



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE  
« Espaces, Cultures et Développement »

## MEMOIRE DE DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES

Option : Sociologie du développement

SUJET

# LOGIQUES ET PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES ULCERES CHRONIQUES EN MILIEU AIZO DE ZE

*Réalisé et soutenu par :*  
Flora Sylvie HOUNDJREBO

*Sous la direction de :*  
Dr Roch A. HOUNGNIHIN  
Maître des conférences des universités (CAMES)

### Composition du Jury

Président : Dr Adolphe KPATCHAVI, *maître de conférences/ CAMES*

Rapporteur : Dr Roch A. HOUNGNIHIN, *maître de conférences/ CAMES*

Membre : Dr Cyriaque AHODEKON, *maître de conférences/ CAMES*

Date de soutenance : 19/04/2017

Mention : Très bien,

Note : 16/20

Année académique : 2015-2016



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



-----  
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES  
-----

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE  
« Espaces, Cultures et Développement »

## MEMOIRE DE DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES

Option : Sociologie du développement

SUJET :

# LOGIQUES ET PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DES ULCERES CHRONIQUES EN MILIEU AIZO DE ZE

*Présenté par :*  
**Flora Sylvie HOUNDJREBO**

*Sous la Direction de :*  
**Roch A. HOUNGNIHIN**  
Maître des conférences des universités (CAMES)

**Année académique : 2015-2016**

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
PREMIÈRE PARTIE: CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	12
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	13
1.1. Problématique de la recherche.....	13
1.2. Clarification conceptuelle.....	27
1.3. Justification du choix du sujet.....	31
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	33
2.1. Cadre de la recherche.....	33
2.2. Nature de la recherche.....	34
2.3. Groupes cibles et échantillonnage.....	35
2.4. Techniques et outils de collecte de données.....	37
2.5. Techniques de traitement et d'analyse des données empiriques.....	44
DEUXIÈME PARTIE : LOGIQUES ET PRATIQUES SOCIALES AUTOUR DES ULCERES CHRONIQUES.....	48
CHAPITRE 3 : DU PROFIL DES ACTEURS AUX PERCEPTIONS DIVERSIFIÉES DES ULCÈRES CHRONIQUES.....	49
3.1. Profil sociologique des acteurs concernés par les ulcères chroniques.....	49
3.2. Connaissance sur les ulcères chroniques.....	55
3.3. Perceptions sociales des ulcères chroniques.....	61
CHAPITRE 4 : PRATIQUES THERAPEUTIQUES.....	69
4.1. Pratiques à domicile et chez les tradithérapeutes.....	69
4.2. Prise en charge endogène des ulcères chroniques et principes de bases de l'OMS.....	79
CONCLUSION.....	87
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	90
ANNEXES : OUTILS DE COLLECTE.....	98

## **DEDICACE**

*A mon feu Pépé,  
Damien Gnansounou*

## REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser mes sincères remerciements

- ☞ au Dr Roch A. Hounghini Maître de conférences des universités (CAMES) qui a accepté de diriger ce travail et pour tout le soutien scientifique ;
- ☞ à tous les enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire « Espaces, Cultures et Développement » et du Département de Sociologie-Anthropologie.
- ☞ aux Dr Christian Johnson et Ghislain Sopoh pour tout l'appui et l'orientation dans l'accomplissement de cette recherche;
- ☞ à Arnaud Amoussouhoui, pour l'appui et les conseils ;
- ☞ à mon époux, Célestin A. Balle et mes enfants Obafèmi, Adébayo et Mondukpè Balle, pour l'attention, le soutien et la patience au cours de la réalisation de ce travail ;
- ☞ à mes collègues auditeurs du Diplôme d'Etudes Approfondies, en particulier ceux qui ont contribué à l'amélioration de ce travail à travers leurs remarques et suggestions ; ce travail est aussi le vôtre ;
- ☞ à toutes les personnes ressources et au personnel du Centre de Diagnostic et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB) d'Allada et de la coordination du Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLLUB) pour les informations nécessaires fournies ;
- ☞ à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué d'une quelconque manière à l'aboutissement de ce travail.
- ☞ à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes différentes questions (les répondants de Zè)

## **SIGLES ET ACRONYMES**

<b>CADHP</b>	Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
<b>CCC</b>	Communication pour un Changement de Comportement
<b>CDTUB</b>	Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli
<b>CSA</b>	Centre de Santé d'Arrondissement
<b>CSC</b>	Centre de Santé de Commune
<b>CTB</b>	Coopération Technique Belge
<b>DUDH</b>	Déclaration Universelle des Droits de l'homme
<b>FASHS</b>	Faculté des Sciences Humaines et Sociales
<b>FLASH</b>	Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations-Unies pour la Population
<b>GIZ</b>	Agence Allemande de Coopération Internationale
<b>INSAE</b>	Institut National de la Statistiques et de l'Analyse Economique
<b>IRSP</b>	Institut Régional de Santé Publique
<b>MCNT</b>	Maladie Chronique Non Transmissible
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MTN</b>	Maladie Tropicale Négligée
<b>ODD</b>	Objectif Durable pour le Développement
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PNLLUB</b>	Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli
<b>PNLUB</b>	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
<b>PNUD</b>	Programme des Nations-Unies pour le Développement
<b>RGPH</b>	4 <sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>UAC</b>	Université d'Abomey-Calavi
<b>UB</b>	Ulcère de Buruli
<b>UC</b>	Ulcère Chronique
<b>UE</b>	Union Européenne

**UNICEF** United Nations of International Children's Emergency Fund

**USAID** United States Agency for International Development

**UVS** Unité Villageoise de Santé

## **LISTE DES TABLEAUX, FIGURES, PHOTOS, PLANCHES ET ENCADRES**

### **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Distribution statistique des acteurs rencontrés .....	37
Tableau II: Centres de documentation parcourus et types d'informations collectées .....	38
Tableau III: Outils de collecte et cibles correspondants .....	41
Tableau IV: chronogramme de la recherche .....	43
Tableau V: Nosologie et étiologie des ulcères en fongbé .....	61

### **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Cadre conceptuel de la recherche .....	26
Figure 2: Carte de situation des arrondissements de la collecte dans la commune de Zè .....	34
Figure 3: Répartition de l'échantillon selon les acteurs et le sexe .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

### **LISTE DES PHOTOS**

Photo 1: Plaie protégée par un coupon impropre .....	83
--	----

### **LISTE DES PLANCHES**

Planche 1: Gbogada en traitement à domicile depuis 3 à 4 mois .....	56
Planche 2: Différents produits intervenant dans le traitement à domicile des ulcères chroniques .....	70
Planche 3: ulcères chroniques en traitement chez les soignants traditionnels .....	72
Planche 4: Quelques produits du soignant traditionnel .....	73
Planche 5: Des ficelles et des tissus de pagne autour des ulcères chroniques à but spirituel .....	76
Planche 6: Le bandage de la plaie à domicile .....	81
Planche 7: Cicatrice bénéficiant de soin et cicatrice abandonnée réouverte .....	84

### **LISTE DES ENCADRES**

Encadré 1: Description d'un traitement de plaie chez un tradithérapeute .....	73
---	----

## RESUME

Au Bénin, les ulcères chroniques reçus en consultation dans les centres de santé, en l'occurrence dans les Centres de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli sont des cas se trouvant souvent à un stade avancé, aggravé mais qui auraient bénéficié au préalable d'un traitement local perçu d'inapproprié par le système biomédical. La prise en charge endogène répond tout de même à une logique sociale qu'il convient d'analyser.

