précoce [4], de l'accessibilité au traitement [3, 4, 6, 8, 9] et d'une action sur l'environnement [10]. Le traitement est médical et chirurgical [1, 3]. L'affection peut se traiter de manière traditionnelle, mais la guérison est longue et comporte des séquelles. Le recours aux guérisseurs est très fréquent et dépend des comportements et perceptions individuels et collectifs : isolement social, conséquence des coûts liés aux longs délais d'hospitalisation [11].

L'enquête psychosociocomportementale (EPSC) dont les résultats sont présentés dans cet article, fait partie d'une série d'études réalisées dans le cadre de la mise en œuvre d'un processus de promotion de la santé (PS) au sein de deux communautés. C'est une recherche-action participative qui utilise une méthode d'enquête à visée explicative (analytique ou étiologique) : l'étude cas-témoin. Nous procédons en comparant des groupes de personnes diversement exposées au *facteur d'influence* dont nous cherchons à analyser le rôle dans le mécanisme de survenue et la prise en charge de l'ulcère de Buruli. En somme, dans le cadre de notre étude, les *villages-pilotes ou cas* sont ceux dans lesquels sera mise en œuvre l'intervention en promotion de la santé, laquelle doit aboutir à la planification et la mise en œuvre d'actions de lutte contre l'ulcère de Buruli par ces *communautés-pilotes*, selon les principes de l'empowerment et de la participation communautaire.

Les villages-témoins au nombre de deux, ne feront pas l'objet d'une intervention en promotion de la santé et servent uniquement à mesurer et à comparer les résultats (effets cliniques épidémiologiques, individuels et communautaires) de l'intervention en promotion de la santé. Partant de l'hypothèse qu'une intervention en promotion de la santé est salutaire pour les populations bénéficiaires, la recherche répond ainsi aux questions suivantes :

Qu'est-ce qu'une action en PS change : quels sont les résultats escomptés d'une action de PS à base communautaire, sur les plans préventif, curatif, cognitif et comportemental des populations victimes de l'UB ? Comment s'opèrent ces changements ? Comment une action de promotion de la santé à base communautaire produit-elle ses effets ?

Cet article décrit les facteurs cognitifs, les facteurs comportementaux préventifs (fréquentation des cours d'eau, usage des différentes sources d'approvisionnement en eau, utilisation du savon pour le bain) et curatifs (choix du traitement de la plaie à domicile, chez le guérisseur et/ou au centre de santé) et certains facteurs psychosociaux (perceptions, représentations, attitudes, vécus), qui caractérisent les populations enquêtées.

Méthodologie

Les villages Houédota (3 424 habitants en 2011, 3 654 en 2013) et Azonmé (3 606 habitants en 2011, 3 796 en 2013) [12], dans le département de l'Atlantique, sont les lieux de l'étude. Ce département figure parmi les huit départements endémiques du pays et on y retrouve les taux de prévalence les plus élevés de l'UB au Bénin. En outre, le plus grand Centre de Dépistage et de Traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB) du Bénin y a été construit, à Allada. Il est situé à une cinquantaine de kilomètres des villages de l'étude.

C'est une étude transversale réalisée avant l'intervention en promotion de la santé dans les deux villages. Elle s'est déroulée du 15 mai au 19 juin 2011. Des entretiens individuels et familiaux, des discussions informelles et une observation directe participante ont été menés (tableau I). Les guides d'entretien individuel structuré pour les habitants étaient conçus sur base d'un modèle explicatif théorique [13]. Pour les entretiens, l'échantillon d'interviewés comprend 15 malades, 15 anciens malades et 30 personnes saines. L'observation directe participante a concerné tous les habitants des villages pilotes. L'UB est une maladie à la prévalence faible et « concentrée » dans la population. Les malades et anciens malades sont donc peu nombreux,

Tableau I : Techniques d'enquête, échantillon et outils de collecte (ensembles des deux villages-pilotes)

