

Logiques du syncrétisme thérapeutique dans la prise en charge pédiatrique de l'ulcère de buruli à Djékanou (Côte d'Ivoire).

Logic of therapeutic syncretism in pediatric management of buruli ulcer in Djékanou (Ivory Coast).

N'DIA Anon Félix

Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan,

KONAN Kouadio Arsène,

Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan

ABOUTOU Akpassou Isabelle,

Université Pelefero Gon Coulibaly

Résumé

L'ulcère de buruli est une maladie infectieuse dont le nombre de victimes ne cesse de croître en termes de morbidité en Côte d'Ivoire parmi les enfants de 0 à 15 ans. Chronique et invalidante, elle entraîne une marginalisation sociale du sujet en souffrance due à certaines de ses manifestations cliniques perçues comme dégradantes. A cause de ses complications, il est recommandé un dépistage précoce des cas et un recours immédiat aux institutions hospitalières spécialisées. Pourtant, les proches aidants des enfants atteints ont recours au centre spécialisé de Djékanou à un stade très avancé de la maladie. Cette recherche vise à comprendre le recours tardif aux soins biomédicaux dans la prise en charge des enfants atteints de l'ulcère de buruli. Il s'agit principalement de comprendre le processus de prise de décision des proches aidants qui entraîne le recours tardif aux centres spécialisés de lutte contre l'ulcère de buruli. Essentiellement qualitative, la présente étude de 76 jours, a été menée dans le centre spécialisé de lutte contre l'ulcère de buruli de Djékanou. Elle a permis d'interviewer 18 personnes. Aussi, une recherche documentaire et des observations ont été faites en complément à la cueillette des données. Les centres de prise en charge deviennent pour ainsi dire, le dernier recours des proches aidants des enfants atteints pour améliorer l'état de leur santé. De ce fait, les résultats montrent que le diagnostic social de l'ulcère de buruli, la pluralité des itinéraires thérapeutiques et les facteurs de choix du modèle sont à l'origine des recours tardifs aux structures sanitaires. Ce comportement trouve son explication dans la diversité thérapeutique. Constitués de pratiques profanes et savantes, les parcours de soins sont marqués par leur linéarité et circularité.

Mots-clés : Ulcère de buruli, itinéraire thérapeutique, recours tardif, enfant.

Abstract

Buruli ulcer is an infectious disease whose number of victims continues to increase in terms of morbidity in Côte d'Ivoire among children aged 0 to 15. Chronic and disabling, it leads to the social marginalization of the subject in suffering due to some of its clinical manifestations perceived as degrading. Because of its complications, it is recommended that cases be detected early and that specialized hospitals be used immediately. However, close caregivers of affected children use the specialized center in Djékanou at a very advanced stage of the disease. This research aims to understand the late use of biomedical care in the care of children with Buruli ulcer. The main focus is to understand the decision-making process of close caregivers, which results in late use of specialized Buruli ulcer centers. Essentially qualitative, this 76-day study was conducted at a specialized center for the control of Buruli ulcer in Djékanou. It interviewed 18 people. As well, a literature research and observations were made in addition to the data collection. Care centers are becoming, as it were, the last resort for the caregivers of children with the disease to improve the health of children. As a result, the results show that the social diagnosis of Buruli ulcer, the plurality of therapeutic routes and the factors of choice of the model are at the origin of the late use of health facilities. This behavior is explained by therapeutic diversity. Consisting of profane and learned practices, the paths of care are marked by their linearity and circularity.

Keywords : Buruli ulcer, therapeutic route, late recourse, child.

I. Introduction

L'Ulçère de buruli est l'une des 17 maladies tropicales négligées pour lesquelles plusieurs organisations internationales s'engagent dans la lutte en vue de prévenir et de réduire la morbidité (OMS, 2014). C'est une pathologie qui sévit dans le monde et notamment en Afrique de l'ouest. Bien qu'il soit la troisième maladie mycobactérienne après la lèpre et la tuberculose, l'ulcère de buruli touche plus les populations résidentes dans les zones rurales de certains pays comme la Côte d'Ivoire (OMS, op.cit). Cette pathologie n'épargne aucune couche sociale, mais bien plus présente chez les enfants de 0 à 15 ans (OMS, 2019).

L'ulcère de buruli se manifeste dans un premier temps sous forme de nodule ou de papule indolore sur la peau. A ce stade, les parents d'enfants doivent conduire les enfants dans un centre de santé pour effectuer un dépistage afin de réduire autant que possible les conséquences qui en résultent. Mais bien plus souvent, les parents d'enfants marquent un temps d'observation de l'évolution et s'adonnent par la suite à différents types de traitements mettant ainsi le traitement médical en dernière position. Cet état de fait se heurte aux recommandations de l'OMS quand il préconise un recours immédiat à un centre de santé pour un dépistage précoce, et participe à l'augmentation du nombre d'enfants sortant de cette pathologie avec des limitations fonctionnelles. Cela met en mal la société car il devient un problème social.