La recherche s'est déroulée dans la commune de Zè, au Sud du Bénin ; elle est soutenue par une démarche qualitative. La sélection des répondants est fondée sur les méthodes de choix raisonné. En dehors de la recherche documentaire, 57 personnes ont été enquêtées à l'aide des entretiens semi-structurés, des récits de vie et des observations directes.

Les données analysées selon la méthode d'analyse de contenu montrent que les ulcères chroniques sont pris en charge par des acteurs sociaux de profil varié. Ces derniers font recours aux plantes, aux poudres, aux savons et aux médicaments du marché local pour les soins. Sur la base des perceptions sociales et des croyances religieuses, parfois défavorables à la bonne cicatrisation, des interdits alimentaires et comportementaux de même que les rituels et des prières interviennent dans la prise en charge des ulcères chroniques. Certains comportements et pratiques développés dans la logique de la guérison aggravent parfois les ulcères.

**Mots clés :** Ulcère chronique, logiques sociales, gestion communautaire, Zè

## ABSTRACT

In Benin, chronic ulcers received in consultation in health centers, in the Buruli Ulcer Screening and Treatment Centers, are cases that are often at an advanced stage, aggravated but which would have benefited Prior treatment of perceived local treatment inappropriate by the biomedical system. Endogenous management nevertheless responds to a social logic that needs to be analyzed.

The research took place in the commune of Zè, in the South of Benin; It is supported by a qualitative approach. The selection of respondents is based on the methods of reasoned choice. Apart from the literature search, 57 people were interviewed using semi-structured interviews, life stories and direct observation.

The data analyzed according to the method of content analysis show that chronic ulcers are taken care of by social actors of varied profile. On the basis of social perceptions and religious beliefs, sometimes unfavorable to good healing, food and behavioral prohibitions, as well as rituals and prayers, intervene in The management of chronic ulcers. Certain behaviors and practices developed in the logic of healing sometimes aggravate the ulcers.

**Key words:** Chronic ulcer, social logics, community management, Ze

## INTRODUCTION

Le capital humain jouissant d'une bonne santé est le socle de tout développement. Malgré l'avancée de la technologie où des substitutions à l'action ou à la présence humaine sont réalisées, l'homme est toujours au centre de la production et par ricochet de la croissance économique. Cependant, il faut un capital humain sain (des hommes en bonne santé) pour réaliser la croissance. Dès lors, la santé devient une condition nécessaire du développement. La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition instaurée au Congrès d'Alma Ata en 1978<sup>1</sup> n'a pas été modifiée depuis lors. La santé constitue ainsi, au-delà des avantages économiques et sociaux indéniables qu'elle offre, un facteur d'intégration et de cohésion sociale, un instrument de paix sociale et de progrès. Elle est un droit fondamental et est reconnue comme tel par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH)<sup>2</sup>, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (CADHP)<sup>3</sup> de même que les Constitutions des pays<sup>4</sup>.

Vues sous cet angle, la maladie et la santé, au-delà du biomédical ont incontestablement des dimensions psychologique et sociale (Augé et Herzlich, 1994 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 1999). Par ailleurs, il a été prouvé ces dernières années que des maladies, telles que le paludisme, le sida, la tuberculose affectent considérablement le développement économique de l'Afrique (Sommerfeld et Oduola, 2007), ce qui témoigne du lien étroit entre santé et développement. C'est ce lien qui justifie toute l'attention portée au secteur de la santé aussi bien sur le plan mondial que local. Pour preuve, sur les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) arrivés à échéance en 2015, trois étaient consacrés à la santé à

---

1 La déclaration d'Alma-Ata a été établie à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires ; elle retient cette définition de la santé dans son premier point.

2 Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, article 25 : droit à la santé et à la protection sociale « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale ».

3 Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 1981, article 16 : « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

4 Constitution béninoise de 1990 article 8 : « toute personne humaine est sacrée et inviolable. L'Etat a l'obligation absolue de la respecter et de la protéger. Il lui garantit un plein épanouissement. A cet effet, il assure à ses citoyens l'égal l'accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à la formation professionnelle et à l'emploi

savoir : la réduction de la mortalité infantile (Objectif 4), l'amélioration de la santé maternelle (Objectif 5), le combat contre le sida, le paludisme et d'autres maladies infectieuses (Objectif 6). Pour favoriser l'atteinte de ces objectifs en 2015, des engagements ont été signés entre les partenaires des pays à faibles revenus et les pays développés pour améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement en général, et en particulier sur la santé.

A l'évaluation des OMD, il a été constaté que ces derniers ont contribué de façon essentielle à l'amélioration de la santé de la population humaine. Mais les résultats demeurent en deçà des besoins (PNUD, 2015). C'est alors dans le prolongement des efforts des OMD que l'objectif n°3 « assurer la bonne santé et le bien-être » des Objectifs du Développement Durable (ODD) a été défini. Il vise ainsi à permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous et à tout âge. Cet objectif reprend ceux des OMD en matière de la santé tout en les élargissant aux maladies non transmissibles telles que les diabètes et les accidents de route, autrement aux plaies traumatiques et des maladies tropicales négligées. Au point 6, il est stipulé clairement qu'il faut diminuer d'ici 2020, de moitié à l'échelle mondiale, le nombre de décès et de blessures à des accidents de la route. Il faut également rappeler que la préoccupation de la santé se retrouve d'une manière déguisée au niveau des objectifs 6 et 13 des ODD, respectivement relatifs à « l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement » et « aux changements climatiques ».

Il ne fait alors l'ombre d'aucun doute que la santé est au cœur du développement et qu'elle constitue l'un des principaux chantiers des gouvernements de la plupart des pays africains et une place de choix lui est accordée dans les politiques de développement. Le secteur de la santé devient alors un domaine majeur d'intervention des politiques internationales et nationales. On y note dès lors un foisonnement d'initiatives tant à travers les Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales, des fondations, que par les pays émergents (Moran, 2009). Le même foisonnement est aussi noté au Bénin. Le secteur de la santé bénéficie de l'intervention de plusieurs partenaires techniques et financiers tels que : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'United States Agency for International Development (USAID), le Fonds des Nations-Unies pour la Population (UNFPA), l'Union Européenne (UE), le Programme des Nations-Unies sur le sida (ONUSIDA), la Coopération Technique Belge (CTB), l'United Nations of International Children's Emergency Fund (UNICEF), l'Agence Allemande de Coopération Internationale (GIZ), la Banque Mondiale (BM),... Ces partenaires agissent à travers de multiples initiatives dans le but d'améliorer la situation socio-sanitaire des populations. Toutefois, on observe encore des vulnérabilités dans

le monde entier ; de nombreux acteurs présentent encore une santé fragile et développent plusieurs types de maladies surtout celles chroniques.

Au Bénin, la situation socio-sanitaire des populations n'est pas encore reluisante. Le cadre de vie non acceptable de la majorité favorise l'éclosion des maladies transmissibles et non transmissibles tels que le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose etc. En 2013, les trois principales pathologies retenues comme prioritaires dans la politique de santé au Bénin sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les affections gastro-intestinales (Ministère de la Santé, 2013). Ces pathologies représentent une menace pour la santé et constituent un frein pour le développement. Mais, en dehors de ces maladies qui ont toujours capté l'attention des décideurs et des politiques, existent encore d'autres qui sévissent dans l'ombre, et plusieurs patients en souffrent en silence. En conséquence, elles ne sont pas toujours renseignées et ne sont pas systématiquement prises en compte par les statistiques sanitaires. Il s'agit en l'occurrence des maladies chroniques, c'est-à-dire des maladies qui, par opposition aux affections aiguës, mettent du temps à guérir et réduisent la participation des patients au processus de développement et dont la prise en charge reste aléatoire.