Techniques d'enquête	Échantillon	Taille de l'échantillon	Outils de collecte	Recueil de données
Entretiens individuels	Malades	15	Guide d'entretien pour les malades et les anciens malades de l'UB	Chercheur principal Sociologues enquêteurs Aide : RC, GC
	Anciens malades	15		
	Personnes saines	30	Guide d'entretien pour les personnes non atteintes par l'UB	
Observation directe participante	Tous les habitants des villages-pilotes	Tous les habitants	Grille d'observation	Chercheur principal Sociologues enquêteurs Aide : RC, GC
Discussions informelles	Tous les habitants des villages-pilotes	Tous		Chercheur principal Sociologues enquêteurs RC, GC

RC : relais communautaires.
GC : guides communautaires.

voire rares, par rapport à la population totale des villages. Aussi, nous avons laissé le soin aux communautés de désigner ces personnes dont le statut était par ailleurs confirmé dans les registres de santé et un même questionnaire leur a été soumis. Concernant les personnes saines, leur choix a été fait de manière aléatoire pour que l'échantillon soit considéré comme représentatif de la population.

Une enquête transversale de prévalence avait permis d'analyser la situation épidémiologique de l'ulcère de Buruli dans les villages-pilotes et témoins. L'EPSC dont il est question dans l'article fait également partie du 1^{er} volet de la recherche et analyse les situations psychosociale, comportementale et environnementale des populations-pilotes face à l'UB. En outre, elle identifie les autres facteurs d'influence de l'UB dans les villages-pilotes et témoins.

Afin de pouvoir procéder à la comparaison après l'intervention, à l'instar de l'enquête de prévalence, l'intérêt de l'EPSC est de donner une image instantanée, à un moment donné de la situation psychosociale, comportementale et environnementale des habitants victimes de l'UB avant l'intervention en PS. Cette observation instantanée sera renouvelée après l'intervention (post ou 3^e volet) et la comparaison des résultats permettra de répondre à cette question : *Qu'est-ce qu'une action en PS à base communautaire a changé, au regard des résultats obtenus sur les plans préventif, curatif, cognitif et comportemental des populations victimes de l'UB ?*

Les relais communautaires (RC) sont des habitants de l'arrondissement dont ils ont la charge, désignés par Le Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulçère de Buruli (CDTUB) référent de la zone sanitaire. **Les guides communautaires (GC)** sont des personnes bénévoles ressortissantes de la communauté et désignées par celle-ci pour participer à l'étude.

Le recueil des données s'est fait en langue locale fon par le chercheur principal et les deux sociologues enquêteurs, avec l'aide de quatre relais et de huit guides communautaires.

Le matériau recueilli a été encodé et analysé dans le logiciel SPSS.

S'agissant des aspects éthiques, une notice d'information sur l'ulcère de Buruli et l'étude « Blue Hope » a été transmise oralement aux chefs des villages, notables, leaders d'opinion, relais communautaires, habitants des villages-pilotes, agents de santé des arrondissements de Hécanmé (dont dépend Houédota) et Kpomè (dont dépend Azonmé) et aux élus. Leur approbation et collaboration ont ainsi été obtenues.

Résultats

Les entretiens individuels et familiaux

Caractéristiques socio-démographiques

Le plus âgé des enquêtés a 100 ans et le plus jeune, 11 ans. La moyenne d'âge est de 36,63 ans, la majorité (65 %) ayant entre 18 et 45 ans. Parmi les enquêtés, 55 % (33) sont des hommes et 73 % sont non scolarisés (44). Un répondant est en classe de 6^e. Les interviewés exercent les professions suivantes : agriculteurs (36), élèves (5), commerçants (4), couturières (4), guérisseurs (2), chauffeur (1), menuisier (1), garde-forestier (1). Sur 55 professionnels, 27 ne sont pas satisfaits de leurs salaires, et 32 exercent une activité rémunératrice secondaire. Parmi les répondants, il y a 47 % (28) de chefs de ménages, 36 %

de femmes mariées (épouses) et une veuve. Le reste est constitué d'adolescents et de jeunes.

