



Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines

**BOLUKI**

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales

**ISSN : 2789-9578**



**N°3, Décembre 2022**

# ***BOLUKI***

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales  
Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines (INRSSH)

**ISSN : 2789-9578**

## **Contact**

E-mail : [revue.boluki@gmail.com](mailto:revue.boluki@gmail.com)

Tél : (+242) 06 498 85 18 / 06 639 78 24

BP : 14955, Brazzaville, Congo

## **Directeur de publication**

OBA Dominique, Maître de Conférences (Relations internationales), Université Marien NGOUABI (Congo)

## **Rédacteur en chef**

MALONGA MOUNGABIO Fernand Alfred, Maître de Conférences (Didactique des disciplines), Université Marien NGOUABI (Congo)

## **Comité de rédaction**

GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, Maitre-Assistant (Psychologie clinique), Université Marien Ngouabi (Congo)

GOMAT Hugues-Yvan, Maitre-Assistant (Écologie Végétale), Université Marien Ngouabi (Congo)

GOMA-THETHE BOSSO Roval Caprice, Maitre-Assistant (Histoire et civilisations africaines), Université Marien Ngouabi (Congo)

KIMBOUALA NKAYA, Maitre-Assistant (Didactique de l'Anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

LOUYINDOULA BANGANA YIYA Chris Poppel, Maitre-Assistant (Didactique des disciplines), Université Marien Ngouabi (Congo)

VOUNOU Martin Pariss, Maitre-Assistant (Relations internationales), Université Marien Ngouabi (Congo)

## Comité scientifique

- AKANOKABIA Akanis Maxime, Maître de Conférences (Philosophie), Université Marien NGOUABI (Congo)
- ALEM Jaouad, Professeur-agrégé (Mesure et évaluation en éducation), Université Laurentienne (Canada)
- BAYETTE Jean Bruno, Maître de Conférences (Sociologie de l'Education), Université Marien NGOUABI (Congo)
- DIANZINGA Scholastique, Professeur Titulaire (Histoire sociale et contemporaine), Université Marien Ngouabi (Congo)
- DITENGO Clémence, Maître de Conférences (Géographie humaine et économique), Université Marien NGOUABI (Congo)
- DUPEYRON Jean-François, Maître de conférences HDR émérite (philosophie de l'éducation), université de Bordeaux Montaigne (France)
- EWAMELA Aristide, Maître de Conférences (Didactique des Activités Physiques et Sportives), Université Marien NGOUABI (Congo)
- EYELANGOLI OKANDZE Rufin, Maître de Conférences (Analyse Complexe), Université Marien NGOUABI (Congo)
- HANADI Chatila, Professeur d'Université (Sciences de l'Education- Didactique de Sciences), Université Libanaise (Liban)
- HETIER Renaud, Professeur (Sciences de l'éducation), UCO Angers (France)
- KPAZAI Georges, Professeur Titulaire (Didactiques de la construction des connaissances et du Développement des compétences), Université Laurentienne, Sudbury (Canada)
- LAMARRE Jean-Marc, Maître de conférences honoraire (philosophie de l'éducation), Université de Nantes, Centre de Recherche en Education de Nantes (France)
- LOUMOUAMOU Aubin Nestor, Professeur Titulaire (Didactique des disciplines, Chimie organique), Université Marien Ngouabi (Congo)
- MABONZO Vital Delmas, Maître de Conférences (Modélisation mathématique), Université Marien NGOUABI (Congo)
- MOUNDZA Patrice, Maître de Conférences (Géographie humain et économique), Université Marien NGOUABI (Congo)
- NAWAL ABOU Raad, Professeur d'Université (Sciences de l'Education- Didactique des Mathématiques), Faculté de Pédagogie- Université Libanaise (Liban)
- NDINGA Mathias Marie Adrien, Professeur Titulaire (Economie du travail et des ressources humaines), Université Marien Ngouabi (Congo)
- RAFFIN Fabrice, Maître de Conférences (Sociologie/Anthropologie), Université de Picardie Jules Verne (France)
- SAH Zéphirin, Maître de Conférences (Histoire et civilisation africaines), Université Marien NGOUABI (Congo)
- SAMBA Gaston, Maître de Conférences (Géographie physique : climatologie), Université Marien NGOUABI (Congo)
- YEKOKA Jean Félix, Maître de Conférences (Histoire et civilisation africaines), Université Marien NGOUABI (Congo)
- ZACHARIE BOWAO Charles, Professeur Titulaire (Philosophie), Université Marien Ngouabi (Congo)

## **Comité de lecture**

**LOUSSAKOUMOUNOU** Alain Fernand Raoul, Maître de Conférences (Grammaire et Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

**MASSOUMOU** Omer, Professeur Titulaire (Littérature française et Langue française), Université Marien Ngouabi (Congo)

**NDONGO IBARA** Yvon Pierre, Professeur Titulaire (Linguistique et langue anglais), Université Marien Ngouabi (Congo)

**NGAMOUNTSIKA** Edouard, Professeur Titulaire (Grammaire et Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

**ODJOLA** Régina Véronique, Maître de Conférences (Linguistique du Français), Université Marien Ngouabi (Congo)

**YALA KOUANDZI** Rony Dévyllers, Maître de Conférences (Littérature, africaine), Université Marien Ngouabi (Congo)

## SOMMAIRE

### HISTOIRE-ARCHÉOLOGIE

<b>Les malentendus culturels à l'implantation de l'école missionnaire dans la vallée du Niari (1883-1908)</b>	
Martin Pariss VOUNOU .....	9
<b>Les femmes degha et la poterie dans le nord-est de la côte d'ivoire (XVII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle)</b>	
Adingra Magloire KRA.....	19
<b>Élections politiques et pluralisme démocratique au gabon, la CNE, une institution de modernisation du système électoral : contexte de création, enjeux, opérationnalité et limites (1990-2006)</b>	
Éric Damien BIYOGHE BI ELLA.....	29
<b>Heurts et malheurs des missionnaires protestants dans l'œuvre de formation des ouvriers au Gabon de 1842 à 1960</b>	
Gabriel ELLA EDZANG et Michel ASSOUMOU NSI.....	43
<b>Félix Éboué et la question du travail forcé en Afrique Équatoriale Française : l'envers du décor (1909-1944)</b>	
Fabrice Anicet MOUTANGOU.....	57
<b>Aux frontières du djihad : contrebande d'hydrocarbures et impact des attaques djihadistes sur les populations de Zarmaganda</b>	
Hassane ABDOURHIMOU.....	67
<b>Les projets d'aménagement de trois lignes électriques aériennes à haute tension dans le réseau interconnecté (ric) de libreville en 2012 : gouvernance et contestation sociale</b>	
Stéphane William MEHYONG.....	73
<b>Les violences électorales en Côte d'Ivoire de 1995 à 2020</b>	
Hyacinthe Digbeugby BLEY.....	87
<b>Lithic operating chains from the late stone age and the neolithic of batanga (southern coast of Gabon)</b>	
Martial MATOUMBA.....	99
<b>La mine de manganèse et l'environnement à Moanda au Gabon : du silence au bruit (1962-2011)</b>	
Robert Edgard NDONG.....	115

## **GÉOGRAPHIE**

<b>Le rôle socio-économique du karité dans résilience et l'autonomisation des femmes dans la commune rurale de Débèlin, cercle de Bougouni au Mali</b>	
Odiouma DOUMBIA et Lansine Kalifa KEITA.....	131
<b>Implication des GIE dans l'assainissement de la commune II du district de Bamako</b>	
Assétou SIDIBE .....	145
<b>Marchés à bétail dans le district de Bamako et dans la commune de Kalabancoro : fonctionnement et problèmes</b>	
Sina COULIBALY, Sory Ibrahima FOFANA et Mory SIBY.....	153