La maladie chronique se définit par la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif d'une ancienneté minimale de trois mois à un an, ou supposée telle, accompagnée d'un retentissement sur la vie quotidienne des personnes atteintes, pouvant inclure une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, et nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux, une aide psychologique, ou une adaptation (Baumelou, 2013). Les maladies chroniques constituent de plus en plus des causes de décès. Elles sont devenues la principale cause de mortalité avec 86 % des décès dans l'Union Européenne. (Da Silva, 2015) et 63 % de l'ensemble des décès à l'échelle planétaire (OMS, 2010). Sur les 36 millions de personnes qui en étaient mortes en 2008, 29 % avaient moins de 60 ans, la moitié était des femmes et 90 % de ces décès étaient enregistrés dans des pays à revenus faibles ou intermédiaires (Van Vugt *et al.*, 2007 ; Vaillant et Salem, 2008). L'Afrique en est fortement menacée, 46% des Africains souffrent d'hypertension, le taux le plus élevé au monde. Quatre millions d'Africains par an mourront d'une MNT en 2020 (pour 44 millions à travers le monde), estime l'OMS, selon laquelle ce chiffre dépassera en 2030 le nombre d'Africains mourant de maladies infectieuses comme le sida ou le paludisme.

Parmi les maladies chroniques, on note les ulcères chroniques (ulcères de jambe, ulcères veineux, ulcères cancéreux, pieds diabétiques, ulcères de Buruli, etc.) qui, lorsqu'ils se manifestent sur l'individu, entraînent non seulement des dommages physiques mais aussi des conséquences dans la vie sociale du patient et de son ménage. Au Bénin, parmi les ulcères chroniques, seul l'ulcère de Buruli a fait objet de plusieurs actions de recherche et d'investissement. Les centres de dépistage et traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB) construits dans les départements de l'Atlantique, du Couffo, du Plateau et du Zou dénotent de l'attention qui est accordée à cette affection.

Les CDTUB sont devenus alors les réceptacles de tous les types d'ulcères, en l'occurrence ceux se trouvant à un stade avancé tout comme l'ulcère de Buruli (UB). Selon les statistiques des CDTUB, les nouveaux cas d'ulcère de Buruli sont en nette régression au moment où les autres ulcères chroniques se multiplient<sup>5</sup>. Il importe de s'intéresser aux facteurs explicatifs de la prolifération des ulcères chroniques, d'où la nécessité de s'attarder sur la gestion locale des plaies en général et des ulcères chroniques en particulier afin d'analyser et d'expliquer les logiques et les pratiques endogènes dans l'optique d'éclairer les planificateurs (sanitaires) sur les choix en matière d'activités préventives pour une réduction de la prévalence des ulcères chroniques. Ceci d'autant plus qu'à travers la connaissance de la culture, et plus précisément de la saisie des connaissances des pratiques locales de prévention ou des systèmes nosographiques et étiologiques, les programmes de santé peuvent connaître d'efficacité en conciliant les théories exportées et les pratiques locales (Fainzang, 1990 ; Laplantine, 1986 ; Fassin et Jaffré, 1990).

C'est justement, les pratiques locales développées autour des ulcères chroniques que se propose d'identifier et d'analyser le présent travail qui est subdivisée en deux parties de deux chapitres chacune. La première est consacrée au cadre théorique et méthodologique qui ont sous tendues les investigations et la seconde donne la présentation, l'interprétation ainsi que l'analyse des résultats de terrain.

---

<sup>5</sup> Le nombre de nouveaux cas d'UB reçus en consultation est passé de 600 en 2012 à 490 en 2015, soit une diminution de 18,33 %.

**PREMIÈRE PARTIE:  
CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE  
LA RECHERCHE.**

## CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre expose la problématique de la recherche suivi du cadre conceptuel proposé pour son élucidation. Il aborde ensuite la clarification conceptuelle, fait le point de la revue de la littérature avant de présenter la délimitation thématique du sujet.

### 1.1. Problématique de la recherche

#### 1.1.1. Etat de la question

##### ☞ Des maladies chroniques non transmissibles en expansion : cas du diabète

Dans de nombreux pays africains, l'offre de soins de santé est insuffisante, complexe et inégalitaire. Ces inégalités d'accès aux soins sont décrites comme étant la conséquence de déséquilibres socio-économiques, spatiaux, médico-politiques ou culturels. Elles ont, pour l'instant, été analysées au sein de trois cadres conceptuels principaux : la santé maternelle et infantile, les populations vulnérables (pauvres ou atteintes du VIH) et l'effet des politiques de santé. (Duboz *et al*, 2015). Mais depuis environ une décennie d'autres champs conceptuels émergent au sein des recherches menées sur l'accès aux soins en Afrique : il concerne les pathologies chroniques non transmissibles, longtemps laissées de côté sur le continent. En effet, les maladies chroniques, constituent aujourd'hui la première cause de mortalité dans le monde; elles sont responsables de plus de 63 % de l'ensemble des décès à l'échelle planétaire (OMS, 2010). Au rang de ces maladies, figurent les cancers, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires et le diabète. Généralement, ces maladies chroniques évoluent lentement, de façon insidieuse et durent aussi longtemps que la durée de vie du malade; elles sont souvent associées à une invalidité et à des complications graves, et ont une répercussion sur la vie sociale, psychologique et économique du malade (OMS, 2013). « Leurs caractéristiques (incertitude, durée, gestion nécessaire opposée à guérison,...) dessinent une situation sociale encore mal définie par tous les acteurs de la maladie » (Baszanger cité par HOUNGNIHIN, 2015).

L'OMS a identifié près d'une quatre-vingtaine de maladies chroniques dont les quatre principaux à savoir les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. Malgré la forte progression de leur prévalence, les maladies chroniques font très peu objet de recherches anthropologiques pouvant identifier les perceptions et les pratiques sociales autour desdites affections. Les quelques rares travaux effectués en anthropologie, ont

beaucoup plus exploré le diabète en insistant sur les formes de dépendance qu'elle induit, ses représentations sociales, l'itinéraire thérapeutique des malades et les types de soins.

Nguyen (2012), en abordant les soins des maladies chroniques, s'est intéressée à l'autonomie du malade dans les soins et la gestion des équipements de soins puisque le discours commun plaide en faveur de l'autonomie du malade. Pourtant, soigner la maladie chronique révèle aussi des attachements. C'est ce qu'elle a essayé de mettre en évidence à travers sa thèse, intitulée « Soigner la maladie chronique, quand le travail d'équipement révèle autonomie et attachements ». En prenant pour exemple le diabète, elle a, à travers le développement de la notion de travail d'équipement essayer de questionner l'autonomie, qui selon elle est loin d'aller de soi. Après analyse des différentes pratiques intervenant dans le traitement telles que l'éducation thérapeutique, l'introduction des médicaments, des équipements (lecteur de glycémie, pompe à insuline), elle aboutit à la conclusion selon laquelle tous ces éléments sont autant de médiations, pour le malade, son entourage, les professionnels de santé, les associations de malades, qui influencent le cours de la vie avec la maladie. Elle a ainsi établi le lien entre la sociologie de la santé et de la maladie, en définissant ce qu'est l'autonomie dans le cadre d'une maladie qui tient le malade et va plus loin en ouvrant vers la construction identitaire de l'homme-avec-la maladie. Autrement, la maladie chronique entraîne une dépendance de l'acteur malade à laquelle doit s'habituer celui-ci dans une autonomie conditionnée.