Dans le cadre de cette étude, l'intérêt est porté sur les enfants, notamment les enfants de moins de 15 ans atteints de l'ulcère de buruli. Vu l'importance de cette thématique, notre étude se propose de questionner l'itinéraire thérapeutique pluriel et la prise en charge pédiatrique de l'ulcère de buruli à Djékanou. Pour ce faire, nous avons convoqué la théorie de la rationalité procédurale de la décision de Herbert Simon. Cette approche a permis d'abord d'appréhender le diagnostic social de l'ulcère de buruli fait par les proches aidants des enfants malades de l'ulcère de buruli. Ensuite, elle met en lumière les modèles d'itinéraires thérapeutiques qui s'offrent aux aidants face à cette pathologie. Enfin, elle cerne les raisons qui sous-tendent le choix d'un itinéraire. Tout cet ensemble forme le processus de la décision selon cette théorie de H. Simon.

II. Méthodologie

Pour rendre compte du recours tardif aux soins biomédicaux dans la prise en charge des enfants atteints de l'ulcère de buruli, une recherche de 76 jours est effectuée. Elle a couvert la période du 03 mai au 18 juillet 2021 inclus. Cette étude a été conduite à l'hôpital général de Djékanou, précisément au pavillon spécialisé dans la prise en charge de l'ulcère de buruli. A cet effet, à l'aide d'un échantillon de type qualitatif, l'enquête a concerné au total 18 personnes. La technique du choix raisonné a permis d'interroger 07 enfants malades de l'ulcère de buruli, 09 parents d'enfants et 02 agents de santé. En effet, face à l'absence des pères des enfants atteints de la maladie à ulcère de buruli au centre spécialisé de Djékanou, il a été demandé à l'accompagnante de représenter le numéro de téléphone de certains pères afin de pouvoir les joindre par appels téléphoniques.

Par ailleurs, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec ces enquêtés autour de trois thématiques ; le diagnostic social de l'ulcère de buruli, les modèles d'itinéraires thérapeutiques et les raisons du choix. Ainsi, un ensemble d'informations ont pu être collectées et ont permis de saisir les logiques qui légitiment la position des proches aidants quant aux recours tardifs pour soigner l'ulcère de buruli de leurs enfants. Les enregistrements ont été faits à l'aide de smartphone doté d'un enregistreur vocal. Ainsi, les données recueillies ont fait l'objet de retranscription suivi d'une analyse de contenu. Cette analyse a permis de saisir les diagnostics sociaux de l'ulcère de buruli des proches aidants, les modèles d'itinéraires thérapeutiques et les raisons de leurs choix thérapeutiques.

Outre ces entretiens, des observations et une recherche documentaire ont participé à la collecte des données. En clair, cette consultation documentaire s'est avérée importante en vue d'avoir des données relatives au sujet d'étude. De plus, cette consultation a permis de disposer d'informations nécessaires qui existent déjà dans des productions scientifiques et des ouvrages littéraires en rapport avec l'objet de la recherche. Elle s'est effectuée dans le but de cerner les problématiques déjà abordées. Concernant l'observation, elle a permis de constater directement les faits, de saisir certaines situations qui permettent de comprendre les comportements des individus.

De manière générale, la rationalité procédurale de la décision de H. Simon (1976) a servi de base théorique. Nous avons opté pour cette théorie, car elle permet la compréhension du recours tardif de la prise en charge médicale des enfants atteints de l'ulcère de buruli. Pour H. Simon, le recours aux soins s'inscrit dans un processus de décision dont le proche aidant en est l'acteur décideur.

III. Résultats

Plusieurs raisons permettent de comprendre le phénomène de recours tardif aux structures sanitaires spécialisées, des proches aidants des enfants atteints de l'ulcère de buruli, en vue de bénéficier des soins. Parmi ces raisons, nous notons d'abord le diagnostic social de l'ulcère de buruli. Ensuite, à côté de ce diagnostic social se trouvent différents itinéraires thérapeutiques, capables selon les proches aidants de répondre à leurs besoins. En effet, au regard des diagnostics sociaux faits par les proches aidants et les différents itinéraires qui s'offrent, le recours aux structures sanitaires ne sembleraient pas répondre de manière satisfaisante à leurs besoins. Enfin, les proches aidants décident de l'itinéraire qu'ils jugent dans un premier temps adapté à leurs besoins. Par conséquent, la décision de recourir aux institutions sanitaires spécialisées comme un moyen satisfaisant est réalisée tardivement. En somme, les facteurs relatifs aux diagnostics sociaux de l'ulcère de buruli, les modèles d'itinéraires thérapeutiques possibles et les raisons du choix des proches aidants ont conduit ceux-ci à mettre les modèles africains au premier plan dans la quête de la guérison des enfants malades.

2.1. Diagnostic social de l'ulcère de buruli.

Selon les personnes enquêtées, le recours tardif aux offres de soins du centre spécialisé est relatif à la méconnaissance des symptômes de l'ulcère de buruli et des perceptions qu'elles se font de l'ulcération.