## **PHILOSOPHIE-SOCIOLOGIE-PSYCHOLOGIE**

<b>Les fondements réels ou supposés et les conséquences de la radicalisation religieuse</b>	
François MOTO NDONG.....	167
<b>Perceptions sociales de l'ulcère de buruli en milieu rural : le cas de Brozan à Oumé (Côte d'Ivoire)</b>	
Kouakou M'BRA et Dominique Moro MORO.....	181
<b>L'impact de l'âge sur l'usage et l'intégration des TICE dans les pratiques pédagogiques</b>	
Carelle Ariana MOUALOU NZIGOU.....	195

# **PERCEPTIONS SOCIALES DE L'ULCÈRE DE BURULI EN MILIEU RURAL : LE CAS DE BROZAN A OUMÉ (CÔTE D'IVOIRE)**

**Kouakou M'BRA**

Université Félix Houphouët-Boigny-Abidjan (Côte d'Ivoire)

E-mail : [mbrakouakou@yahoo.fr](mailto:mbrakouakou@yahoo.fr),

**Dominique Moro MORO**

Université Félix Houphouët-Boigny-Abidjan (Côte d'Ivoire)

E-mail : [dominiquemorromorro@yahoo.fr](mailto:dominiquemorromorro@yahoo.fr)

## **Résumé**

Cet article examine les sources de légitimation de la construction des perceptions sociales chez les populations de la zone rurale de Brozan ainsi que leurs rapports à l'Ulcère de Buruli au regard de sa constante résurgence, sa propagation, son mode de gestion et ses effets corollaires sur leurs habitudes de vie. Nous avons adopté la méthode qualitative et plusieurs sources ont été utilisées à savoir : l'exploitation des données documentaires (articles scientifiques, textes officiels d'institutions sanitaires...) et des investigations de terrain (observations, entretiens semi-directifs...). Le corpus post-transcription des propos d'enquêtés (malades, proches, chefs de campements, infirmier) a été traité par l'analyse catégorielle thématique. Les approches théoriques sur les perceptions prenant en compte les dimensions sociales, culturelles et économiques des choix thérapeutiques et celles relatives aux représentations socio-sanitaires de la maladie dans le contexte culturel africain ont été indispensables à l'analyse des données collectées. Les résultats obtenus montrent que : les qualités d'informations sur les causes et modes de transmissions de cette maladie cutanée chronique traduisant les niveaux de connaissances des paysans participant à la production de leurs perceptions sociales sur ses constantes résurgences. Les perceptions socio-sanitaires sur les caractéristiques d'émergence et d'évolution de cette maladie influencent la construction des rapports aux choix thérapeutiques appropriés chez les populations rurales. Les pratiques des activités de subsistances dans la plaine de la rivière *Zokéla* contribuent à forger chez les souffrants et leurs proches des capacités de résilience face à la l'Ulcère de Buruli.

**Mots-clés :** Activités de subsistances, Capacité de résilience, Choix thérapeutiques, Maladie cutanée chronique, Résurgence.

## **Abstract**

This article examines the sources of legitimization of the construction of social perceptions among the populations of the rural area of Brozan as well as their relationship to Buruli Ulcer with regard to its constant resurgence, its spread, its mode of management and its corollary effects on their lifestyle. We adopted the qualitative method and several sources were used, namely: the exploitation of documentary data (scientific articles, official texts of health institutions, etc.) and field investigations (observations, semi-structured interviews, etc.). The post-transcription corpus of the comments of respondents (patients, relatives, camp leaders, nurse) was processed by thematic categorical analysis. Theoretical approaches on perceptions taking into account the social, cultural and economic dimensions of therapeutic choices and those relating to socio-health representations of the disease in the African cultural context were essential for the analysis of the data collected. The results obtained show that: the qualities of information on the causes and modes of transmission of this chronic skin disease, reflecting the levels of knowledge of the farmers, contribute to the production of their social perceptions on

its constant resurgences. These socio-sanitary perceptions on the characteristics of the emergence and evolution of this disease influence the construction of relationships with appropriate therapeutic choices in rural populations. The practices of subsistence activities in the plain of the Zokéla River contribute to forging in the sufferers and their relatives capacities for resilience in the face of Buruli Ulcer.

**Keywords:** Livelihood activities, Resilience capacity, Therapeutic choices, Chronic skin disease, Resurgence.

## Introduction

Appréhendé par la biomédecine comme une maladie infectieuse qui aboutit à de vastes délabrements cutanés chroniques provoqués par une bactérie désignée mycobacterium ulcerans (J.M. Kanga et al., 2004, p. 238), l'Ulcère de Buruli fait l'objet de diverses interprétations socioculturelles et incertitudes sur ses origines, ses modes de transmissions à l'homme et sa médication en milieu rural africain (R.C. Johnson et al., 2004, p. 148).

Son caractère récidivant, mais aussi son long et complexe processus de cicatrisation influencent souvent les perceptions et les approches des souffrants et leurs proches relativement aux causes réelles de cette affection cutanée chronique qui a été déclarée « maladie émergente » en 1998 selon E. Marion et al., (2013, p. 912) en référence à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Faute de connaissance, cette réalité participe à la production de leurs comportements socio-sanitaires déviants antérieurs et postérieurs aux diagnostics qui suscitent de nombreuses interrogations au regard de la qualité de leurs adhérences aux observances thérapeutiques proposées par la biomédecine pour y remédier efficacement.

Sur cette base, A. A. Adjet et al. (2016, p. 264) ont montré qu'en Côte d'Ivoire malgré plusieurs campagnes de sensibilisations réalisées sur la nécessité des tests de dépistages précoce des cas et un recours immédiat aux centres de soins spécialisés, recommandés aux personnes à risque dans les zones endémiques, ces populations adoptent des comportements de santé multiformes et quasiment similaires. Selon ces auteurs, nombre de personnes dont la situation sanitaire est ici questionnée ont des choix thérapeutiques qui ne sont pas statiques, mais ils oscillent entre les soins traditionnels et modernes.

Par ailleurs, l'abandon du traitement procuré par l'hôpital est le plus souvent argumenté par une insuffisance de soutiens en ressources socio-économiques chez les malades. Ainsi, pour assurer la continuité de leurs besoins médicaux dans la longue gestion de l'Ulcère de Buruli, les proches leur imposent de mobiliser les pratiques thérapeutiques locales, réputées efficaces selon eux. Dès lors, dans cette même perspective A. Marcellini et al. (2000, p. 2), citant R. Massé (1997) à travers son concept de « cheminement thérapeutiques », incitent à analyser les conditions de coexistence et de recours aux diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités.

En outre, des travaux de P. Aubry et B.-A. Gaüzère (2020, p. 2), l'Ulcère de Buruli se présente comme une maladie dont les principaux foyers humains circonscrits se structurent généralement à proximité de l'eau en milieu naturel. Cette endémie s'établit presque toujours autour d'un écosystème aquatique, tout au long des cours d'eaux à faibles débits (étangs, marais, lacs artificiels ou naturels, zones marécageuses, systèmes d'irrigation, riziculture...). Elle constitue, selon ces auteurs, une menace émergente pour la santé publique dans de nombreuses régions rurales intertropicales humides.

Cette description factuelle correspond, entre autres, aux observations enregistrées dans la vallée de la rivière Zokéla à Brozan, une zone rurale du département d'Oumé, au centre ouest de la Côte d'Ivoire. Dans cette localité, le capital humain est employé ou s'auto-emploie essentiellement comme mains d'œuvre dans des exploitations agricoles. Vu l'urgence constituée par la réalisation de leurs activités champêtres qui sont pour la plupart saisonnières,

les malades et leurs entourages sont guidés par un désir manifeste de guérison rapide pour ne pas rester en marge de cette période indispensable, garantissant leur survie. De fait, une fois cette saison des pratiques agricoles de subsistances passée, il n'est pas évident de faire un ratrappage cultural adaptable. C'est quasiment l'indigence assurée jusqu'à la saison prochaine pour les personnes qui y sont victimes. Il en est de même pour les parents d'un enfant atteint par l'Ulcère de Buruli. La surveillance permanente du souffrant les empêche d'aller régulièrement dans leur exploitation agraire. Ils courent donc le risque de ne pas réaliser dans le délai leurs cultures saisonnières. L'Ulcère de Buruli constitue non seulement une source de handicap physique, mais encore un véritable obstacle pour la réalisation des activités champêtres notamment chez les victimes adultes en milieu rural.