Duboz *et al.* (2015) quant à eux, ont essayé de décrire le recours aux soins de la population dakaroise en relevant que cette dernière bénéficie des soins satisfaisants bien qu'inégaux du point de vue socio-économique du fait de la disponibilité des infrastructures sanitaires. Tout en analysant l'influence des facteurs socio-économiques et démographiques sur le recours thérapeutique des populations dakaraises, quel que soit le type de maladie, ils ont montré que le recours aux soins ne se fait que dans leur stade avancé. Par ailleurs, ils ont précisé que la méconnaissance des maladies chroniques non transmissibles (MCNT) serait à son paroxysme du fait de la nature des informations ou du déficit d'information à l'endroit des malades ou de leurs familles. Il rejoint ainsi Hounghin (2015) pour qui la qualité des informations reçues par les malades diabétiques est souvent non propice, alors que l'information est déterminante dans l'itinéraire thérapeutique du malade.

En outre, le diabète entraîne une rupture (Savall, 2017) dans les logiques alimentaires, les malades diabétiques ne peuvent plus manger ce qu'ils veulent, ce qu'ils aiment mais uniquement ce qui est autorisé, ce à quoi ils ont droit ». Le diabète se pose en sanction qui les prive de leur « liberté » alimentaire. L'alimentation diabétique entraîne un conflit de norme,

car la cuisine est désormais adaptée, la cuisine de toute la famille, à l'alimentation d'une seule personne. Les habitudes culturelles alimentaires sont modifiées selon les prescriptions médicales alors que la cuisine constitue un art identificatoire de toute une culture. Le diabète entraîne ainsi une rupture identitaire (Savall, 2017).

La maladie chronique affecte ainsi en dehors du malade toute la famille. Gennart *et al.*, (2001) avaient déjà montré que les maladies chroniques modifient le contexte familial. Appuyant leur analyse sur les maladies chroniques pulmonaires, ils ont identifié l'implication de la famille à quatre niveaux : le niveau pratique où des limitations fonctionnelles chez le patient entraînent une redistribution des rôles et des tâches; le niveau affectif, où le lien d'attachement au malade est plus renforcé à cause de la peur de perdre à tout moment un être cher. Le niveau communicationnel est impacté, car les règles communicationnelles sont modifiées pour éviter des situations génératrices de menaces, les conflits par exemple. L'histoire de la famille ne reste pas en marge. La maladie chronique étant un facteur événementiel agit sur l'histoire de la famille, elle tend à y accentuer les tendances « centripètes »: tendances au rapprochement protecteur où, comme lors d'une naissance, la famille se centre sur son espace et ses événements internes, tout en renforçant les limites qui la départagent du monde extérieur. Comme telle, la maladie chronique risque de geler le développement des différents membres de la famille, en les retenant dans une forme de cohésion figée.

Ces différents travaux ont montré l'impact de la maladie chronique sur le malade et sa famille, sur les ruptures brutales dans les habitudes et la difficile réadaptation, à une dépendance autogérée par le malade. Mais ils n'ont pas analysé les logiques et les pratiques de prise en charge des maladies chroniques surtout sur le plan de la médecine traditionnelle. Le recours aux tradithérapeutes, à l'auto médication, les discours portant sur cette pratique sont pourtant légion. Il est nécessaire de déterminer les rapports entre automédication, tradithérapie et épisodes morbides. C'est ce que Hounghin *et al.* (2015) vont démontrer à partir d'une étude réalisée en milieu baatonu au Nord du Bénin. Il a été mis en relief, une nosologie plurielle du diabète et une étiologie impliquant différents registres interprétatifs convergeant vers une maladie liée à une mauvaise alimentation « maladie étrangère », « maladie de l'alimentation », « maladie de l'aisance », une « maladie de l'abondance alimentaire », l'étude a eu le mérite de démontrer également que les croyances, les valeurs ou les représentations de la santé et de la maladie ont une incidence sur les comportements, les pratiques préventives et les attitudes des populations face aux services de santé. Alors que la chronicité du diabète justifie l'instauration de soins modernes longs et coûteux, les acteurs

sociaux y voient un aveu d'échec face à une maladie non naturelle. Les discours populaires développés sur le diabète sont ambivalents aussi bien sur les symptômes et manifestations. Les auteurs ont montré que l'interprétation populaire des symptômes et des manifestations, conduisent à deux types de diabète; le mâle et la femelle. De ces interprétations, émergent des pratiques thérapeutiques mobilisant plusieurs registres de soins tels que les recours à la médecine moderne, traditionnelle et l'automédication. Bien que les recherches sur la prise en charge endogène des maladies chroniques demeurent encore très pauvre, tout comme le diabète, d'autres maladies chroniques telles que l'asthme, le cancer ont fait objet de plusieurs recherches. Dans le même temps, plusieurs d'autres sont laissés pour compte aussi bien dans les recherches épidémiologiques qu'anthropologiques. C'est le cas des ulcères chroniques.

### ☞ **Ecrits du point de vue médical sur les ulcères chroniques**

« Les plaies chroniques, représentées essentiellement par les escarres, les ulcères de jambe et les plaies du pied diabétique, constituent un problème de santé publique important, avec un coût humain et économique considérable<sup>6</sup>». Elles ont **une étiologie** diversifiée, du moins c'est ce qu'ont souligné la plupart des travaux sur le sujet en sciences biomédicales. Pour Lebrfrettonne (2012), la forte prévalence s'explique en partie par le vieillissement de la population. Les maladies liées à l'âge et leurs conséquences sont de plus en plus fréquentes dont les plaies chroniques, car ces dernières sont en relation étroite avec l'hygiène de vie (alimentation, hygiène, prise de traitement, exercice physique, ...). Certaines personnes ont des maladies comme le diabète ou des troubles de la circulation sanguine au niveau des membres inférieurs qui favorisent l'apparition de ces plaies. Mais les phénomènes de société jouent un rôle important dans l'apparition de ces plaies (sédentarité, alimentation trop grasse, trop salée ou trop sucrée,...).

En expliquant la chronicité des plaies, Fletcher (2008) affirme que les plaies devraient normalement se refermer en six semaines et suivre une période de remodelage d'un à deux ans. Une plaie qui ne suit pas ce cheminement dit normal et qui est perturbée dans l'une de ces phases devient chronique. Ainsi, les plaies chroniques se définissent comme des plaies n'ayant pas réussi à suivre le processus méthodique normal de guérison, des plaies perturbées dans une phase ou qui n'arrivent pas à reproduire l'intégrité anatomique et fonctionnelle normale de la peau. Pour cet auteur, les plaies chroniques stagnent généralement dans la phase inflammatoire. Cette stagnation en phase inflammatoire est causée par des facteurs

---

<sup>6</sup> <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.sfdermato.com/doc/EDITOSEPT2007.pdf>

intrinsèques ou extrinsèques à la plaie. Autrement une inflammation de la plaie inhibe les autres phases de guérison alors qu'une diminution de la réponse inflammatoire empêche un bon nettoyage de la plaie entraînant une difficulté à induire les phases suivantes ce qui provoque une augmentation du risque d'infection.