2.1.1. La méconnaissance des symptômes de l'ulcère de buruli comme facteur de recours tardif aux soins.

La méconnaissance des symptômes de l'ulcère de buruli selon les enquêtés est perçue comme une difficulté de diagnostic. C'est l'un des arguments les plus récurrents. Elle a été notée par les enquêtés comme une difficulté, qui tient du fait de la pluralité étiologique et de manifestation diverse de la pathologie. En effet, la manifestation débute par des enflures, des boutons. Tous ces signes se présentent sans douleurs. C'est ce qui est mis en exergue par les propos ci-dessous :

« *Au départ quand la maladie a commencé son pied était enflé. Il m'a montré mais ça ne lui faisait pas mal. Donc je ne pensais pas que c'était une maladie grave même. Il jouait au ballon avec, il se promenait. Il faisait tout même avec pendant près de trois semaines. Donc après son papa a pensé que c'était une maladie que nous appelle ça 'oflé dja' ça veut dire pied de papayer mais ça va finir* », (Femme, mère d'enfant de 11 ans).

« *Quand la maladie a commencé, c'est comme début de maladie qu'on appelle pied d'éléphant. Le pied de mon fils était devenu gros comme cela et puis ça ne faisait pas mal. J'ai pensé que c'est pied d'éléphant et après il y a des petits boutons dessus* », (Homme, père d'enfant de 15 ans).

A l'analyse de ces propos, il est à noter que la méconnaissance des symptômes de l'ulcère de buruli par les proches aidants se manifeste, soit par une assimilation à une maladie bénigne, soit ils la banalisent. De même, ils ignorent les risques associés à cette pathologie méconnue dans sa phase initiale au point où ces aidants la négligent. Ces propos traduisent aussi l'expression d'une difficulté de diagnostic de la maladie de la part des proches aidants. Ils la qualifient de « *pied de papayer* » ou de « *pied d'éléphant* ». Ces faits énoncent une perception sociale et individuelle des symptômes faite par les proches aidants. Ainsi la méconnaissance de la maladie de l'ulcère de buruli par les aidants des enfants atteints est toujours perceptible. C'est pourquoi ils l'assimilent à une maladie bénigne qui peut se guérir naturellement. Et donc la pathologie ainsi diagnostiquée ne nécessite pas, selon eux un recours aux structures sanitaires. C'est ce qui ressort des propos de cette femme, mère d'enfant de 9 ans.

« *Quand la maladie a commencé, il m'a montré mais moi je ne savais pas c'est quelle maladie. Donc j'ai montré à mon mari son papa mais lui-même il ne connaît pas aussi c'est quoi. Le pied de mon fils était gonflé un peu et puis y avait petit bouton. Mais ça ne faisait pas mal. On a pensé que c'est bête qui l'a piqué au champ. Mais comme il dit que ça ne lui fait pas mal donc on sait dit que ça va passer dans quelques jours* ».

Selon ces propos, la méconnaissance de l'ulcère de buruli est perçue par l'ignorance des symptômes et de l'agent vecteur responsable de la pathologie par les proches aidants. Ils attribuent les symptômes à ceux d'une piqûre d'insecte qui ne présente aucun danger pour la santé. Dans un tel contexte, ils observent l'apparition de l'enflure qui doit normalement disparaître au bout de quelques jours. Ces propos attestent donc de la méconnaissance de l'ulcère de buruli par les proches aidants. Par conséquent, la méconnaissance des symptômes de l'ulcère de buruli est un facteur du recours tardif aux soins biomédicaux.

2.1.2. Les perceptions associées à l'évolution de l'ulcère de buruli comme facteur de recours tardif au centre spécialisé.

Les différentes perceptions que se font les proches aidants des enfants atteints de la maladie, ont lieu dès lors que la maladie quitte la phase symptomatique et qu'elle se trouve au stade ulcératif. Ces perceptions sont d'ordre culturel. Cela est soutenu dans ce discours-ci :

« *J'ai déjà dit. Je dis que plaie là n'est simple. Parce que toi-même faut voir, simple plaie peut devenir comme ça. C'est les sorciers-là qui ont fait ça. Je suis sûr que c'est maladie de sorcellerie. Et puis le féticheur*

même a dit ça, il dit que les gens ont pris le pied de mon fils pour faire leur bois où ils coupent leurs viandes dessus. Sinon on ne peut comprendre que quelqu'un est là et son pied peut devenir comme ça un coup. Chez nous quand c'est comme cela on dit que c'est sorcellerie ». (Femme, mère d'enfant de 6 ans).

A l'analyse de ces propos, il ressort que la manifestation impressionnante et absurde met en mal les proches aidants ; au point d'accuser les sorciers d'en être la cause. En d'autres termes, la maladie telle que perçue n'est pas simple mais relève du monde surnaturel. Selon eux, la pathologie telle que manifestée ne peut être qu'un malheur d'origine invisible. En clair, il s'agit de l'œuvre des sorciers. Cette assertion est soutenue par cette femme :

« Tu sais c'est les enfants oh ! Ils se promènent sans chaussure. C'est dans ça il a marché dans médicament de quelqu'un. Alors que comme ça là, on ne soigne pas à l'hôpital. Ce n'est pas maladie de blanc donc on a pensé qu'hôpital connaît pas. Ça c'est médicament africain qui moyen ça bien. C'est maladie de noir. Hôpital ne connaît pas, hôpital soigne pas » (Femme, mère d'enfant de 10 ans).