Aussi, cette affection participe souvent à l'arrêt de la scolarisation des enfants quand le traumatisme survient pendant le cursus scolaire et associé à une insuffisance d'accompagnement au suivi médical proposé par la biomédecine. Car, lorsque cette infection passe le stade du nodule sur la peau sans avoir été correctement traitée dans un centre spécialisé, elle peut évoluer vers une forme grave d'ulcération. Elle peut engendrer, dans ces conditions, une limitation des fonctions du corps humain par des déformations physiques, surtout si l'infection s'est chronicisée en se propageant jusqu'à la graisse sous-cutanée voire à l'os (L. Nendaz et C. Sordet, 2015, p. 1).

Pourtant, selon la biomédecine, lorsque les cas sont encore aux stades précoce, une adhérence rigoureuse aux observances thérapeutiques de cinquante-six jours (deux médicaments sont disponibles à ce stade de la maladie : l'un oral et l'autre par injection journalière sans interruption) donne la possibilité aux souffrants de recouvrer totalement la guérison parfois sans séquelles (Rapport stop buruli Cameroun, 2013, p. 41). Cette observation est soutenue par P. Aubry et B.-A. Gaüzère (2020, p. 7). Ils précisent que le traitement de l'Ulcère de Buruli matérialisé à travers une biantibiothérapie à tous les stades de la maladie pendant huit semaines entraîne la guérison des lésions précoce, une stabilisation de la maladie ou une régression des lésions favorisant une chirurgie réparatrice et reconstructive moins délabrant. Puisqu'il s'agit d'une plaie capable de laisser après guérison des stigmates corporels et émotionnels à vie chez de nombreuses victimes. Autrement dit, ces stigmates influencent durablement leurs affects, leurs perceptions de soi post-guérison. Peu importe le temps passé après leur guérison, les victimes ressentent toujours des anomalies aux regards de leurs corps mutilés par la plaie.

Cette réalité peut favoriser un problème de déconstruction et de reconstruction identitaire qui suscite une difficulté d'intégration voire de réintégration sociale avant ou après les guérisons des malades. Lorsque la victime est adulte, elle doit à nouveau se resocialiser en tenant compte du regard des autres sur ses stigmates, ses handicaps physiques invalidants... La fin de l'Ulcère de Buruli à travers sa guérison physique constitue pour cette personne une autre forme de maladie. Elle doit recomposer sa nouvelle trajectoire sociale avec les jugements de valeur (stigmatisation, discrimination) sur les perceptions de son physique, de son incapacité...

La reconstruction du parcours de vie des malades est influencée par l'Ulcère de Buruli qui prend réellement de temps pour se cicatriser, des mois voire des années de souffrance sans discontinuité, du fait de la chronicité et des diverses formes de gangrènes parfois incontrôlable et difficilement guérissable aussi bien par la biomédecine que par la thérapie traditionnelle locale. En dépit de cette réalité, nombre de malades abandonnent le plus souvent la médication alors que le temps d'observance pouvant aboutir à une guérison certaine est bien préétabli par le protocole médical de la biomédecine. À cet effet, l'interrogation centrale suivante se trouve nécessaire pour comprendre la complexité et l'imprévisibilité de ce phénomène socio-sanitaire critique. Comment les populations rurales de Brozan construisent-elles leurs perceptions et leurs rapports à l'Ulcère de Buruli au regard de sa constante résurgence, sa propagation, son mode de gestion et ses effets corollaires sur leurs habitudes de vie ordinaires ? Ainsi, ce travail

de recherche suit le développement de ces trois grandes articulations : les niveaux de connaissances et les logiques sociales des perceptions sur la récurrence du développement de l'Ulcère de Buruli ; l'influence des perceptions socio-sanitaires sur l'origine de la maladie et la construction des choix thérapeutiques ; la résilience face aux réurgences de l'Ulcère de Buruli et les pratiques des activités paysannes de subsistances.

## **1. Méthodologie**

En adoptant la démarche qualitative (H. Dumez, 2011, p. 50) la réalisation de cette étude a nécessité une exploitation des sources documentaires. Cette activité a consisté à rechercher et exploiter des informations émanant des ouvrages, des articles scientifiques et des textes officiels d'institutions sanitaires (OMS...) relatifs à la gestion de cette pathologie cutanée chronique.

En outre, il y a la phase d'investigation dans la plaine alluviale du *Zokéla*. Relevant d'un échantillonnage non-probabiliste par choix raisonné (M. Trimbur et al. (2022, p. 8), le recrutement des participants à cette étude s'est effectué selon leurs expériences socio-sanitaires face à l'Ulcère de Buruli. Le recours à ce profil d'acteurs participe à la production d'informations nouvelles parfois atypiques sur cette affection. Le nombre de participants se structure selon le principe de la saturation d'informations. Face à la sensibilité sociale, culturelle, sanitaire... du sujet de réflexion et surtout pour éviter de stigmatiser les populations et les campements visités, leurs noms respectifs ont été gardés dans l'anonymat. La phase pratique a consisté à recourir à douze campements. Sur la base de trois personnes par hameau, quarante-six enquêtés (malades et proches) ont été sélectionnées pour cette étude. Les chefs de campements et l'infirmier spécialisé de l'Ulcère de Buruli du dispensaire de Brozan ont été invités à y participer. Ainsi, des observations et des entretiens semi-directifs (C. Gaspard, 2019, p. 2) ont été d'un apport essentiel dans la quête des données locales.

Le corpus obtenu après la transcription des propos recueillis auprès des habitants a été traité par l'analyse de contenu thématique ou l'analyse catégorielle thématique (E. Brossais et al., 2013, p. 117). Les travaux S. Bach et al. (2006. P. 6), sur les perceptions prenant en compte les dimensions sociales, culturelles et économiques des choix thérapeutiques et ceux de L. Nendaz et C. Sordet (2015, p. 4) développés selon les principes de la théorie des représentations socio-sanitaires de la maladie dans le contexte culturel africain ont été indispensables pour examiner les données collectées. Ils ont été mobilisés aux fins de comprendre et expliquer la résilience des paysans de cette zone rurale à haut risque de contamination, la structuration de leurs dynamiques comportementales face à la gestion de longue durée de ce phénomène socio-sanitaire et ses diverses formes d'imprévisibilité. Il ressort de cet examen les résultats suivants :

### ***1.1. Des niveaux de connaissances aux logiques sociales des perceptions sur la récurrence du développement de l'Ulcère de Buruli chez les paysans***

#### **1.1.1. Qualités d'informations sur les causes et modes de transmissions de l'Ulcère de Buruli dans la zone rurale de Brozan**

Des sources et caractéristiques d'informations disponibles sur l'Ulcère de Buruli dépendent de leurs qualités et surtout de leurs multiples usages au sein des communautés paysannes dans la localité de Brozan. Ainsi, bien que la biomédecine ne soit pas encore parvenue à déceler et maîtriser avec assurance tous les contours de cette maladie, elle affirme néanmoins que ses diverses formes d'émergence, de propagation ou même de réurgence sont certainement associées aux activités humaines en rapport de l'eau fluviale.