La majeure partie des enquêtés est mariée (59), un seul est célibataire. Le principal régime matrimonial est la polygamie (60 %).

La principale religion est le christianisme (11 catholiques et 19 chrétiens d'autres obédiences), suivie de 22 animistes.

Facteurs cognitifs (tableau II)

Une majeure partie des interviewés (58) ont au moins une connaissance correcte sur les mesures préventives, le mode de transmission, les symptômes, le traitement et l'évolution de la maladie. Très peu ont une connaissance globale de toutes les caractéristiques de l'UB. Seulement 12 connaissent les différents modes de transmission : huit malades et quatre personnes saines. Par rapport aux moyens de prévention, 17 non malades et 11 malades en maîtrisent. Un seul malade connaît tous les moyens de prévention et 16 reconnaissent trois signes de la maladie

sur quatre identifiés. Les malades connaissent mieux les signes de l'UB (17) par rapport aux personnes saines qui sont 15 à identifier deux symptômes de la maladie.

- **Connaissances des causes de l'UB** : Sur 60 interviewés, 17 personnes savent que l'agent causal de l'ulcère de Buruli est une bactérie, parmi lesquelles six malades et 11 personnes saines. Les autres causes citées de la maladie sont l'eau (52), le comportement personnel (16), le mauvais sort (5) et Dieu (3).

- **Connaissances des comportements préventifs (tableau III)** : Presque tous les répondants (58), soutiennent que l'UB peut être prévenu en : évitant de se baigner dans les eaux contaminées (56), consommant de l'eau du puits, forages, pompes (40), portant des vêtements pour se protéger des piqûres d'insectes vecteurs (25), changeant ou améliorant son habitat et les alentours (19). Peu nombreux sont donc ceux qui pensent que l'utilisation quotidienne du savon pour la toilette (8), ainsi qu'un environnement salubre (19), sont des moyens de prévention. Quelques habitations enquêtées (17), sont

Tableau II : Connaissances correctes sur l'UB et état de santé

Connaissances sur l'UB		État de santé		Total sur 60
		Non malade UB	Malade ou Ancien malade UB	
ORIGINE	Origine non connue	19	24	43
	La bactérie	11	6	17
Total		30	30	60
TRANSMISSION (piqûres d'insectes, eaux souillées, marécages)	Ne connaît aucun mode de transmission	1	1	2
	Connaît 1 – mode de transmission	3	4	7
	Connaît 2 – modes de transmission	22	17	39
	Connaît 3 – modes de transmission	4	8	12
Total		30	30	60
PRÉVENTION	Ne connaît aucun moyen de prévention	1	2	3
	Connaît 1 – moyen de prévention	1	3	4
	Connaît 2 – moyens de prévention	17	11	28
	Connaît 3 – moyens de prévention	7	6	13
	Connaît 4 – moyens de prévention	3	8	11
	Connaît tous les moyens de prévention	1	0	1
Total		30	30	60
SIGNES (nodule, œdème, plaie)	Ne connaît aucun signe de la maladie	1	0	1
	Connaît 1 – signe de la maladie	4	7	11
	Connaît 2 – signes de la maladie	15	17	32
	Connaît 3 – signes de la maladie	10	6	16
Total		30	30	60

Tableau III : Connaissances des comportements préventifs et état de santé

Comportements préventifs		État de santé		Total
		Non malade UB	Malade ou Ancien malade UB	
Éviter de se baigner dans les eaux contaminées	Non	1	3	4
	Oui	29	27	56
Total		30	30	60
Consommation d'eau de puits, forages, pompes	Non	11	9	20
	Oui	19	21	40
Total		30	30	60
Port de vêtements pour se protéger contre les piqûres d'insectes	Non	18	17	35
	Oui	12	13	25
Total		60	60	60
Changer ou améliorer son habitat	Non	27	30	57
	Oui	3	0	3
Total		30	30	60
Utilisation quotidienne du savon pour le bain	Non	27	25	52
	Oui	3	5	8
Total		30	30	60

Non : ne connaissent pas cette mesure préventive.