De ces propos l'on retient que la connaissance du risque encouru par l'apparition d'une maladie est rattachée à la perception de la cause. Cette dimension est perçue à travers deux(02) agrégats d'appréciation : s'agit-il d'une « maladie de noir » ou plutôt d'une « maladie de blanc ». Toutefois le premier cas « maladie de noir » est le plus mis en évidence dans ces propos. Tous simplement, parce qu'à ce niveau, la maladie est perçue par les proches aidants comme ne nécessitant pas de recours à la biomédecine. C'est une maladie d'origine africaine. Par conséquent, elle va au-delà de la compétence la médecine d'origine occidentale. Par ailleurs, la prière est un moyen de diagnostic des problèmes de santé. Un homme, père d'enfant de 13 ans exprime cela en ces termes :

« Nous ont est chrétien, on va à l'église. Quand la maladie a commencé on est allé pour qu'on prie dessus. Les fidèles et le pasteur ont révélé que c'était un sort, un envoûtement. Et puis c'est vrai parce qu'on est chrétien donc il y a tellement de tentations que si tu n'es pas fort spirituellement ils vont t'avoir facilement. C'est la prière qui peut sauver dans les situations comme ça hein. C'est Dieu ou rien ».

Pour cette famille, l'infection à l'ulcère de buruli est d'ordre surnaturel. La guérison est d'abord spirituelle dans un cas « d'envoûtement » ou de « sort ». Ainsi, c'est l'esprit humain qui se trouve hypothéqué. Dès-lors, il est important de mener des combats spirituels (prières), le seul moyen pour désenvoûter l'enfant. C'est la prière qui peut délivrer l'âme de l'emprise maléfique.

2.2. Les modèles en termes d'itinéraires thérapeutiques

Ce chapitre consistera à décrire les modèles en termes d'itinéraires thérapeutiques empruntés par les proches aidants des enfants malades de l'ulcère de buruli. Il s'agit ici des différents itinéraires empruntés avant le recours au centre spécialisé.

2.2.1. L'automédication comme facteur de recours tardif au centre spécialisé

La capacité de l'automédication à traiter efficacement certaines pathologies bénignes qui apparaissent donne un poids à cette pratique. Dans cette étude, les personnes enquêtées usent de plusieurs formes de médicaments, allant de la pharmacie, des médicaments de marché et des médicaments traditionnels. C'est une pratique qui consiste à l'usage de médicaments dont les personnes ont déjà expérimenté l'efficacité sur certaines maladies avec des symptômes similaires. C'est le cas de cet homme, père d'enfant de 14 ans qui dit ceci :

« Quand son bras a commencé à s'enfler, on a cherché médicaments pour mettre dessus. On a mis maison de guêpe dessus, comme ça finit les enflures aussi là. Après on a pris aussi des feuilles qu'on mettait sur braise pour appuyer dessus ».

« Moi dans les débuts, je mettais pierre noire. Je frottait avec du citron ». (Femme, mère d'enfant de 6 ans)

Ces propos montrent que dans l'automédication pratiquée par les proches aidants, ils utilisent des « nids de guêpe », « pierre noire » qui sont des antibiotiques de types africains ; des feuilles pour les massages. En effet, ces médicaments ont pour fonction de faire disparaître les enflures. Ils appliquent la pierre noire pour certains et les nids de guêpe fait à base d'argile pour d'autres sur la partie du corps affectée. Ces médicaments d'origine africaine sont des anti-inflammatoires. C'est le fait que les aidants se rendent dans les pharmacies ou encore chez les vendeuses de médicaments dans la rue pour s'en procurer afin de guérir le mal de leurs enfants. C'est le cas de cet enquêté qui ne manque de le dire en ces termes :

« J'ai dit déjà, parfois faut essayer ce que tu connais avant d'aller à l'hôpital. Si tu prends par exemple mil maladies ou bien gabelol là tu bois. On paye ça chez les femmes djoula. Donc on a essayé ça. Et quand c'est percé, je soignais avec l'eau chaude et je mettais toupaille jaune là-dedans. Et si maintenant ça ne va pas toi-même tu sais que ça ne va pas, tu cherches ailleurs maintenant » (Homme, père d'enfant de 13 ans).

« Quand j'ai vu son bras enflé, je suis rentrée rapidement à la pharmacie. J'ai payé une pommade pour masser dessus et des antibiotiques pour boire. C'est parce qu'on venait d'un voyage ». (Femme, mère d'enfant de 11 ans)

Pour ces proches aidants, comme pour certaines personnes interrogées, ils utilisent les médicaments qu'ils connaissent déjà ou une fois utilisée. Et cela dans l'objectif d'éviter le recours aux structures sanitaires. En d'autres termes, les proches aidants s'empressent d'utiliser parfois les médicaments qu'ils ont sous la main déjà, soit qu'ils achètent dans une pharmacie ambulante, soit dans une boutique ou un dépôt pharmaceutique. C'est une perspective qui procure un sentiment d'autonomie à condition qu'elle aboutisse à la guérison. Ainsi l'automédication est accompagnée d'une rationalité par rapport au coût de la prise en charge médicale. Par conséquent, l'automédication apparaît comme un facteur du recours tardif.