On distingue plusieurs **types d'ulcères chroniques** : l'ulcère veineux, artériel ou mixte, le mal perforant plantaire (appelé aussi plaie du « pied diabétique »), l'escarre ; les ulcères de brûlure sont également prise en compte dans ce registre nosologique. L'ulcère chronique est une perte de substance cutanée chronique. Il entraîne un handicap et représente un coût élevé en termes de santé publique. La majeure partie des ulcères chroniques en l'occurrence ceux des jambes sont d'origine vasculaire. Leur diagnostic nécessite une analyse sémiologique de l'ulcère, un examen veineux et artériel clinique et paraclinique et un examen général du patient. Par ailleurs, l'auteur donne une description de l'ulcère veineux et montre comment l'ulcère chronique peut provenir d'un dysfonctionnement de l'organisme. Il met en relief les facteurs endogènes des ulcères chroniques. Selon lui, l'ulcère veineux qui intervient en cas d'insuffisance veineuse, est du à a un mauvais retour du sang veineux vers le cœur. En effet, le sang circule dans l'organisme dans deux sens. Un sens aller véhiculé par les artères et chargé de transporter le sang riche en oxygène vers les tissus de l'organisme. Une fois la distribution réalisée, le sang saturé en déchets et en gaz carbonique est transporté par les veines jusqu'au cœur, c'est le sens retour. À la différence des artères, les veines sont des vaisseaux dont la paroi est fine et transparente, ils ne contiennent pas de fibres musculaires pour propulser le sang. Les veines ont besoin d'un peu d'aide: la pression de la plante des pieds aide à propulser le sang vers le haut. La contraction des muscles des jambes chasse aussi le sang vers le haut. Et pour éviter que le sang ne revienne en arrière, les veines sont dotées d'un système anti-retour : de petits clapets, des valvules s'ouvrent sous l'effet de la pression sanguine et se referment mécaniquement en cas de reflux.

Mais au fil des années, les veines peuvent se dilater. Les valvules anti-reflux ne sont plus efficaces, le sang veineux ne remonte plus vers le cœur, ou mal. Il stagne à certains endroits et la pression à l'intérieur des petites veines augmente, surtout près de la cheville. Le liquide "fuit" des veines et endommage la peau et le tissu autour. La peau endommagée meurt et forme un ulcère. Les ulcères chroniques sont des plaies qui cicatrisent très difficilement et sont récurrentes malgré une guérison totale dès la première fois.

Abordant leur **traitement et prévention**, Jaggi *et al.*, (2012) ont montré que le traitement de l'ulcère est avant tout le traitement de son étiologie et pas seulement le traitement local de l'ulcère. La difficulté de prise en charge des patients porteurs de plaie

chronique réside selon eux dans le fait que ces plaies sont longues à cicatriser, elles peuvent entraîner douleur et inconfort, elles récidivent dans la plupart des cas (selon le type de plaie). S'appuyant sur l'ulcère veineux, Hendrichova (2010) conseillera la marche, et non nécessairement les sports intenses. Il faut dans tous les cas éviter l'immobilité, le piétinement et les grosses chaleurs. Pour éviter les rechutes, il faut appliquer les mêmes principes car les **récidives** sont fréquentes quand l'hygiène de vie est absente. Les greffes cutanées représentent une part importante du traitement des ulcères veineux, elles assurent une épithélialisation rapide et favorisent la cicatrisation. Leur application se fait soit par pastilles pour les ulcères de petite surface, soit par filets pour les ulcères de plus grande taille. Elles nécessitent une surface parfaitement détergée, bourgeonnante et non infectée.

Ils montrent en outre que la prise en charge d'une personne porteuse d'une plaie chronique est globale. Celle-ci nécessite plus que jamais une non dissociation de l'être humain de sa plaie. Selon eux, certains principes sont nécessaires pour le traitement du malade d'ulcère chronique. Il s'agit des principes de compétence, qui implique par exemple de ne pas faire de déterision d'une nécrose du talon sans un bilan artériel ; celui d'autonomie qui donne droit à l'information et au consentement du malade ; le principe de l'humanité qui implique notamment l'évaluation et le traitement de toutes les formes de douleur.

En ce qui concerne **l'itinéraire thérapeutique** des malades porteurs d'ulcères chroniques, 50 % à 60 % des porteurs d'ulcère de jambes se soignent à domicile sans recours à un centre de santé (Meaume et *al.*, 2002). Cependant, il n'existe pas de littérature sur les prises en charge à domicile et en communauté.

Ce déficit de littérature sur l'affection a été mis en relief par Charbonneau *et al.*, (2009) dans « Pansement de plaies chroniques en milieu hospitalier une revue critique de la littérature ». Ces auteurs ont su montré la carence de littérature en matière de prise en charge des plaies en milieu hospitalier. La question traitée par cette revue de littérature a porté sur la technique de pansement aseptique versus propre, recommandée sur les plaies chroniques en milieu hospitalier. Ils sont arrivés à la conclusion qu'aucun article retenu lors de cette recherche documentaire ne traitait entièrement cet axe. Un manque d'études rigoureuses comparant une technique aseptique versus propre pour la réfection de pansements de plaies chroniques était visible, il y avait donc peu de preuves statistiquement significatives pour recommander une technique plutôt qu'une autre. Par ailleurs, ils ont montré que la définition des techniques de pansement est très problématique. De multiples interprétations en découlent et conduisent à des pratiques divergentes et qu'au moment de leur recherche, très peu d'informations scientifiques ou professionnelles étaient disponibles au sujet de la technique

propre de prise en charge des plaies. La pratique des pansements propres en milieu hospitalier semble donc principalement basée sur l'estimation empirique dans le temps. Par contre, davantage d'informations scientifiques existent pour l'application d'une technique aseptique sur des plaies aiguës en milieu hospitalier. En résumé il a été ressorti de leur recherche de littérature sur la prise en charge des plaies chroniques qu'aucune recommandation basée sur des preuves scientifiques n'était possible mais qu'il y avait toutefois des principes que l'on peut retenir quant à la procédure de pansement, à la solution de nettoyage de la plaie et au choix des gants.

Le constat de Charbonneau et *al.* reste encore d'actualité, car la littérature sur les ulcères chroniques est peu abondante. Elle est pratiquement inexistante en sciences sociales alors qu'il s'agit d'un problème de santé publique.

#### ☞ **Ulcères chroniques et sciences sociales**

La problématique de la prise en charge des ulcères chronique abordée par les sciences sociales est récente. La littérature existante sur le sujet demeure encore très pauvre. La seule pathologie présentant une sémiologie similaire aux ulcères chroniques ayant fait la préoccupation de la science sociale est l'ulcère de Buruli. Les premières recherches en sciences sociales se sont intéressées aux comportements, attitudes et pratiques des populations, la réticence vis-à-vis du traitement médical et les représentations sociales de cette pathologie.

Selon l'étude menée par Kibadi et *al.* (2007) sur les dénominations et les représentations sociales de l'ulcère de Buruli dans neuf pays subsahariens endémiques (Bénin, Cameroun, Congo-Brazzaville, Côte-d'Ivoire, Ghana, Ouganda, République Démocratique du Congo, Sud Soudan et Togo), les résultats montrent que les entités nosologiques de cette maladie peuvent être classées en trois catégories. Cette classification fait référence aux origines géographiques de la maladie, aux caractéristiques des lésions observées, ou encore aux aspects d'incurabilité et de mystère, en lien avec la sorcellerie. En dehors des dénominations géographiques liées à une référence par rapport à l'endémicité du milieu ou de la reconnaissance du traitement dans le milieu, les représentations de cette maladie dans les langues africaines apparaissent identiques et semblent traduire une connaissance relativement bonne de la maladie dans les pays où l'ulcère de Buruli sévit. L'impact de ces représentations demeure l'influence sur les types de recours aux soins.