Oui : connaissent cette mesure préventive.

situées près des marécages. Il y a des dépôts d'ordures autour de 48 habitations (80 % de l'échantillon). Seuls quatre ménages entretiennent leurs alentours immédiats. Nous n'avons pas trouvé de différence entre les malades et les non malades quant à la connaissance ou non des comportements préventifs. La vaccination est méconnue de tous.

- **Les modes de transmission** connus sont l'eau des rivières (50) ; les marécages (46) ; les piqûres d'insectes (24) ; l'insalubrité du cadre de vie (9) et l'envoûtement (3). Pour un répondant, les personnes infectées transmettent la maladie. Un interviewé ne connaît pas le mode de transmission de l'UB. Sept personnes pensent qu'un malade est contagieux pour son entourage et quatre n'accepteraient pas de partager un repas avec ce

dernier. Mais la plupart des interviewés accepteraient volontiers de saluer un malade (59) ou de partager un repas avec lui (56).

- **Les signes de la maladie** les plus cités sont l'œdème (45), suivi de la plaie chronique (41) et du bouton (37). La plaque a été évoquée par un répondant et les céphalées par deux autres.
- **Le traitement**, selon les malades (30) et les non malades (29), se fait essentiellement au centre de santé (59) (tableau IV).
- Les raisons avancées sont les suivantes : leur accès facile pour 29 et la disponibilité des médicaments (38).
« *Les agents de santé sont compétents et habitués à traiter l'akpadaho (UB en langue locale) pour une guérison totale de la maladie* ».

Tableau IV : Connaissance des différents traitements, pratiques thérapeutiques et état de santé

Modes thérapeutiques	Connaissent ce traitement		Pratiquent ce traitement
	Non malade UB (sur 30)	Malade ou Ancien malade UB (sur 30)	Malade ou Ancien malade UB (sur 30)
Traitement de la plaie à domicile	1	1	1
Traitement de la plaie chez le guérisseur	30	30	10
Traitement de la plaie au centre de santé	29	30	29

Il existe toujours des recours aux guérisseurs (12) à cause des avantages financiers (coût bas des soins), et de l'accessibilité géographique. Par ailleurs, les guérisseurs sont perçus comme experts dans le traitement des maladies mystiques (4) et inspirent confiance en tant que membres influents de la communauté (1) ; « *le guérisseur est un membre de la communauté comme nous ; nous pouvons donc lui faire confiance* » affirme un enquêté. Un autre soutient : « *Le guérisseur traite l'envoûtement. Le traitement se fait à proximité ; ce qui est moins tracassant* ».

Enfin, le traitement de la plaie peut se faire à domicile (5) par les méthodes traditionnelles et les avantages évoqués sont la gratuité et l'absence de déplacement. Cependant, les interviewés constatent que ce traitement s'avère très souvent inefficace : « *Il existe des feuilles de plantes pour traiter la plaie* », « *Les produits traditionnels sont gratuits ; on va chercher les feuilles dans la brousse* », « *Ça ne marche pas toujours et le cas peut s'aggraver* ».