Pourtant, aucun spécialiste venant d'un quelconque ministère de la République de Côte d'Ivoire, d'une organisation internationale, d'une Organisation Non Gouvernemental voire d'un organisme privé dans le domaine de la santé et en rapport avec le bien-être des paysans

n'est venu, jusqu'à ce jour, pour tester la qualité de l'eau de la rivière *Zokéla*. Donc, les populations ne savent pas si cette rivière qu'elles côtoient quasi-quotidiennement est la véritable responsable des gènes de l'Ulcère de Buruli qui ronge constamment leur communauté depuis plusieurs décennies. De fait, ne sachant rien sur les capacités morbides de cette eau, ce récit extrait de l'entretien avec ce paysan traduit cette réalité : « *on ne sait pas si l'eau de la rivière Zokéla peut nous rendre malades... donc, il n'est pas interdit de marcher dans cette rivière. Au contraire, tout le monde se baigne dans la rivière après avoir un travail salissant au champ (buttes d'igname, de manioc, semi de riz dans les baffons, cultures maraîchères)* ».

Faute de connaissances officielles, nombre de paysans associent les origines et les modes de transmission l'Ulcère de Buruli aux réalités « magico-religieuses » (mauvais sort : jalousie sur la propriété d'une parcelle de terre ou sorcellerie : rêve à travers des morsures...), aux totems alimentaires (consommation des chenilles du palmier...), à l'hérédité familiale lorsqu'elle est récurrente dans une même famille. Pour certains d'entre eux (malades ou pas), les personnes qui se disent guérisseurs de l'Ulcère de Buruli sont pour la plupart responsables de sa propagation dans leur localité rurale. Ils soulignent qu'à travers leurs pouvoirs magico-religieux, ces praticiens de la thérapie traditionnelle ont la capacité de le transmettre sournoisement aux victimes.

« *S'ils n'aiment pas ta tête, par simple jalousie... pour montrer qu'ils sont de meilleurs tradipraticiens, ils te donnent la plaie de Daloa là... et, les mêmes vont venir pour soigner ça... parce que c'est eux seuls qui connaissent le secret sur l'origine de leur maladie* », argumente ce jeune cultivateur de produits maraîchers dans la plaine de la rivière *Zokéla*. Selon cette population rurale, souvent, ces thérapeutes s'adonnent à cette pratique (transmettre et guérir la maladie) pour avoir des biens en espèces comme en natures (argent, poulets, moutons, cabris...). Aussi, le coût de leurs prestations de services est généralement fixé selon l'emplacement de la plaie, la probabilité de sa gravité au cours de son évolution chronique...

Par ailleurs, de nombreux malades ne savent pas réellement comment s'est produite leur contamination. Ils accusent parfois un morceau de bois, une houe, une machette... les ayant écorchés au cours d'une activité champêtre qui s'est transformée par la suite en l'Ulcère de Buruli. Ou encore, la réalisation d'activité dans une zone marécageuse où un insecte les a piqués. Ils ne l'ont su et cela s'est mué en cette grande plaie devenue quasiment incurable. Pour d'autres, un petit bouton ou un furoncle qui a été mal géré en est la cause. La consommation abusive de certains crustacés (escargot d'eau douce : fleuve, rivière, marigot, mare, étang) fait également partie des sources de cette maladie citée par les acteurs de ce milieu rural de la Côte d'Ivoire. En somme, ces populations ont des difficultés à pouvoir préciser les causes factuelles de leur contamination à l'Ulcère de Buruli.

### 1.1.2. De la méconnaissance du risque sanitaire à la constante résurgence de l'Ulcère de Buruli dans la zone rurale de Brozan

La prolifération de l'Ulcère de Buruli à Brozan est ordinairement observée dans les villages, les hameaux... situés à proximité du milieu aquatique naturel inhérent à la rivière *Zokéla*. Et, la distance moyenne séparant les campements à cette rivière est d'environ huit cents mètres selon les populations. Mais, personne à Brozan ne peut affirmer avec certitude que ce cours d'eau constitue la source favorisant la résurgence de cas d'Ulcère de Buruli.

Toute la zone rurale de cette rivière occupée par les paysans connaît de constante réapparition des cas d'Ulcère de Buruli. Un autre constat est que, même s'il n'est pas scientifiquement établi que cette rivière est infestée de ses gènes, toutes les personnes qui y pratiquent d'intenses activités (pêche, pose de filets, culture maraîchère, baignade, riziculture...) finissent par contracter la maladie. Cet habitant d'un proche campement témoin de l'expérience d'un frère corrobore, en disant ceci : « *Le frère qui en est décédé dernièrement,*

*avec cette maladie au pied, pratiquait la pêche en posant des filets dans l'eau... il était chaque jour dans l'eau pour vérifier s'il a pris des poissons... ».*

Aussi, dans cette localité il y a au moins un cas guéri ou en cours de traitement ; dans presque tous les douze campements retenus pour ce champ d'observation socio-sanitaire. « *Après le cas de mon frère pêcheur, il y a eu ici au campement de 2020 à aujourd'hui, quatre personnes qui sont tombées malades. Ça veut dire que cette maladie est beaucoup ici. Il y avait un enfant parmi eux... ça fait qu'il a failli arrêter son école... », relate le même enquêté.*

Selon les interviewés, le taux de contamination peut drastiquement baisser si tout le monde écoutait et ne négligeait pas les consignes de sa gestion socio-sanitaires de l'infirmier spécialisé de Brozan, au cours de ses diverses séances de consultations en privé comme en public. Cette réalité est attestée par cette dame relatant le vécu de sa tante face aux consignes de ce soignant : « *...ma grande tante a eu cette maladie l'année passée, mais, ça ne finit pas... souvent ça veut finir, mais ça revient... elle ne suit pas bien ce que dit l'infirmier... pour elle, il y a la sorcellerie derrière son cas ».*

Sur cette base, à ce jour, l'une des explications plausibles sur la cause réelle de cette maladie est traduite par le mauvais sort ou la sorcellerie tout en reléguant au second plan la possibilité d'une négligence personnelle dans les habitudes de vie. Donc, la survenue de cette maladie continue d'être attribuée en ce vingt et unième siècle à une tierce personne qui détiendrait le pouvoir maléfique de transmettre à qui elle souhaite l'Ulcère de Buruli.

## ***1.2. De l'influence des perceptions socio-sanitaires sur l'origine de la maladie à la construction des choix thérapeutiques selon les populations rurales***

### **1.2.1. Thérapie biomédicale post-diagnostique : un recours bifurqué du dispensaire de Brozan face à la nécessité d'une guérison rapide pour le malade et son entourage**

Les campements de paysans rattachés à la carte sanitaire de Brozan bénéficient des services d'un infirmier spécialiste de l'Ulcère de Buruli. Puisque, la récurrence des cas de résurgences dans ladite localité laisse entrevoir une gestion urgente de la situation qui y semble critique.

Toutefois, malgré les prestations socio-sanitaires de l'infirmier, nombre de patients après la désignation de la nature de leur trouble cutanée choisissent de bifurquer consciemment et/ou inconsciemment voire volontairement et/ou involontairement dans le déroulement de leur parcours de soins. Quasiment tous les malades ont la même manière d'appréhender l'itinéraire thérapeutique post-diagnostic de l'Ulcère de Buruli qui reste non linéaire dans l'ensemble. Ils ont presque tous recours au dispensaire pour s'assurer qu'ils souffrent véritablement de cette pathologie. Ils y reçoivent les premiers soins biomédicaux. Il s'en suit le phénomène inopiné de leur retrait de ce processus thérapeutique initial.

Concernant cet abandon parfois systématique du traitement biomédical, les malades et leurs proches mettent en cause la distance qui les sépare du lieu d'implantation de l'espace sanitaire où exerce le seul infirmier formé à cet effet. Selon eux, cela constitue leur premier obstacle, car, ils affirment ne pas refuser les soins prodigués par ce soignant pour leur procurer une qualité de vie durable. Cette distance constitue une difficulté pour les victimes de l'Ulcère de Buruli dans l'observance des cinquante-six jours de traitement recommandé par la biomédecine afin que les médicaments absorbés soient efficaces et neutralisent effectivement les micro-organismes responsables.