La problématique des représentations sociales liées à la maladie a été également abordée par Aujoulat et *al.* (2003) dans une étude menée au Bénin sur les aspects psychosociaux de la prise en charge des patients. La catégorisation faite dans cette étude au

Bénin montre une variante de noms qui s'articulent autour de deux pôles de représentations de la maladie liant les origines de la maladie soit aux causes naturelles (une maladie envoyée par Dieu, ou engendrée par le contact avec l'environnement) soit aux causes surnaturelles telle la sorcellerie. Ainsi, avec la catégorie de patients qui croient aux causes naturelles, les recours fréquents sont l'automédication, le traitement traditionnel basé sur l'utilisation de la phytothérapie, ou encore le recours à un centre de santé. Par ailleurs, les sacrifices, les rituels de purification et d'exorcisme sont les modes de traitement de la maladie lorsque les croyances attribuent les causes aux origines provoquées par l'envoûtement. Ces recherches ont mis également l'accent sur les charges psychologiques en termes de stigmatisation des patients guéris. Il s'agit notamment des séquelles laissées par la maladie. Les patients guéris qui ont subi des interventions chirurgicales généralement des greffes de peau ou des amputations sont obligés de dissimuler ces marques sous d'amples vêtements, ou de trouver d'autres stratégies de camouflages.

En dehors des charges psychologiques, les charges sociales et économiques qu'engendre la maladie pour les ménages constituent les dimensions étudiées au Cameroun par Grietens (2008). En effet, le temps de traitement des patients étant effectué en hospitalisation jusqu'à cette période de l'étude au Cameroun, les patients devaient rester isolés de leur village, de leurs activités et de leurs ménages pour séjourner dans le centre de traitement pour un moment déterminé par l'ampleur de l'Ulcère. L'étude souligne qu'en dépit de la gratuité des soins médicaux, les charges économiques de l'hospitalisation des patients s'élèvent à plus de 25 % du revenu annuel des ménages au Cameroun ce qui constitue un fardeau important. Les dépenses non médicales, la perte de productivité et ceux que les proches doivent investir sont des aspects qui rendent davantage les ménages vulnérables. Ainsi les patients finissent par abandonner le traitement quand l'isolement social devient difficile à supporter. L'alternative étant souvent de quitter le centre de santé pour continuer le traitement dans le milieu de résidence chez un tradithérapeute.

En ce qui concerne l'abandon du traitement ou le refus du traitement médical, Johnson *et al.* (2004) ont souligné dans une étude portant sur le traitement traditionnel de l'ulcère de Buruli au Bénin que les tradithérapeutes sont les recours alternatifs des patients. Parmi les raisons qui conditionnent le choix du traitement, ils ont identifié l'appartenance religieuse, l'absence ou non de structures adéquates de soins, les contraintes du traitement chirurgical ; la durée d'hospitalisation et la peur des cicatrices. Les étapes du traitement traditionnel s'apparentent à celles du traitement médical, tels que le diagnostic, l'ablation des tissus

nécrosés, et le soin de la plaie. Toutefois l'exception du traitement traditionnel dans ces étapes est l'exorcisme pour endiguer la maladie. Relativement abordable du point de vue du paiement des soins, le traitement traditionnel a un coût élevé du fait de l'investissement en nature. Les conséquences de ce traitement sont surtout les rétractions des membres à la cicatrisation puisque la rééducation est absente dans ce type de traitement. Des recherches sur l'UB ont révélé l'existence de plusieurs d'autres types d'ulcère dont la prise en charge reste encore aléatoire. Même si aujourd'hui des mystères persistent en ce qui concerne les voies de contamination de l'UB et que des possibilités de prévention continuent d'être investiguées, il faut louer les avancées considérables obtenues en l'occurrence le régime d'antibiothérapie qui permet la guérison complète de la maladie en trois mois, dans les cas des diagnostics prématurés. Les approches communautaires de sensibilisation et de détection des cas dans la communauté ont été d'un grand apport pour la réduction des cas d'UB dans les zones endémiques. Mais le défi actuel est de lutter contre la réduction des autres types d'ulcère chronique qui sévissent sérieusement surtout en milieu rural et des plaies en général qui constituent un problème de santé publique. Les expériences de l'UB ont montré que le traitement commence d'abord dans la communauté comme toute autre maladie avant de choir parfois aux centres de santé, il s'avère alors important de s'intéresser à la prise en charge des ulcères chroniques afin de savoir comment orienter les actions futures pour une réduction de la prévalence de cette affection responsable des handicaps physiques économiques et sociales. L'ulcère chronique comme toutes les autres pathologies, est géré différemment selon les sociétés, en fonction des systèmes de croyances et de représentations en vigueur dans la culture dans laquelle il émerge.

L'ulcère chronique qui soulève plusieurs questions d'ordre sociologique, est très peu documenté par une recherche qualitative. Les nombreuses études en sciences humaines et sociales ont mis en lumière les déterminants sociaux, culturels, économiques et comportementaux associés à la prévalence des maladies (Jaffré, 2003 ; Mwenesi, 2005 cité par Hounghin, 2015), mais très peu ont abordé les ulcères chroniques dans le contexte africain. D'où l'importance pour nous de nous interroger sur les logiques et les pratiques endogènes de prise en charge des ulcères chroniques. La contribution de cette recherche serait alors de fournir des données qualitatives sur les ulcères chroniques.

### **1.1.2. Problème**

Les plaies sont les manifestations de plusieurs maladies tropicales négligées (MTN) telles que l'ulcère de Buruli, la lèpre, le pian et d'autres maladies de sources génétiques

(diabète et drépanocytose). Il s'agit d'un important problème de santé publique en Afrique de l'Ouest en raison de leur forte prévalence, du degré de souffrance qu'elles infligent et de leurs conséquences socio-économiques (OMS, 2012). Ces dernières années, la prise en charge des ulcères chroniques constitue un défi majeur pour la politique nationale de santé et particulièrement pour les centres de traitement d'ulcère de Buruli au Bénin du fait de la multiplication des cas d'ulcères chroniques et du coût socio-économique qu'elle induit. (CDTUB, 2015). En effet, cette forte prévalence des plaies constitue une charge supplémentaire de travail pour les hôpitaux en général et les centres de traitement spécialisés en particulier, alors que ces derniers sont déjà confrontés au déficit de ressources économiques et matérielles<sup>7</sup>. Par ailleurs, il faut préciser que la forte prévalence des ulcères chroniques a été mise en relief par les CDTUB qui constituent des hôpitaux de référence en matière de prise en charge de l'ulcère de Buruli (UB)<sup>8</sup>, une affection tropicale négligée sévissant dans les régions méridionales du Bénin et qui se manifeste dans une phase aggravée par un ulcère de la peau. Effectivement, depuis l'année 1998<sup>9</sup> où l'ulcère de Buruli a été reconnu par l'OMS comme étant un problème de santé publique, des dispositions ont été prises pour mieux le combattre et d'en réduire sa prévalence. Ainsi des centres de dépistages et de traitement CDTUB ont été instaurés. Les CDTUB sont les institutions du niveau opérationnel de la politique nationale de lutte contre l'ulcère de Buruli. Les résultats de leurs actions sont probants avec une nette régression du taux annuel des ulcères de Buruli. Il faut dire qu'au départ, les connaissances scientifiques pour organiser le contrôle de la maladie d'UB étaient très limitées particulièrement dans le domaine du traitement. Dès lors, des programmes de recherche pluridisciplinaire ont été mis en œuvre avec le soutien de plusieurs partenaires. Ces projets de recherche ont fourni d'importants résultats notamment le développement d'un régime d'antibiotique très efficace selon les acteurs de la médecine moderne. Ces résultats satisfaisants observés dans la lutte contre l'UB feront des CDTUB, des hôpitaux spécialisés dans la prise en charge des plaies. Ils reçoivent désormais tous les types de plaies quel que soit leur étiologie. En conséquence la régression des cas d'UB est compensée par la multiplication des cas d'ulcères chroniques. La majorité des acteurs affectés par les ulcères chroniques ignorent les basiques étiologiques de la pathologie et s'en tiennent

---

<sup>7</sup> Le financement du secteur de la santé reste insuffisant, l'Etat béninois consacre en moyenne 8 % de son budget au secteur de la santé alors que l'OMS préconise 15 % (MS, 2011, RGE 2, 2010).