Comportements

• Pratiques préventives

› Approvisionnement en eau de consommation

Les sources d'approvisionnement utilisées simultanément par les interviewés sont : les rivières, les puits, les forages (pompes), les fleuves, les lacs et les citernes (uniquement dans un seul village témoin, Azonmé où la nappe d'eau superficielle est salée et impropre à la consommation). Les citernes sont des aménagements, généralement souterrains, destinés à la collecte des eaux de pluies et à leur rétention afin d'en permettre une utilisation régulière, quotidienne (bien souvent domestique), ou une exploitation plus exceptionnelle en cas de sécheresse ou d'incendie. Les enquêtés s'approvisionnent majoritairement dans les citernes (33), ensuite dans les forages (26), les rivières (25), les puits (17), les lacs (12) et les fleuves (5). Dans le village Azonmé dépourvu de puits et de forages, les citernes sont l'unique source d'approvisionnement en eau (30).

› Fréquentation des cours d'eau contaminés

Bien que 56 interviewés sachent que l'une des mesures préventives de lutte contre l'UB est l'interdiction de se baigner dans les cours d'eau contaminés, 42 répondants fréquentent régulièrement ou occasionnellement les rivières de leur village. Ils évoquent les raisons suivantes : le passage (19) et l'approvisionnement en eau sont les principales raisons (14), suivent les activités champêtres (6) et la pêche (2).

« *C'est un passage pour aller au champ et pour aller faire le commerce* » ; « *Nous n'avons pas d'autre source d'eau* » ; « *En période de sécheresse, ce sont les seuls points d'eau que nous avons* ».

Parfois, les habitants sont contraints de fréquenter les cours d'eau lorsque les pompes sont défectueuses : « *Lorsque les châteaux d'eau tombent en panne, nous allons chercher notre eau de consommation dans les cours d'eau* ».

Cependant, 19 répondants ne fréquentent plus les cours d'eau : « *Depuis qu'on m'a informé que l'eau contient des microbes, j'évite d'y aller pour ne pas retomber malade* » affirme un ancien malade.

› Pratiques d'hygiène

Seuls quatre ménages sur 60 entretiennent leurs alentours immédiats. Tous les enquêtés utilisent du savon pour la toilette, 52 le font de manière régulière et 8 en font un usage occasionnel.

• Recours thérapeutiques

Sur les 30 malades ou anciens malades, 29 ont été soignés au centre de santé. Certains patients (15) ont suivi le traitement médical en première intention, dix se sont rendus en premier lieu chez le guérisseur et quatre ont d'abord suivi un traitement à domicile. Un seul malade a suivi tout son traitement chez un guérisseur.

Facteurs psychosociaux

› Perceptions liées au système de santé et influençant la prise en charge de l'UB

Cinquante-cinq répondants sont satisfaits des prestations des professionnels mais préconisent néanmoins des changements (46) car ils rencontrent certaines difficultés liées à l'accessibilité des centres de santé, au coût des soins et à l'incompétence face à l'envoûtement. Ces facteurs influencent le recours au système de soins. Pour 35 enquêtés, il n'est pas facile d'aller au centre de santé pour les raisons suivantes : le trajet qui les sépare de leur village est long (33). Cela concerne le village-pilote Houédota. De plus, l'absence de moyens de transport (13) et l'insuffisance des moyens financiers (13) sont également des obstacles au traitement au CS. Le coût des soins est ainsi évoqué : « *Mes parents n'ayant pas d'argent, je n'ai pas été traitée au CS* ». Treize enquêtés sur 60, connaissent le coût forfaitaire du traitement au CDTUB d'Allada : 20 000 FCFA (30 €). Alors que 32 ne connaissent pas le coût réel du traitement, 26 enquêtés le trouvent cher au CS. Douze répondants sollicitent la gratuité du traitement. Pour les interviewés, les professionnels sont compétents, « *ils sont efficaces et*

les patients bénéficient des soins de qualité ». Cependant, 11 personnes pensent qu'il faut renforcer ces compétences. 23 personnes proposent de renforcer l'accessibilité technique et géographique (achats de nouveaux équipements, construction d'un CDTUB à proximité du village).

Discussion

Les résultats montrent des similitudes et des différences comparés à ceux retrouvés dans la littérature sur le sujet.