Cela amenuise chez les paysans l'intention d'effectuer des tests précoce au dispensaire pour déceler hâtivement la maladie et anticiper sur son traitement curatif aux fins d'éviter ses formes graves en termes d'évolutions chroniques (gangrènes à la surface de la plaie...). La distance empêche aux souffrants et leurs accompagnants d'être assidus aux traitements. Puisqu'ils peuvent parcourir quotidiennement des dizaines de kilomètres à pied, en fonction de

leur campement de résidence. Cela les épuise physiquement et souvent l'emplacement de la plaie sur le corps (pieds, genoux, cuisses, tendons, thorax...) ne facilite pas la marche, selon eux. Sur un engin motorisé, les frais de transport ne sont pas toujours évidents à couvrir, car, leurs principales sources de revenus issus des travaux agricoles avec des moissons saisonnières. Or, il leur est pénible de se trouver des tuteurs temporaires à Brozan, vu les diverses perceptions sociales (sorcellerie, malédiction, possibilité de contamination inopinée de l'entourage immédiat...) produites autour de cette maladie. Personne ne veut prendre sur elle le risque d'héberger un quelconque malade d'Ulcère de Buruli et son parent durant cinquante-six longs jours dans sa hutte. Sur la base de ces contraintes sociales, la distance influence l'engouement de départ des malades et leurs proches à l'adhérence aux médications proposées par l'hôpital jusqu'à terme. Par ailleurs, il est difficile pour l'infirmier spécialisé de Brozan de quitter le dispensaire pour visiter chaque malade dans son campement.

Un des obstacles du traitement biomédical est son coût quotidien. Parfois, l'incapacité du souffrant à ne pas pouvoir soigner soi-même sa plaie du fait, de son emplacement délicat sur le corps, lui impose de poursuivre l'observance thérapeutique de la biomédecine pour s'assurer une cicatrisation de qualité. Pourtant, traiter quotidiennement sa plaie au dispensaire du village demeure socialement onéreux pour les populations en milieu rural. Car, la vie de famille doit se poursuivre avec ses nombreux besoins existentiels habituels malgré une gestion régulière de cette plaie chronique. De plus, le pansement à l'infirmier implique constamment des dépenses supplémentaires : coût du déplacement (malade et accompagnants), prestations et prescriptions du soignant de la plaie. À ceux-là s'ajoutent les frais imprévus des interventions de sutures spéciales de réparation aux fins d'une bonne cicatrisation. En outre, les cas graves sont référés par l'infirmier dans les centres spécialisés les plus proches que sont ceux de Djékanou et de Yamoussoukro. Tout cela accroît le coût du traitement biomédical pour le malade et ses proches. Puisque les médications ne sont pas couvertes par une assurance maladie viable en milieu rural capable de les épauler durablement dans la gestion de ce parcours de soins.

Cette réalité traduit les logiques socio-sanitaires des malades et leurs entourages qui, chaque fois, commencent leur parcours de soins à l'hôpital, mais finissent toujours chez les tradipraticiens de santé. Selon eux, pour éviter un abandon total du traitement par insuffisance de ressources économiques, ils font recours en termes compensatoires aux pratiques thérapeutiques traditionnelles locales réputées efficaces face à la circonstance.

### **1.2.2. Des perceptions socio-culturelles sur l'Ulcère de Buruli à l'accommodation du recours alternatif de la thérapie des tradipraticiens de santé**

La pensée dominante face aux diverses réurgences de l'Ulcère de Buruli à Brozan reste socioculturelle : origines surnaturelles.

*« Pour le cas de mon cousin, on disait que c'était une grande tante qui avait le pouvoir de donner cette maladie par la sorcellerie ou un mauvais sort qui était derrière ça... nous deux, on faisait nos champs de riz à côté de la rivière Zokéla quand il a eu pour la première fois cette plaie », précise ce riziculteur.*

Malgré les nombreuses explications de l'infirmier pour faire comprendre aux paysans qu'il s'agit bien d'une maladie dont les sources bactériologiques de son incessante émergence sont liées au sol humide et à l'eau infestés, ils finissent tous par recourir à la médication traditionnelle. Tous les malades ne vont pas systématiquement se faire traiter à l'hôpital. Ceux-ci continuent de croire fermement que cette affection ne résulte pas d'un simple micro-organisme, mais plutôt d'un mauvais sort. Donc, ils préfèrent à cet effet avoir recours aux services du tradipraticien de santé le plus proche pour leurs soins.

Aussi, quand la plaie est située sur le thorax, le flanc, le torse... du malade les membres de sa famille refusent souvent de participer à son traitement, du fait de la mauvaise odeur que son altération engendre. Personne ne veut s'en approcher face à la peur d'une éventuelle

contamination, selon les idées préconçues sur cette affection. Cela justifie pour certains cas les replis des souffrants sur eux-mêmes et surtout leurs recours aux tradipraticiens de santé qui ont pour habitude de traiter cette plaie.

Selon les malades, quelle que soit l'origine particulière de la plaie, la complexité de son emplacement sur le corps, son niveau d'évolution chronique (gangrènes, puanteur...) ces prestataires de soins traditionnels disposent de diverses ressources (magico-religieuses, plantes...) médicinales pour atténuer leurs souffrances. La décoction résultante des plantes (racines, écorces, feuilles, bourgeons...) aux capacités thérapeutiques renferme des propriétés antibiotiques et antiinflammatoires naturelles qui servent à désinfecter la plaie (volet corporel...) et à combattre tous les aspects associés à un phénomène surnaturel (volet métaphysique) pouvant empêcher toute possibilité de guérison.

Pour se faire, toutes les plantes sont assemblées secrètement dans un canari qui constitue le réceptacle de la décoction utilisée pour le traitement de la plaie. Lorsque la période d'usage prescrite par le naturothérapeute arrive à son terme, ce canari lui est retourné pour qu'il en change lui-même le contenu usagé. Sur cette base, même si le malade et ses proches parviennent à identifier clairement la nature des plantes qui y sont entreposées, ils ne sont pas habilités à le faire individuellement. Selon les malades, cela n'aura aucun effet thérapeutique sur la plaie et pourrait au contraire aggraver la situation déjà critique, car, cette activité est guidée par des totems socioculturels. Donc, cette disposition pratique constitue en quelque sorte un protocole d'accord tacite entre l'herboriste et ses clients.

Quand les malades sont traités par les tradipraticiens, il leur est recommandé de se fabriquer un espace de soin dans un endroit fixe de la cour que seuls les participants au traitement de la plaie y ont accès. De peur que l'Ulcère de Buruli ne se propage dans toute la sphère familiale d'appartenance du malade ou contamine tout autre visiteur du domicile, selon les tenants de cette spécialité thérapeutiques.

### ***1.3. Résilience face aux résurgences de l'Ulcère de Buruli et pratiques des activités paysannes de subsistances dans la plaine de la rivière Zokéla***

#### **1.3.1. Du développement de l'Ulcère de Buruli à la résilience face aux divers bouleversements d'habitudes de vie chez les souffrants et leurs proches**

L'Ulcère de Buruli constitue une véritable source de handicap physique et social en milieu rural. Il entraîne un ralentissement dans la réalisation des activités champêtres saisonnières chez les paysans. Pour les malades adultes et responsables de familles, cela engendre, parfois, des difficultés à honorer le statut social du chef de ménage.

*« Cela justifiait son absence lors des rencontres familiales pour discuter et décider comment on doit faire pour continuer à bien vivre ensemble... »*, Extrait du témoignage du fils ainé d'un cultivateur.