<sup>8</sup> L'ulcère de Buruli (UB) ou infection à *Mycobacterium ulcerans* est une infection cutanée humaine due à une mycobactérie présente dans l'environnement, *M. ulcerans*.

<sup>9</sup> Conférence de Yamoussokro, 1998 sur la lutte et la recherche relative à l'ulcère de Buruli

davantage à l'aspect physique qui est l'ouverture de la peau privant l'individu de sa santé. Dès lors le centre ayant traité l'ulcère de Buruli qui est aussi une nécrotisation du tissu épidermique peut aussi traiter toutes formes de pathologies présentant la même classe nosologique.

Mais les charges liées au traitement des patients d'ulcère chronique en hospitalisation sont énormes, autant pour l'institution de soins que pour le patient et son ménage (Grietens *et al.* 2008). Les CDTUB ne reçoivent aucune subvention pour les patients porteurs des ulcères chroniques en général, mais doivent faire face à l'approvisionnement en consommables, à la disponibilité d'un personnel de plus en plus débordé par le travail, aux charges de maintenances et de fonctionnement. De plus, à l'instar du coût direct pour le patient, les charges psychoaffectives, les conséquences sociales de longues durées d'hospitalisation, les charges économiques sont autant de difficultés liées au traitement des ulcères chroniques (Grietens *et al.* 2008). De même, aussi longtemps que la maladie retient le patient en hospitalisation et dans l'inactivité, la spirale de pauvreté s'élargit (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003) ; car toutes les personnes à charge et dépendantes des revenus de l'acteur retenu par la maladie, pâtissent d'une manière ou d'une autre de la précarité engendrée par l'absence de santé.

Compte tenu de ce double poids économique et social à supporter par les malades d'ulcères chroniques issus pour la plupart d'un milieu pauvre, les populations préfèrent adopter l'auto médication ou se tournent vers les tradithérapeutes. Ainsi dans de nombreux cas, les patients porteurs de plaies sont traités dans la communauté et ne sont pas détectés très tôt par le personnel clinique. Pour preuve, lors d'un programme de sensibilisation sur l'ulcère de Buruli organisé par le CDTUB d'Allada<sup>10</sup> dans la commune de Zè, alors qu'on avait détecté 30 cas d'ulcère de Buruli, il a été rencontré plus de 200 autres types d'ulcères chroniques d'étiologie diverses (CDTUB Allada, 2013), et ce n'était que la partie visible d'un iceberg beaucoup plus grand. C'est dire qu'il existe plusieurs personnes souffrant des plaies qui se limitent à l'automédication avec des probabilités de complications très élevées. Or, une gestion inadéquate des plaies menace la régression des maladies tropicales négligées.

Malgré les activités de sensibilisation et l'activité des centres de santé périphériques auprès des groupes sociaux, les ulcères chroniques reçus dans les CDTUB sont des consultations tardives du patient avec sa pathologie dans un état plus ou moins avancé

L'un des déterminants du comportement de retard à la consultation observé pour les ulcères de Buruli demeure le temps de prise de décision au sein du ménage, l'analyse de la gestion des contraintes du séjour d'hospitalisation qui s'imposerait (Muldera *et al.*, 2008). Aussi, les représentations sociales entourant la survenue de la maladie sont-elles capitales dans l'itinéraire thérapeutique du malade. Elles s'imprègnent des circonstances, des événements et surtout du vécu de l'individu (Aujoulat *et al.*, 2003). Ainsi, l'étiologie des ulcères dans la pensée traditionnelle correspondrait très peu à celle de la médecine moderne. Il se remarque donc une référence des patients porteurs d'UC vers les CDTUB, après certainement l'échec des multiples parcours thérapeutiques. De même, nombre de patients porteurs d'ulcères chroniques, se retrouvent aux prises avec une avancée des parties du corps nécrosées et la nécessité d'intervention chirurgicale à subir, après de multiples choix thérapeutiques opérés. En d'autres termes, les cas d'ulcère chronique reçus en général dans les centres de santé sont des cas graves, ayant bénéficié en communauté de prise en charge perçue inappropriée par le système de santé, qui participerait au retard de cicatrisation des ulcères.

Ces soins endogènes répondent tout de même à une logique qu'il convient d'étudier et de comprendre afin d'orienter des actions communautaires qui permettront d'éviter ou de réduire les complications liées à une mauvaise gestion des plaies. Ceci, d'autant plus qu'en matière d'élaboration d'une politique de développement dans un domaine fondamental, les meilleures idées du monde valent peu, si elles ne sont pas appuyées sur une solide connaissance des logiques sociales (Brunet-Jailly, 1992 ; Dujardin, 2003 ; Jaffré, 1990). Par ailleurs, il existe selon la littérature, plusieurs types de recours vers lesquels les individus peuvent s'orienter lors d'un épisode de maladie. Cependant, la classification des systèmes de soins proposée en 1978 par Kleiman est actuellement utilisée par la plupart des auteurs. En effet, cette classification distingue l'automédication, la médecine traditionnelle et la médecine moderne (Akoto *et al.*, 2002). La prise en charge des ulcères répond également à ce classement qui est établi à partir des perceptions sociales forgées autour de la maladie. La recherche de soins est avant tout effectuée au niveau local et ceci sur des fondements culturels.

Pour les autochtones de la région de Zè, l'une des communes à forte prévalence de l'ulcère de Buruli, la maladie d'ulcère chronique est différemment perçue selon le degré d'information et de connaissance sur celle-ci. Quelles sont alors les différentes perceptions développées autour des ulcères chroniques en milieu fon de Zè?

Les raisons qui sous-tendent les choix des cheminements thérapeutiques, ne résultent, cependant pas uniquement de la perception de la maladie, mais aussi d'autres facteurs dont les

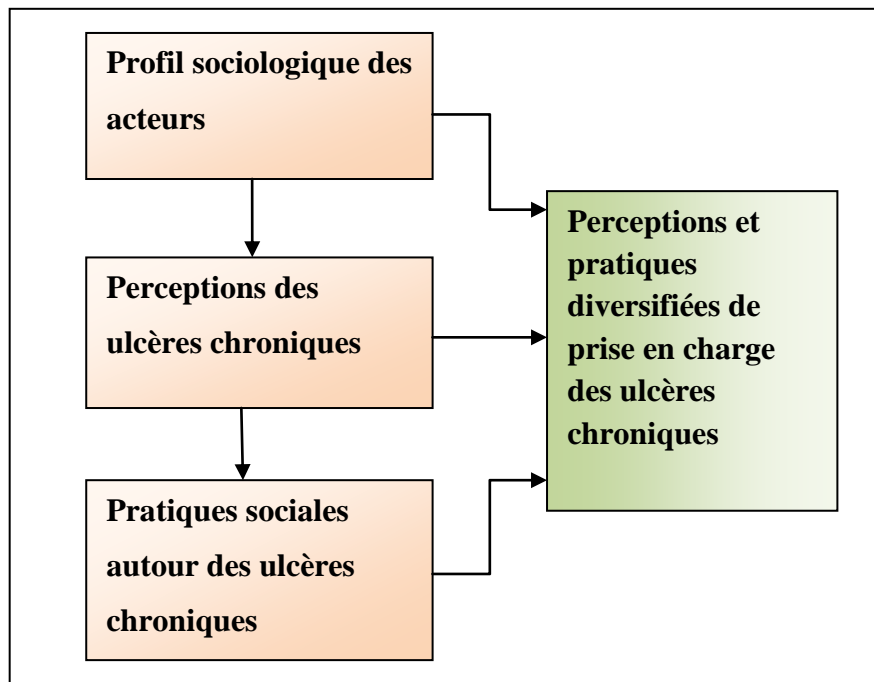
réalités socioéconomiques. Le temps de traitement des patients étant effectué exclusivement en hospitalisation jusqu'à une période récente, les patients devaient rester isolés de leur village, de leurs activités et de leurs ménages pour séjourner dans le centre de traitement pour un moment déterminé par l'ampleur de l'ulcère (Amoussouhoui, 2013). Cette situation représente également un coût en termes de ressource humaine et d'abandon des activités pour s'occuper du malade à l'hôpital, abandonnant parfois le reste au profit du seul acteur malade. En d'autres termes les choix thérapeutiques dépendent également du profil socio économique des malades. Quel est le profil sociologique des acteurs sociaux affectés par les ulcères chroniques ?