Plus de 96 % des interviewés (58) ont au moins une connaissance correcte sur les mesures préventives, le mode de transmission, les symptômes, le traitement et l'évolution de la maladie. Très peu ont une connaissance globale de toutes les caractéristiques de l'UB. Dix-sept personnes (28 %) savent que l'UB est causée par une bactérie se trouvant dans l'eau. Ce résultat n'est pas retrouvé dans des études précédentes [9, 17, 18] où aucun interviewé ne détenait cette information. Les autres étiologies telles que l'eau (86 %), le comportement personnel (26 %), la sorcellerie (8 %) sont également retrouvées dans la littérature. Cependant, les résultats sont différents : dans l'étude de Stienstra [17], l'ulcère de Buruli est causé par les comportements personnels (59 %), la sorcellerie (59 %), l'environnement (48 %) et la malédiction (47 %). Pour Renzaho, 53 % des enquêtés ne connaissent pas les causes de l'UB, 8,1 % l'imputent au comportement personnel, 5,5 % pensent que l'UB est causé par l'eau et 5,2 % l'attribuent à la sorcellerie. 75 % des interviewés de l'étude connaissent au moins un signe de la maladie, notamment l'oedème et la plaie. Cependant, 39 % ne savent pas discerner l'UB au stade précoce de nodule. Quatre-vingt-dix-huit pour cent (98 %) ne reconnaissent pas l'UB au stade intermédiaire de plaque.

Tous les enquêtés utilisent du savon pour la toilette, 52 (87 %) le font de manière régulière. Pourtant, seulement huit d'entre eux savent que c'est une mesure préventive. La fréquentation des cours d'eau contaminés est une pratique courante, dénoncée par tous les répondants, mais qui avouent néanmoins y être contraints faute de pouvoir bénéficier d'adductions d'eau potable. Bien que 96 % des patients interviewés aient été soignés au CS, 51 % ont suivi le traitement médical en première intention et 36 % se sont rendus en premier lieu chez le guérisseur. Dans l'étude de Renzaho [18], 71,8 % se sont d'abord rendus chez le guérisseur et pour la continuité du traitement à l'hôpital, seulement 7,7 % sont concernés. Comparativement à certaines études menées sur les choix thérapeutiques des patients

atteints d'UB [20], le traitement médical demeure la référence, même si le recours au guérisseur reste important, fait mentionné par Aujoulat, Stienstra et Renzaho [9, 17, 18]. Ce fait est justifié par des contraintes financières, la peur des délais longs du traitement médical et de la chirurgie amputatrice.

Ces résultats comparés montrent que parallèlement aux autres études faites sur les connaissances et les pratiques des populations vis-à-vis de l'UB [5, 9, 17, 18], la population d'étude est renseignée sur l'étiologie, la prévention, la transmission et le traitement de l'UB. Cela s'explique par l'éducation sanitaire faite au sein des communautés par les professionnels de santé de la zone sanitaire. Mais ces connaissances restent insuffisantes car partielles pour chaque enquêté. De plus, l'idée que la sorcellerie est une cause de l'UB, a évolué dans les représentations mais reste présente.

Par ailleurs, que cela concerne la maîtrise de leur maladie ou les solutions proposées pour l'organisation des soins, les personnes ne se projettent pas et adoptent majoritairement une attitude résignée. Le *sentiment d'efficacité personnelle* [15, 16] est inexistant. Cet aspect est retrouvé dans d'autres études [9, 11].

Sur le plan de l'empowerment, les enquêtes ont créé une mobilisation communautaire. Une interaction ainsi qu'un dynamisme ont ainsi été observés au sein des communautés. Dans le cadre d'une intervention en promotion de la santé pour la prévention et le traitement du paludisme de l'enfant au Bénin [21], Houéto fait le même constat lors d'une étude pré-test destinée à comprendre les pratiques de prévention et de recours aux soins des parents, en cas de fièvre chez les enfants.