Cette maladie peut également favoriser la perte d'emploi pour l'ouvrier contractuel en milieu rural si, son incapacité physique n'est pas remédiée à temps pour lui permettre de réaliser l'essentiel des activités à sa charge.

L'Ulcère de Buruli évolue pernicieusement, au regard de sa vitesse effrénée, lorsque sa victime n'adhère pas véritablement au protocole thérapeutique adéquat proposé par la biomédecine. Il peut se transformer en une véritable maladie cutanée chronique traumatisante pour le souffrant, mais aussi pour ses proches qui subissent la difficile expérience de sa prise en charge.

Par ailleurs, les proches qui s'occupent du malade se disent obliger de se soumettre à d'autres formes de traitements préventifs afin d'éviter de subir eux-mêmes une infection pouvant altérer leur bien-être personnel. Cette réalité constitue une source de divers comportements nouveaux et inhabituels chez les proches des malades. Selon ces derniers, quand ils reniflent l'odeur d'un animal mort, ils raclent inlassablement leur gorge et passent plusieurs

moments à cracher. Ils soutiennent rencontrer de grandes difficultés à apprécier les autres formes d’odeurs qui se dégagent. L’Ulcère de Buruli entraîne chez eux une phobie face aux grandes plaies, au sang et aux consommations de viandes. Chez d’autres proches, l’observation laisse entrevoir des comportements déviants comme la consommation souvent abusive de l’alcool à fort degré (*koutoukou* (liqueur traditionnelle)), de la cigarette, du tabac en poudre ou l’usage direct des feuilles de tabac non transformées (enroulées dans des feuilles de bananier, du papier...) pour s’empêcher de cracher en public.

D’autres postures sont imposées au sein du ménage qui abrite le souffrant de l’Ulcère de Buruli, lorsqu’il se soumet au protocole thérapeutique proposé par un tradipraticien de santé. Ce dernier impose au malade, généralement à cause des interdits alimentaires associés au traitement, d’avoir pour lui seul des ustensiles de cuisine, des menus confectionnés uniquement pour lui... De même si le souffrant dormait antérieurement à la maladie avec les autres membres de sa famille, il se retrouve obligé de dormir seul pour ne pas être importuné (touches accidentelles) afin de préserver efficacement le processus de cicatrisation de sa plaie.

Une énième attitude notable dans la gestion de cette affection reste l’isolement du malade. De fait, s’appuyant sur le niveau de gravité avancée de la plaie et de peur qu’elle empeste l’espace familial, le malade y est mis quelquefois à l’écart. Or, cette contraignante mise en quarantaine ne lui donne pas la possibilité de reconstituer son identité sociale bouleversée inopinément par cette pathologie qu’il vit dramatiquement (drame socio-sanitaire) sa présence dans son parcours biographique. Il est perçu comme celui qui attire les amas de mouches à travers la mauvaise odeur de sa plaie. Pour l’entourage, cela indispose voire chasse les visiteurs et conduit à l’isolement quasi total de la famille.

Cette situation pousse les malades à s’inscrire dans une logique de dissimulation (comportement d’autoprotection) de leurs plaies pour fuir les regards sociaux : moquerie, pitié, crainte... Car, les souffrants souhaitent simplement se soigner et recouvrer leur santé.

### 1.3.2. Pratiques d’activités de subsistances dans la plaine de la rivière *Zokéla* comme facteurs de résilience des paysans face à l’Ulcère de Buruli

En énumérant les différentes raisons qui les poussent à se maintenir dans cette zone rurale à haut risque de contamination à l’Ulcère de Buruli, les paysans se résument pour dire que toutes leurs ressources de subsistances y sont implantées. Il s’agit notamment de leurs plantations de cacao, de café, d’hévéas... qui participent à produire leur indépendance socioéconomique, consolider leur qualité de vie (alimentation équilibrée, santé...), construire la socialisation de leurs progénitures, construire leur identité (statut, position) sociale au sein de leur communauté d’appartenance. Donc, aucun acteur parmi eux ne peut admettre facilement l’idée de quitter son patrimoine renfermant autant de valeurs (morales, symboliques, culturelles, sociales, économiques...).

Pour les paysans, la plaine de la rivière *Zokéla* constitue actuellement l’espace agricole le plus fertile et propice pour toutes sortes de cultures (banane, igname, manioc, maïs, légumineuses...) auquel ils se sont accommodés. Puisque, les aléas climatiques font qu’il est difficile pour eux de faire ces cultures vivrières notamment saisonnières, en dehors d’une terre constamment humide. Les sols des baffons de cette rivière sont favorables pour les cultures du riz en saison normale, pour la culture du chou également. S’agissant de la culture de la tomate, les cultivateurs utilisent des motopompes pour répondre à leur besoin en eau d’arrosage. En saison sèche, les populations creusent des étangs pour retenir l’eau afin d’arroser leurs vergers.

Les difficultés, dans cette zone alluviale, auxquelles sont confrontés les paysans demeurent les vagues incessantes de contamination à l’Ulcère de Buruli, mais ils ne connaissent pas réellement les sources. Toutefois, selon eux, même s’ils avaient une certaine certitude sur les risques hygiéniques de cette rivière et ses environs, ils ne disposent pas de ressources sûres pour ne plus en recourir. De surcroit, les cultures du binôme café-cacao connaissent

actuellement de faibles rendements. Les vergers ont quasiment tous vieilli et leurs renouvellements évoluent péniblement à cause du changement climatique. Ils observent ces dernières années une récurrence de longues saisons sèches accompagnées d'une raréfaction des saisons de pluies ordinaires. Il s'agit de grandes pluies sporadiques qui au lieu de favoriser la croissance normale des jeunes plants de cacao et de café les détruisent. Et après, il faut souvent attendre de longues semaines pour espérer encore en recevoir. Les paysans doivent ainsi reprendre à chaque fois le planting des vergers.

Sur cette base, le vivier constitue une nouvelle forme de compensation des cultures de rente (café, cacao). Donc, cette plaine alluviale même si elle n'a pas été aménagée et conditionnée avec des techniques modernes d'hygiénisation (sol, eau), elle constitue la nouvelle source alternative de revenus et de résilience des populations sur leurs propriétés agricoles pour la plupart héritées de leurs grands-parents. Aussi, ils ont un lourd devoir moral de pérenniser la paternité de ces patrimoines familiaux par leurs présences physiques. Car, sur ces lieux, leurs parents défunts y sont enterrés. Ils ne doivent pas les abandonner dans ces espaces ruraux en vendant leurs terres à des personnes étrangères qui n'ont aucun lien de parenté avec les défunt. Donc, elles ne trouveront aucun intérêt particulier à entretenir continuellement les sépultures. Au regard de ces conditions socioculturelles, il semble quasi-impossible pour les habitants environnants de cette rivière d'aménager ailleurs. Même si cela fait plusieurs décennies qu'ils ont constaté l'existence réelle de cette pathologie dans cette zone de sédentarisation.

Il reste aussi impossible pour eux de retourner vivre dans leurs différents villages d'origine. Car en le faisant, ils perdent un triple statut social : celui de chef de famille respecté ; celui de planteur (statut socioéconomique déterminant leur position sociale dans la communauté villageoise d'origine) qui leur permet d'avoir accès à divers priviléges et pouvoirs de décision au village ; celui même de membre intégré à la communauté villageoise (sans ressource sociale, économique, culturelle, donc sans racine). Il serait difficile pour eux de gérer les regards sociaux des autres. Pour sauver leur honneur, ils préfèrent courir le risque de se résigner en se maintenant sur place et espérer un redressement climatique favorable pour la reconstitution de leurs vergers de café-cacao ou les reconvertis en d'autres types de cultures de rentes comme le palmier à huile, l'hévéa, le cola...