2.2.2. L'habitus thérapeutique comme facteur du recours tardif au centre spécialisé.

L'habitus thérapeutique désigne l'ensemble des comportements acquis des proches aidants face à un problème de santé. Ces comportements sont des manières de penser, d'agir et de faire qui constituent un système de préférence particulier intériorisé durant la socialisation. Ce système de préférence particulier est comme une éducation thérapeutique qui relève de la culture de l'individu. C'est unedémarchethérapeutique qui obéit à une logique traditionnelle. Dans cette chaîne de quêtethérapeutique, le recours à la médecine africaine est le point dedépart. C'est donc dans ce sens que s'inscrivent ces propos des proches aidants :

« *Quand il est venu me montrer son pied, je l'ai envoyé chez le vieux N'ZUE, c'est un spécialiste des maladies dans notre communauté. Et tout le monde va là-bas pour se soigner. On fait ça même pour toutes les maladies. On a l'habitude de soigner nos maladies chez lui* ». (Propos homme, père d'enfant de 12 ans).

L'analyse de ce discours permet de noter que le comportement thérapeutique des proches aidants est lié à l'habitus thérapeutique qui leur a été inculqué. En effet, les aidants s'orientent d'abord vers les personnes sachantes de leurs communautés. Ces sachants sont des professionnels reconnues par la tradition, et ils sont censés prendre en charge les problèmes de santé de la communauté. C'est à eux de diagnostiquer la maladie et de proposer un traitement. C'est ce qui explique le recours des parents d'enfants vers le vieux N'ZUE pour la prise en charge du mal de leur enfant. C'est dans cette même veine d'idée que se situe ce discours ci-après :

« *On est tellement habitué à soigner les maladies chez les guérisseurs et féticheurs que souvent on oublie hôpital là même. Ce n'est pas de notre faute, c'est comme ça nos parents faisaient donc je peux dire qu'on est habitué. Moi-même je ne suis jamais allé me soigner à l'hôpital* ». (Père d'enfant de 14 ans).

Ce discours atteste que le fait de se tourner vers les tradithérapeutes dans la quête de la guérison des enfants atteints de l'ulcère de Buruli est selon eux un comportement inné. Ils tiennent ces comportements de leurs ancêtres. Ainsi, ce processus n'est pas un hasard mais émane parfois d'une question de préférence culturelle.

« *Monsieur (enquêteur), vérité vérité là (sincèrement) on n'aime pas hôpital. Je soigne mes enfants rarement chez les docteurs. Si tu vois qu'on vient à l'hôpital, c'est qu'on a essayé au village, mais ça ne va pas. Quand je dis que ça ne va pas, c'est que c'est grave. Donc on vient essayer ici aussi. Mais ce n'est pas à cause de l'argent, parce que l'argent même n'est rien. Parce que la santé est plus que l'argent, même au village on paye quelque chose* ». (Homme, père d'enfants de 14 ans)

Selon les propos ci-dessus, le manque de ressources économiques ne se pose pas comme un obstacle au recours aux soins biomédicaux par les proches aidants des enfants malades de l'ulcère de buruli. Ils agissent selon leurs cultures. En effet, leur comportement est le reflet du processus de soins habituels auquel ils ont été socialisés. Ce processus pour eux commence par leur médecine d'origine (médecine traditionnelle), en cas d'échec, se poursuit dans les établissements médicaux modernes.

2.3. Raisons du choix du recours au centre spécialisé

2.3.1. La quête de la satisfaction du besoin de santé comme facteur de recours tardif au centre spécialisé.

Le choix de l'itinéraire thérapeutique est fondé sur la quête de la satisfaction du besoin en santé. C'est la satisfaction du besoin en santé de l'enfant dans l'immédiat qui guide la décision des parents. Ainsi, ils choisissent l'itinéraire thérapeutique qu'ils estiment susceptible de guérir leur enfant. Ce choix est lié à la subjectivité des parents fondée sur leur perception personnelle. C'est ce qui ressort des propos suivants :

« *Je vais dire encore. Nous, on dit que c'est un sort. C'est quelqu'un qui fait ça, donc quand c'est comme ça, c'est les guérisseurs ou bien les féticheurs qui moyen guérir ça. C'est à cause de ça que j'ai envoyé mon enfant là-bas. Mais après des mois j'ai vu que ça ne va pas donc j'ai décidé d'envoyer l'enfant à Djékanou pour voir* ». (Homme, père d'enfant de 15 ans).

De ces propos, il ressort que dans l'objectif de satisfaire le besoin en santé de leurs enfants, les proches aidants ont recours à différents itinéraires thérapeutiques. Pour trouver une réponse rapide et efficace au phénomène de « sort », cette réponse doit être satisfaisante.

« *Quand son pied est enflé je l'ai envoyé à l'hôpital. Le docteur l'a piqué, mais quand on est arrivé à la maison, son pied est devenu gros encore. Et puis après les boutons sont sortis et ça coulait de l'eau. On est revenu et il a prescrit des comprimés et des injections. On l'a mis sous traitement pendant 56 jours mais plaie la grossit seulement. Et quand j'ai vu ça j'ai dit que on peut pas guérir ça à l'hôpital* ». (Homme, père d'enfant de 13ans).

A l'analyse de ce discours, l'insatisfaction de ce proche aidant part du fait de l'inefficacité des premiers soins médicaux face à la maladie de l'ulcère de buruli. Cette incapacité a mis en doute les traitements, les prestations hospitalières face à cette pathologie.