L'une des limites de l'étude est d'avoir seulement abordé certains facteurs psychosociaux. Des recherches sur l'environnement physique ont été faites [3, 20], mais rares [9] sont celles qui ont effectué une étude des facteurs psychosociaux des populations victimes.

Conclusion

La priorité nationale donnée à l'UB avec la mise en œuvre d'une politique de lutte intensive contre cette maladie, a modifié favorablement les connaissances et capacités préventives et thérapeutiques des populations enquêtées face à cette pathologie.

Bien qu'il y ait un dynamisme communautaire, de manière individuelle, les interviewés manquent de confiance en eux-mêmes, d'initiative et de contrôle.

Toutefois, l'étude a identifié des pistes pour des actions communautaires de promotion de la santé, base du projet : la création de milieux favorables, une action sur les déterminants sociaux de la santé, le renforcement de l'action communautaire, la réorientation des services de santé avec des visites à domicile pour les malades et la gratuité des soins et l'acquisition d'aptitudes individuelles et communautaires.

Les premiers signes d'empowerment observés au sein des populations étudiées et la mobilisation communautaire inhérente, sont nouveaux dans la lutte contre l'UB.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- Asiedu K, Scherpbier R, Raviglione M. Buruli ulcer. Mycobacterium ulcerans infection. Genève : World health organization; 2000. 160 p. [Visité le 27/09/2014]. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66164/1/WHO_CDS_CPE_GBUI_2000.1.pdf?ua=1
- Crompton DWT. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Genève: WHO; 2013. 140 p. [Visité le 27/09/2014]. En ligne : http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77950/1/9789241564540_eng.pdf
- Nackers F. Evaluation of possible determinants of Mycobacterium ulcerans disease – BCG vaccination, environmental and health-related behaviours, haemoglobin variants S and C and HIV [Thèse]. Bruxelles : Université catholique de Louvain, secteur des sciences de la santé, Institut de recherche expérimentale et clinique ; 2010. 117 p. [Visité le 27/09/2014]. En ligne : <http://hdl.handle.net/2078.1/132683>
- Evans M, Phillips R, Etuafu S, *et al.* An outreach education and treatment project in Ghana for the early stage of Mycobacterium ulcerans disease. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2003;97(2):159-60.
- Kanga J, Kacou E, Yao J, *et al.* Effet d'un programme de prévention secondaire de l'ulcère de Buruli dans une zone d'endémie d'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot.* 2007;100(4): 277-81.
- Ackumey MM, Kwakye-Maclean C, Ampadu EO, de Savigny D, Weiss M. Health Services for Buruli Ulcer Control: Lessons from a field Study in Ghana. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011;5(6):e1187. doi: 10.1371/journal.pntd.0001187.
- Vouking M, Tamo V, Mbuagbaw L. The impact of community health workers (CHWs) on Buruli ulcer in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Pan Afr Med J.* 2013;15:19. doi: 10.11604/pamj.2013.15.19.1991.
- Conteh L, Engels T, Molyneux D. Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases. *Lancet.* 2010;375:239-47.
- Aujoulat I, Johnson C, Zinsou C, Guédénon A, Portaels F. Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer. *Trop Med Int Health.* 2003;8(8):750-9.
- Wagner T, Benbow M, Brenden TO, Qi J, Johnson RC. Buruli ulcer disease prevalence in Benin, West Africa: associations with land use/cover and the identification of disease clusters. *Int J Health Geogr.* 2008;7:25. doi: 10.1186/1476-072X-7-25.
- Grietens KP, Boock AU, Peeters H, Hausmann-Muela S, Toomer E, Ribera JM. "It is me who endures but my family that suffers": social isolation as a consequence of the Household cost burden of Buruli ulcer free of charge hospital treatment. *PLoS Negl Trop Dis.* 2008; 2(10):e321. doi: 10.1371/journal.pntd.0000321.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Quatrième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH4) : résultats provisoires. Cotonou : INSAE ; 2013. 8 p.