Or, pour les victimes de cette affection cutanée chronique qui malencontreusement ont subi un handicap physique grave (torses, membres inférieurs ou supérieurs déformés...) cette tâche s'annonce quasi-impossible (travail à la houe, travail à la machette, se tenir debout sur de longues durées...). Car, sans ressources suffisantes, il est difficile pour elles de poursuivre seules cet objectif jusqu'à terme. De surcroit, elles ne peuvent pas s'octroyer les services d'ouvriers agricoles contractuels pour les aider à mener à bien leurs activités champêtres. « *Ceux qui veulent se débrouiller pour continuer à travailler dans leurs champs, ce n'est facile, mais ils le font à leur propre rythme* », souligne un chef de campement.

S'agissant de la pêche, c'est pendant la saison sèche qu'elle est la plus intense dans la rivière *Zokéla*. Selon les populations environnantes, c'est le moment idéal pour vider les flaques, les étangs, les marais... laissés par la rivière quand elle s'assèche. Cela leur permet d'attraper toutes sortes de poissons (silures, capes, *cameroun*, ...), mais en ignorant le risque qu'elles courent en étant constamment dans cette eau sans de réelles protections corporelles. Or, le sol et les retenues d'eau restent infestés par la bactérie responsable d'Ulcère de Buruli. Bref, malgré cela, tout le monde se retrouve dans les mêmes points d'eau où semblent se développer les gènes de cette pathologie pour satisfaire leurs besoins immédiats : vider certains étangs... connexes en vue d'attraper des poissons.

## 2. Discussion

L'Ulcère de Buruli met fréquemment plus de temps à guérir que la majeure partie des plaies ordinaires. Il peut dépasser les douze mois de traitement. C'est pour réduire ce temps de

morbilité que la biomédecine suggère aux populations de reconstruire leurs comportements socio-sanitaires. Elle leur recommande, dès les premiers signes, de s'orienter directement vers elle pour urgemment bénéficier d'un délai de gestion efficiente et raisonnable de cette pathologie dévalorisante. R.C. Johnson et al. (2004, p. 149) invitent, en effet, les structures de soins à travailler dans le sens de réduire les contraintes du traitement chirurgical pour les patients en termes de durée d'hospitalisation et de pronostic esthétique du traitement.

Par ailleurs, l'Ulcère de Buruli est une affection chronique cutanée qui favorise divers stigmates corporels, émotionnels... à vie chez ses victimes en influençant tragiquement leurs affects et leurs perceptions de soi post-guérison. C'est dire que, malgré les pratiques de chirurgies réparatrices pour reconstruire les tissus corporels détruits, le malade, même guéri, ne parvient pas systématiquement à se sentir en état de bien-être complet comme les autres membres de son entourage. Le corps du malade reste mutilé au regard des séquelles (anomalies) laissées par la gravité de cette plaie chronique. Il peut se retrouver après guérison avec plusieurs parties de son corps (membres, thorax...) déformées. Cette plaie à la capacité de réduire la mobilité des personnes qui en sont victimes sur de longues périodes : facteur d'invalidité physique.

D'un point de vue esthétique, cela pose le problème de la déconstruction et de la reconstruction identitaire qui suscite la difficulté de la réintégration sociale post-guérison des malades qui ne parviennent plus à se percevoir comme avant la maladie. La plaie leur a arraché une partie d'eux. La fin de l'Ulcère de Buruli à travers sa cicatrisation constitue, pour eux, une autre forme de maladie. Car, ils vont devoir à nouveau se resocialiser en apprenant à vivre sans la maladie, mais aussi avec les stigmates (handicaps physiques, difficultés motrices...). Ils doivent également reconstruire leurs rapports aux autres membres de leur communauté d'appartenance clairement bouleversés par l'avènement inopiné de la plaie. Ils vont recomposer leurs trajectoires sociales post-guérison avec les jugements de valeur (discrimination, marginalisation) sur les perceptions de leur physique, incapacité, invalidité... Ainsi, les victimes se doivent de reconstruire leurs parcours de vie que l'Ulcère de Buruli a transformé le cours ordinaire de par sa longue cicatrisation associée à une souffrance sans discontinuité du fait de sa chronicité et des diverses formes de gangrènes difficilement guérissables aussi bien par la biomédecine que par la thérapie traditionnelle locale.

Aussi, selon les travaux de L. Nendaz et C. Sordet (2015, p. 4), citant Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014, p.390), souvent, les représentations de la maladie se font autour des thèmes suivants : attribution causale (origine et responsabilité dans la maladie) ; identification (nom, symptômes, etc.) ; gravité perçue et curabilité ; traitements appropriés ; contrôle perçu ; durée et conséquences de la maladie. En s'appuyant sur Kohl (2006, p. 116), ces deux auteures estiment que les représentations des causes de la maladie ont une influence sur le choix du traitement entrepris par le patient et sa famille, mais ils ne sont pas en relation linéaire : en général, les patients et leur famille vont essayer divers traitements. Les perceptions, les attitudes voire les comportements des malades et leurs proches relativement au recours aux services des tradipraticiens de santé pour s'assurer une guérison spontanée, sont guidés par une logique de non-adhésion à une position durable de désorganisation de leur trajectoire sociale post-diagnostique de l'Ulcère de Buruli.

Ainsi, face à cette maladie cutanée complexe, imprévisible et multirécidiviste, les tradipraticiens de santé continuent de faire douter les malades et leurs proches en milieu rural sur les capacités de la biomédecine à pouvoir réellement la traiter et la guérir. Pour ces thérapeutes traditionnels, il ne s'agit pas d'une simple maladie de la peau, mais une maladie qui va au-delà de cet aspect physiologique ou dermatologique vu de tous. Il s'agit, pour eux, d'un phénomène socio-sanitaire multidimensionnel dont seules les personnes suffisamment initiées dans ce domaine disposent des compétences idoines pour y faire face.

À cet effet, l'observation du processus thérapeutique des paysans de Brozan face à l'Ulcère de Buruli laisse entrevoir divers parcours de soins inachevés avec pour conséquence inhérente une récurrence parfois incontrôlable de récidive. Sur le fondement d'un imaginaire social, mais aussi d'un comportement collectif dont les tradipraticiens de santé en sont les principaux instigateurs dans ce milieu rural, les malades et leurs proches écourtent leur recours à la biomédecine. Nombre d'entre eux, pour leur première expérience avec l'Ulcère de Buruli, malgré une longue période (plusieurs mois) de traitement, seulement la première semaine a été consacrée à un séjour au dispensaire de Brozan. Le reste du temps, ils se sont fait soigner à l'indigénat dans la même localité. Cette attitude peut favorable à leur bien-être, semble constituer une habitude de soins commune que tous s'y accommodent. Or, en l'appliquant, sans le savoir, ce procédé participe à la pérennisation des cycles de rechutes des patients. Selon l'infirmier spécialiste, les bactéries responsables de l'Ulcère de Buruli présente dans le sang ne peuvent être entièrement détruites avec ces irrégularités dans le traitement biomédical. Ils se reproduisent, en effet, insidieusement et favorisent dans une totale imprévisibilité diverses réurgences soient aux mêmes endroits que les précédentes (anciennes cicatrices) soient dans d'autres zones d'apparition insoupçonnées sur le corps. Alors que, les malades et leurs proches construisent cette déviance socio-sanitaire comme la plus sûre au regard des vagues successives de récidives et ne cherchent à rencontrer l'infirmier qu'en cas de formes graves de la maladie.

## Conclusion

Cette recherche sur les expériences sociales des paysans de Brozan relativement à l'Ulcère de Buruli révèle divers facteurs explicatifs de leur résilience au regard des hauts risques de contamination dans la plaine de la rivière *Zokéla*. Elle traduit également la structuration des dynamiques comportementales de ces paysans face à la longue gestion de cette affection cutanée chronique et ses imprévisibilités socio-sanitaires. Ainsi, les qualités d'informations à disposition sur les causes et modes de transmissions de l'Ulcère de Buruli traduisant les niveaux de connaissances des paysans participent à la production de leurs perceptions sociales sur ses constantes réurgences.