2.3.2. L'impuissance acquise comme facteur du recours au centre spécialisé

Selon les personnes interrogées, l'impuissance acquise est une attitude adoptée par un individu ayant vécu une expérience qui l'a impacté négativement. C'est une situation qui crée en lui une impuissance psychologique quant à la vue du même phénomène. En effet, le fait d'avoir partagé une expérience de l'ulcère de buruli qui engendre la perte de l'organe affecté suite au recours aux services de soins biomédicaux entraîne chez les proches aidants une résignation acquise. C'est ce qui se dégage de ces verbatim.

« *Quand on voyait que c'est ulcère de buruli là, la plaie là a grossi déjà. Tout son pied est devenu plaie comme ça. Donc on sait dit que si on vient à l'hôpital pour guérir ils vont couper son pied. Parce que je connais un enfant d'une femme on a coupé son bras comme ça. On dit que c'est ulcère de buruli* ». (Femme, mère d'enfant de 12 ans).

Pour cette mère, le recours tardif au centre spécialisé trouve son explication dans son expérience vécue. En effet, la peur d'une éventuelle amputation amène cette mère à rester loin des centres de santé. La connaissance de personnes en situation de handicap physique due à l'ulcère de buruli réveille en elle un sentiment d'impuissance. Ainsi, le recours aux soins biomédicaux apparaît pour elle comme un recours sans espoir, donc un recours de dernière minute.

En outre, la longue durée du traitement de l'ulcère de buruli au sein des structures sanitaires favorise également un sentiment d'impuissance chez les proches aidants. Analysons donc les propos suivants :

« *Quand on m'a dit que c'est maladie ça là je ne suis pas allé chez le tradipraticien, parce je connais un monsieur chez nous qui a envoyé son enfant à l'hôpital. Et ça fait deux ans et demi mais la plaie n'est pas encore finie* ». (Homme, père d'enfant de 13 ans)

« *Moi j'ai un ami qui s'appelle Jean. Son fils a eu cette maladie et quand il l'a envoyé dans un hôpital, mais il a eu tous les problèmes. Il a dépensé jusqu'à mais par finir son fils n'est pas guéri et il est mort. Donc ça m'a un peu découragé* » (Homme, père d'enfant de 12 ans).

Il ressort de l'analyse de ces propos que le traitement prolongé et l'échec parfois enregistré de la médecine moderne face à cette pathologie est une source d'impuissance pour les proches aidants. En effet, face à cette pathologie ils décident donc de s'orienter vers des itinéraires où ces derniers espèrent trouver une réponse rapide et satisfaisante pour la santé de leurs gendres. Toutes ces situations sont des impuissances acquises par les proches aidants.

2.3.3. L'organisation de l'offre de soins comme facteur de recours tardif au centre spécialisé.

L'organisation de l'offre de soins est perçue comme l'ensemble des prestations de sensibilisation, d'information et de dépistage par les proches aidants. Ces termes renvoient aussi aux conditions de la prise en charge des malades de l'ulcère de buruli.

« *Bon! Concernant les campagnes de sensibilisations, on le fait selon des programmes. C'est lorsqu'il y a des projets de sensibilisation qu'on le fait. Mais il faut dire que ce n'est pas trop fréquent comme dans les débuts. Disons qu'il peut y avoir deux projets par an. C'est chaque six(6) mois que nous menons une campagne sur dix(10) jours. On choisit dix(10) villages comme ça. Et nous faisons un jour par village. Et c'est le programme qui organise les projets, donc nous ne pouvons rien faire* ». (Homme, médecin du centre).

L'analyse de ce récit met en relief l'irrégularité des activités de dépistage et sensibilisation. En effet, chaque village a la chance d'assister à une seule campagne par année. Ces campagnes ne tiennent pas compte de la disponibilité des populations indexées par ces activités. Car ces activités peuvent se dérouler pendant un jour ouvrable où les personnes préfèrent vaquer à leurs occupations. En outre, pour cet individu ci-dessous, la rareté des campagnes et l'absence de délégués communautaires au sein des villages apparaissent comme un paramètre explicatif du recours au centre spécialisé.

« *Avant les campagnes se faisaient fréquemment, mais aujourd'hui là c'est rare. Aussi avant le programme avait désigné des personnes dans les villages pour servir d'intermédiaire pour référer les malades mais aujourd'hui on ne les voit plus* ». (Homme, personnel du centre).

« *On dit que quand tu envoies ton enfant là-bas on l'hospitalise forcément. Et puis on doit payer 20.000 Fr pour aider le centre à donner à manger aux gens qui sont malades. Et puis c'est la femme qui doit rester à côté de l'enfant. Donc le temps que je vais grouiller (débrouiller) pour trouver un peu d'argent pour venir là, c'est à cause de ça qu'on est venu en retard* ». (Homme, père d'enfant 15 ans).