- Deccache A. La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale [Thèse de doctorat]. Louvain : Université Catholique de Louvain, École de Santé Publique ; 1994. 329 + 22 p. [Visité le 27/09/2014]. En ligne : <http://hdl.handle.net/2078.1/21876>
- Deccache A. Précautions et implications des choix d'évaluation en éducation thérapeutique des patients. *ADSP.* 2009;66:26-28.
- Goudet B. Développer des pratiques communautaires en santé et développement local. Lyon (France) : Chronique sociale ; 2009. 352 p. (Comprendre la société).
- Bandura A. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Louvain-la-Neuve (BEL) : De Boeck ; 2003. 859 p. (Ouvertures psy).
- Stienstra Y, Van Der Graaf W, Asamoah K, Van Der Werf TS. Beliefs and attitudes toward Buruli ulcer. *Am J Trop Med Hyg.* 2002;67(2): 207-13.
- Renzaho AM, Woods PV, Ackumey MM, Harvey SK, Kotin J. Community-based study on knowledge, attitude and practice on the mode of transmission, prevention and treatment of the Buruli ulcer in Ga West District, Ghana. *Trop Med Int Health.* 2007;12(3): 445-58.
- Muldera AA, Boerma RP, Barogui Y, *et al.* Healthcare seeking behaviour for Buruli ulcer in Benin: a model to capture therapy choice of patients and healthy community members. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102(9):912-92.
- Sopoh GE, Barogui YT, Johnson RC, *et al.* Family relationship, water contact and occurrence of Buruli ulcer in Benin. *PLoS Negl Trop Dis.* 2010;4(7):e746. doi: 10.1371/journal.pntd.0000746.
- Houéto D. Prévention du paludisme de l'enfant au Bénin : Empowerment communautaire et participation des parents [thèse de doctorat en santé publique option promotion de la santé]. Louvain (BEL) : Université catholique de Louvain ; 2007. 177 p.
- Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Second edition. Genève: World health organization; 2003. 33 p. [Visité le 27/09/2014]. En ligne : http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Soixante-deuxième assemblée mondiale de la santé. Genève, 18-22 mai 2009. Genève : OMS ; 2009. WHA62.14 : réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé ; pp. 21-24. [Visité le 17/09/2014]. En ligne : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-fr-P2.pdf
- Arole R, Fuller B, Deutschmann P. Improving community capacity. In: Moodie R, Hulme A, éditeurs. *Hands on health promotion.* Melbourne: IP Communications; 2004. pp. 130-45.

25. Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). Santé publique et VIH. Principes directeurs et plans stratégiques. VIH et Sida, lutte contre le paludisme, nutrition et sécurité alimentaire, santé reproductive, eau et assainissement. 2008-2012. Genève : UNHCR ; 2008. 134 p. [Visité le 27/09/2014]. En ligne : <http://www.unhcr.fr/4ad2f879e.html>
26. Angélique H, Reischl TM, Davidson WS. Promoting political empowerment: evaluation of an interview with university students. *Am J Community Psychol.* 2002;30(6):815-34.
27. Barrig M. Women and development in Peru: old models, new actors. *Environment and urbanization.* 1991;3:66-70. doi: 10.1177/095624789100300210.
28. Houéto D, Laverack G. Promotion de la santé et autonomisation dans le contexte africain. Rossendale Valley : Rossendale Books ; 2014. 325 p.
29. Putnam RD, Leonardi R and Naneti R. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994. 280 p.

Annexe

Abréviations

CDTUB : Centre de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli

CS : Centre de santé

CV : Chef de village

EPSC : Enquête psychosociocomportementale

GC : Guide communautaire

PS : Promotion de la santé

RC : Relais communautaire

UB : Ulcère de Buruli