En outre, ces perceptions socio-sanitaires sur les caractéristiques d'émergence et d'évolution de cette maladie influencent généralement la construction des rapports aux choix thérapeutiques appropriés chez ces populations. D'où, l'observation post-diagnostique d'un recours bifurqué du dispensaire de Brozan (thérapie biomédicale) face à la nécessité d'une guérison rapide pour le malade et son entourage. Ils s'orientent selon leurs perceptions socio-culturelles de l'Ulcère de Buruli vers une certaine accommodation thérapeutique alternative des tradipraticiens. Par ailleurs, les pratiques d'activités de subsistances dans la plaine de la rivière *Zokéla* contribuent à forger chez ces acteurs des capacités de résilience face à l'Ulcère de Buruli qui en s'y pérennisant bouleverse dans le temps leurs habitudes de vie.

Ainsi, les paysans demeurent conscients de la menace permanente du risque sanitaire que constitue la possibilité d'être contaminés à tout moment par cette pathologie. Puisque dans les hameaux, les familles ont leurs membres qui contractent régulièrement l'Ulcère de Buruli. Cependant, ces populations ne savent pas effectivement l'origine de la bactérie qui engendre les vagues successives de réurgences en leur sein. De même, elles ne savent pas si le fait d'être sur des chantiers agricoles dans la plaine alluviale et le fait de pratiquer des activités intensives, sporadiques (pêche, baignade...) dans l'eau de la rivière *Zokéla* participent à rependre et à perpétuer les cycles de réémergences de l'Ulcère de Buruli. C'est dans cette ignorance de ses causes qu'elles s'y maintiennent et continuent de pratiquer quotidiennement leurs activités champêtres de subsistances. Cette réalité laisse entrevoir une forme de résilience chez ces acteurs ruraux de Brozan face à leurs nécessités de survie.

Aussi, il n'existe aucune association de lutte contre l'affection de l'Ulcère de Buruli dans cette zone rurale du département d'Oumé pour sensibiliser les paysans sur les causes, les

conséquences, la nécessité de l’adhérence et de l’observance des formes de traitements disponibles, les mécanismes de gestion de sa constante résurgence, la dynamique comportementale à observer pour ne pas en être victime... C'est seulement au cours des séances de consultations que l'infirmier de Brozan profite pour donner quelques informations sur la maladie, sa médication et sur les dispositions à prendre pour l'éviter durablement. Car, il s'agit d'une pathologie chronique imprévisible dont l'une des plus grandes difficultés est son caractère multirécidiviste notamment sa capacité à pouvoir se reproduire en réapparaissant plusieurs fois au même endroit, mais aussi sur toutes les parties qui constituent le corps humain sans exception (membres inférieurs et supérieurs, torse, thorax, flan...).

## Références bibliographiques

ADJET Affoulada Abel, ADOU Lucien, KONAN Danièle, 2016, « Itinéraires thérapeutiques pluriels et recours tardif des malades de l’Ulcère de Buruli dans les centres de prise en charge dans le district sanitaire de Yamoussoukro (Côte d’Ivoire) », *European Scientific Journal*, Vol.12, No.30, URL : <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n30p263>.

AUBRY Pierre et GAÜZERE Bernard-Alex, 2020, *Ulcère de Buruli Actualités 2020*, Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale, Université de Bordeaux, [www.medecinetropicale.com](http://www.medecinetropicale.com).

BACH Sejla, PIOTTON Sébastien, VILARINO Raquel, WAELETI Fanny, 2006, *Les médecines parallèles, immersion en communauté*, Juin 2006, En ligne : <http://www.medecine.unige.ch>.

BROSSAIS Emmanuelle, PANISSAL Nathalie et GARCIA-DEBANC Claudine, 2013, « Analyses plurielles d'un débat entre élèves. Émergence d'une méthode d'analyse thématico-argumentative », *Cahiers de recherche sociologique*, Numéro 54, pp. 113–140, <http://id.erudit.org/iderudit/1025995ar>.

DUMEZ Hervé, 2011, « Qu'est-ce que la recherche qualitative ? » *Le Libellio d'AEGIS*, 7 (4 - Hiver), pp.47-58, fhal-00657925, HAL Id: hal-00657925, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657925>.

GASPARD Claude, 2019, *Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse*, Publié le 22 octobre 2019, <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>.

JOHNSON Roch Christian, MAKOUTODE Michel, HOUNGNIHIN Roch, GUEDENON Augustin, IFEBE David, BOKO Michel, PORTAELS Françoise, 2004, « Le traitement traditionnel de l’Ulcère de Buruli au Bénin », *Médecine Tropicale*, Numéro 64, pp. 145-150.

KANGA Jean Marie, KACOU Djatch Edgard, KOUAME Koffi, KASSI Eva, KALOGA Mamadou, YAO Jewelia K., DION-LAINE M., AVOAKA L.E., YOBOUE Pauline, SANGARE Aboulaye, ECRA Elidje Joseph, AYE Chawmay et al. 2004, « l’Ulcère de Buruli : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en Côte d’Ivoire », *Médecine Tropicale*, 64-3 : 238-242, Marseille.

MARCELLINI Anne, TURPIN Jean-Philippe, ROLLAND Yannick et RUFFIE Sébastien, 2000, « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine », *Corps et culture*, Numéro 5 <http://journals.openedition.org/corpsetculture/710>.

MARION Estelle, LANDIER Jordi, EYANGOH Sara, MARSOLLIER Laurent, 2013, « l’Ulcère de Buruli–Un modèle de recherche transversale dynamique au sein du réseau des

Instituts Pasteur », *Revue Médecine/Sciences*, Paris, Octobre 2013, Volume 29, Numéro 10, pp. 912–917, <https://doi.org/10.1051/medsci/20132910021>.

NENDAZ Laura et SORDET Caroline, 2015, *Ulcère de Buruli : Éléments déterminant l'itinéraire thérapeutique des personnes atteintes en Afrique*, Travail de Bachelor, Haute École de Santé-Filière Physiothérapie de Genève.

TRIMBUR Margot, PLANCKE Laurent, SIBEONI Jordan, 2022, *réaliser une étude qualitative en santé, guide méthodologique*, <https://www.researchgate.net/publication/358769151>.

Rapport stop buruli Cameroun, 2013, *Informations de base sur l'Ulcère de Buruli (ub) destinées à la Communauté Bankim du Cameroun*,

<https://www.fairmed.cm/attachment/87/show?name=Cameroon%2BBU%2Beducation%2B1-2-14%2BPDF>



**Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines**

# **BOLUKI**

**Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales**

*BOLUKI*, est une revue semestrielle à comité scientifique et à comité de lecture de l’Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines (INRSSH). Elle a pour objectif de promouvoir la Recherche en Sciences Sociales et Humaines à travers la diffusion des savoirs dans ces domaines. La revue publie des articles originaux ayant trait aux lettres, arts, sciences humaines et sociales en français et en anglais. Elle publie également, en exclusivité, les résultats des journées et colloques scientifiques.

Les articles sont la propriété de la revue *BOLUKI*. Cependant, les opinions défendues dans les articles n’engagent que leurs auteurs. Elles ne sauraient être imputées aux institutions auxquelles ils appartiennent ou qui ont financé leurs travaux. Les auteurs garantissent que leurs articles ne contiennent rien qui porte atteinte aux bonnes mœurs.

## ***BOLUKI***

Revue des lettres, arts, sciences humaines et sociales  
Institut National de Recherche en Sciences Sociales et Humaines (INRSSH)

**ISSN : 2789-9578**

**2789-956X**

## **Contact**

E-mail : [revue.boluki@gmail.com](mailto:revue.boluki@gmail.com)  
BP : 14955, Brazzaville, Congo