Ces propos montrent que la logique du recours tardif aux structures sanitaires spécialisées est accompagnée d'une rationalité par rapport aux coûts sous-jacents de la prise en charge au centre spécialisé. Afin de pourvoir satisfaire les besoins alimentaires des malades et de leurs accompagnantes, les aidants se lancent dans une quête de ressources économiques. C'est le temps de cette quête qui retarde le recours aux soins biomédicaux. En effet, les frais de soins de la maladie ne sont pas l'unique difficulté. Toutefois, l'imprévisibilité

de la durée de guérison induit également l'inquiétude au niveau du capital économique. Tous ces facteurs légitiment le recours tardif aux services spécialisés dans la prise en charge des enfants atteints de l'ulcère de buruli.

IV. Discussion

Les données de cette étude sont bornées à l'échelle d'un seul centre de santé spécialisé dans la lutte contre l'ulcère de buruli. Elles permettent en revanche, d'apporter des précisions à des phénomènes explicités autrement à travers d'autres travaux. En conséquence, les analyses présentées dans ce travail devraient faire l'objet de nouvelles investigations. Plusieurs logiques peuvent être distinguées pour ce qui est du recours tardif aux soins biomédicaux dans la prise en charge pédiatrique de l'ulcère de buruli. On peut notamment avoir : la méconnaissance des symptômes de l'ulcère de buruli ; l'habitus thérapeutique des proches aidants ; l'impuissance acquise des proches aidants et les conditions d'offres de soins médicaux.

En ce qui concerne le diagnostic social de l'ulcère de buruli, deux variables permettent de rendre compte du recours tardif aux soins biomédicaux. Les résultats de cette étude montrent que la méconnaissance des symptômes influence de manière significative les recours aux institutions sanitaires spécialisées. En effet, l'ensemble des proches aidants interrogés ont exposé une confusion qui a induit une banalisation des symptômes. Dans de telles conditions, la nécessité de recourir aux centres de santé n'est pas de mise. Ces résultats sont corroborés par ceux de (A. Adjet, 2016) où la méconnaissance des modes de transmission de l'ulcère de buruli conduit les malades et leurs parents à le confondre à des maladies bénignes. La plupart des malades affirment n'avoir pas été sensibilisés sur les dispositions à prendre dès les premiers signes. Pour preuve, 90% des malades affirment n'avoir jamais entendu parler de l'ulcère de buruli à travers les médias. La majorité des malades soutiennent ne pas connaître l'infection à mycobactérium ulcéran. Ils ne connaissent pas l'appellation officielle du nom de l'ulcère de buruli. Si pour eux, ils affirment avoir vu des ulcérations ayant débutées par des nodules et traitées dans leur milieu de vie, celles-ci ne sont pas connues sous l'appellation d'ulcère de buruli.

Contrairement à S. Fainsang (2000), l'interprétation des symptômes qui est à la fois individuelle et collective est un facteur de l'automédication. En effet, l'apparition des symptômes d'une pathologie peut être appréhendée différemment selon le milieu social et spécifique au sujet atteint. Elle ajoute que les symptômes ne sont ni des signes arbitraires, ni des signes automatiques. C'est dire qu'à chaque instant de la vie d'un individu, le contexte dans lequel apparaît un symptôme est différent. Ainsi la méconnaissance des symptômes n'est pas forcément un facteur de recours à l'automédication. En revanche, selon A. Adjet et al., (2016), la proximité culturelle et géographique de la médecine africaine est un facteur du recours tardif aux centres de soins spécialisés. En effet, cette variable est d'un poids social significatif, car la proximité fait de la médecine africaine une référence thérapeutique qui date de très longtemps. Outre cet aspect, les croyances culturelles, les représentations liées à la maladie, et les contraintes de l'hospitalisation ont aussi permis de rendre compte des itinéraires thérapeutiques pluriels et le recours tardif aux centres de soins médicaux.

En plus, notre étude a abordé la question des modèles thérapeutiques en tant que facteur de recours tardif aux soins biomédicaux dans la prise en charge de l'ulcère de buruli chez les enfants. Cependant, les résultats révèlent que l'automédication et l'habitus thérapeutique (fréquentation de la médecine traditionnelle) sont des facteurs de recours tardif aux soins biomédicaux. Nandaz Laura et al., (2015) montrent que les itinéraires thérapeutiques sollicités par les personnes atteintes de l'ulcère de buruli sont constitués de trois modèles. Toutefois, l'église n'est pas vue comme une option de traitement de l'ulcère de buruli. En revanche, Johnson et al., (2004) relèvent que la religion est un facteur important qui influence l'itinéraire thérapeutique, car elle interdit des rapports à d'autres modes de traitements.

Par ailleurs, cette étude dévoile que le choix tardif au recours au centre spécialisé de Djékanou est soutenu par une quête de satisfaction de besoin en santé, de l'impuissance acquise et de l'organisation de l'offre de soin. Toutefois, le poids économique n'a pas été trouvé par une variable ayant une forte influence sur le recours tardif aux soins biomédicaux chez les proches aidants. De même que nos résultats, une étude menée au Ghana a montré que 71.8% des personnes affectées par l'ulcère de buruli faisaient appel au traitement traditionnel en premier lieu à cause de son accessibilité. (Webb et al., 2009, p.145). Ces résultats sont aussi soutenus par d'autres travaux qui montrent que les africains pratiquent ce type de médecine depuis des milliers d'années, la considèrent efficace et sont bien familiarisés avec les méthodes et les soignants, avec qui ils partagent les mêmes représentations (Bigelow et al., 2002, p.109).

Contrairement à Mulder et al., (2008) concernant les facteurs qui influencent l'itinéraire thérapeutique des malades de l'ulcère de buruli, ils soutiennent que les conseils des proches constituent un facteur externe de taille qui influence la recherche de soins pour 80 % des personnes traitées à l'hôpital et 35% traitées traditionnellement. Cependant, pour eux, le choix est plus tourné vers le traitement à l'hôpital à la différence constaté au centre spécialisé de Djékanou où le recours au centre de prise en charge est vu comme un dernier recours.

Quant à Peeters Grietens et al., (2012), c'est l'existence de divers itinéraires thérapeutiques, et le fait que plusieurs enchaînements ou combinaisons de traitements soient possibles entraînent également le retard du recours au traitement biomédical.

V. Conclusion

Cette analyse a permis de comprendre le processus de prise de décision des proches aidants des enfants atteints de l'ulcère de buruli. Cette prise de décision entraîne le recours tardif aux soins biomédicaux dans la lutte contre l'ulcère de buruli. Le diagnostic social de l'ulcère de buruli est abordé sous l'angle des représentations culturelles. C'est l'un des facteurs favorisant le recours tardif aux soins biomédicaux en Côte d'Ivoire. Bien que n'étant pas exhaustive, cette analyse met en exergue d'autres facteurs qui expliqueraient le recours tardif aux institutions sanitaires. Il est aussi abordé sous l'angle de la barrière économique, de la difficulté d'accès aux structures sanitaires, des habitus thérapeutiques, de l'inaccessibilité de l'offre de soins. Ces facteurs de recours tardif aux centres spécialisés montrent l'intérêt d'une investigation concernant la prise de décision des proches aidants. Ainsi, la prise en compte de ces dimensions permettrait de mieux déceler les buts (subjectifs et/ou objectifs) des proches aidants dans le choix d'un itinéraire thérapeutique, en vue d'une meilleure utilisation des centres de santé de public.

Références bibliographiques

- [1]. ADJET Affoulada Abel, ADOU Lucien & KONAN Daniele, 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*, Edition, Vol.12, n°30, pp 263-279.
- [2]. ADJET Affoulada Abel, 2016, Itinéraires thérapeutiques des malades de l'ulcère de buruli et difficultés de prise en charge hospitalière à Djékanou. URL : <http://dx.doi.org/10.19044/esj>, vol 13, n°3, p197.
- [3]. AHOUA Laurence, 2002, Facteurs de risques de l'ulcère de buruli en Côte d'Ivoire : Résultats d'une enquête réalisée en août 2001, 107p.
- [4]. BIGELOW Julian., WELLING Ray., SINNOTT Richard et al, 2002, Attitudes Toward Clinical and Traditional Treatment for the Buruli Ulcer in the Ga district, Ghana. *Annals of African Medicine* 1(2), pp.99-111.
- [5]. BUNTINE John, CROFTS Kimball, 2001, Ulcère de buruli : Prise en charge de l'infection à M. ulcerans, OMS/CDS/CPE/GBUI/2001.3. 72p.
- [6]. FAINSANG Sylvie, 2000, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale », in ethnologie comparée, Revue électronique semestrielle, n°1, Université de Montpellier 3, France, 18p.
- [7]. JOHNSON Roch Christian et al, 2004, « Le traitement traditionnel de l'ulcère de buruli au Bénin », *Médecine Tropicale*, 64, pp145-150.
- [8]. MULDERJOHNSON Roch et al. 2008. « Healthcare seeking behaviour for Buruli ulcer in Benin ». A model to capture the therapy of patients and healthy community members. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102 (9), <http://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.05.026>, pp. 912-920.
- [9]. NENDAZ Laura, SORDET Caroline, 2015, Ulcère de buruli : Eléments déterminants l'itinéraire thérapeutique des personnes atteintes en Afrique, Travail de Bachelor, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Genève, 78p.
- [10]. OMS, 2014, Ulcère de buruli. Réunion annuelle de l'OMS sur l'ulcère de buruli, Genève, Suisse, 114p.
- [11]. OMS, 2019, Ulcère de buruli et autres maladies tropicales négligées à manifestation cutanée. Rapport final, OMS, Genève, Suisse. 206p.
- [12]. PEETERS Grietens et al. 2012. « Quel rôle les croyances traditionnelles jouent-elles dans la recherche et le retard de traitement pour la maladie de l'ulcère de buruli ? », Aperçus d'une étude à méthodes mixtes au Cameroun. *PLoS ONE* 7(5) : e36954. doi : 10.1371/journal.pone.0036954. 8p.
- [13]. SIMON Alexander Herbert, 1976, From substantive to procedural rationality. In S.J. Latsis (Ed.), *Method and appraisal in economics*, Cambridge, Cambridge University Press, pp.129-148.

N'DIA Anon Félix, et. al. "Logiques du syncrétisme thérapeutique dans la prise en charge pédiatrique de l'ulcère de buruli à Djékanou (Côte d'Ivoire)." *International Journal of Humanities and Social Science Invention (IJHSSI)*, vol. 11(01), 2022, pp 45-52. Journal DOI-10.35629/7722