De la même manière, la connaissance des pratiques, des comportements, des modes de vie des communautés occupe un espace reconnu nécessaire pour élaborer des politiques de santé viables. Les concepts et les modèles anthropologiques introduits dans le domaine de la santé, se révèlent comme des leviers dans l'élaboration des programmes destinés à l'amélioration de l'état de santé des groupes sociaux tant dans les sociétés en voie de développement que dans les sociétés modernes (Massé, 1995). Il s'en déduit que les facteurs socioculturels à savoir l'appartenance ethnique et la religion à travers les mythes, les croyances, les normes, les valeurs et les pratiques qui en résultent, sont susceptibles d'influencer les perceptions et les pratiques des populations en matière de prise en charge d'une maladie. Les différents acteurs concernés, de par leur profil sociologique, leur niveau de connaissance et des perceptions qu'ils font de la maladie, développent des logiques qui orientent le choix thérapeutique. Quelles sont les pratiques sociales de prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè et en quoi participent-elles à la situation jugée d'aggravée par les soignants de la biomédecine ?

La finalité de cette recherche est de cerner la place des dimensions sociales et culturelles dans le processus de prise en charge des ulcères chroniques par les groupes sociaux et qui conduisent à l'obtention de grandes et vieilles plaies nécessitant parfois des amputations lorsqu'elles sont introduites dans le système de soins dits modernes. En conséquence, nous nous sommes posée la question de recherche suivante : quelles sont les logiques et les pratiques de prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè ?

### **1.1.3. Cadre conceptuel de la recherche**

Comme l'indique la figure 1 ci-dessous, trois variables indépendantes sont mobilisées pour analyser les logiques et les pratiques de prise en charge des ulcères chroniques



**Figure n° 1:** Cadre conceptuel de la recherche

Le cadre conceptuel ci-dessus schématisé par la figure n°1 présente le problème sociologique qui fait la préoccupation de la recherche, de même que les différentes variables qui interviennent dans l'hypothèse de recherche. En effet, le traitement de toute maladie commence d'abord à domicile (une automédication) et est basé sur des expériences du malade ou de ses proches et de tous ceux qui sont impliqués dans le traitement. Ainsi le profil sociologique (sexe, âge, religion, niveau d'instruction, ...) des acteurs concernés est déterminant dans la construction des perceptions autour des ulcères chroniques. Il convient alors d'identifier le profil des acteurs en jeu dans la prise en charge des ulcères chroniques pour une meilleure compréhension des perceptions établies sur ladite affection.

Aussi, les types de traitement adoptés ne sont-ils pas 'ex nilo', ils sont les reflets des représentations sociales de la maladie aussi bien de la part des soignants que des soignés. Décrire les différentes représentations forgées autour des ulcères chroniques aidera à comprendre les logiques dans lesquelles s'inscrivent les différentes pratiques de prise en charge des ulcères chroniques. Après la description des perceptions, il sera nécessaire d'analyser les pratiques sociales développées pour la prise en charge à savoir les soins de plaies, la gestion des cicatrices, la gestion des infections de les comparer aux normes exigées en la matière d'une part et de ressortir leur influence sur la cicatrisation des ulcères chroniques d'autre part.

### **1.1.4. Hypothèses de recherche**

A la question de recherche formulée ci-dessus, une réponse provisoire est donnée et est déclinée en trois hypothèses secondaires.

#### **1.1.4.1. Hypothèse générale**

Les facteurs socioculturels influencent les logiques et les pratiques développées autour de la prise en charge des ulcères chroniques..

#### **1.1.4.2. Hypothèses spécifiques**

- ☞ Les perceptions sociales associées aux ulcères chroniques varient en fonction du profil sociologique des acteurs et de leur connaissance sur la maladie
- ☞ les perceptions sociales des ulcères chroniques sont favorables à une prise en charge endogène efficace des ulcères chroniques.
- ☞ Les pratiques thérapeutiques adoptées face aux ulcères chroniques retardent parfois la cicatrisation des plaies

### **1.1.5. Objectifs de recherche**

#### **1.1.5.1. Objectif général**

Cette recherche vise à analyser les logiques et pratiques sociales qui entourent la prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè.

#### **1.1.5.2. Objectif spécifiques**

De manière spécifique, il vise à :

- ☞ Identifier le profil des acteurs concernés par les ulcères chroniques en milieu fon de Zè ;
- ☞ Décrire les perceptions sociales des acteurs sur les ulcères chroniques en milieu fon de Zè ;
- ☞ Analyser les pratiques de prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè.

Pour faciliter la compréhension de cette recherche, il a été nécessaire de procéder à la clarification de certains concepts clés.

## **1.2. Clarification conceptuelle**

L'une des exigences de la recherche est la définition de l'objet, c'est ce qui fait dire que les mots n'ont pas souvent de sens mais ils n'ont que des usages. Ainsi, les concepts sont

porteurs de sens et varient selon le contexte ou le courant de pensée. C'est pourquoi, pour lever toute équivoque, Durkheim (1988) disait que « la première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question, ... ». En réalité, parler d'une chose sans pouvoir la définir, c'est au fond parler sans savoir de quoi l'on parle (Kojève, 2007). Au-delà d'une simple définition comme on en trouve par milliers dans les dictionnaires, les concepts retenus se veulent par l'articulation de leurs composantes, un schéma théorique destiné à rendre le fait social que nous voulons étudier intelligible (Camperhoudt, 2001). Il s'agit donc, dans cette partie de la recherche, de clarifier les concepts fondamentaux utilisés à savoir : perceptions sociales, représentations sociales, itinéraires thérapeutique, attitudes thérapeutiques, acteur social et logique d'acteur social.

### **Perceptions sociales**

La perception se définit à la fois comme la représentation consciente que les acteurs ont des choses et des faits à partir des sensations, et aussi comme un processus d'organisation spontanée d'impressions présentes à travers lequel l'individu appréhende une réalité (Baraquin et al, 2000). Souvent exprimé au pluriel, le concept désigne les idées et les images produites des expériences de vie quotidiennes. Ainsi, les perceptions sociales visent à mettre les actions ou intentions d'actions en harmonie avec le monde qui les entoure. Elles peuvent cependant être en état de jouer ce rôle tout en étant théoriquement fausses. Elles relèvent des « influences du contexte social sur la construction personnelle et collective » d'un phénomène ou les informations concernant ses formes d'expression acquises par les individus. Ferréol et al. (2002), en les appelant aussi représentations sociales, renchérissement qu'il s'agit des manières de penser et d'interpréter la réalité quotidienne. Elles sont constituées par des « images du réel, croyances, valeurs, systèmes de référence et théories du social », des informations, des opinions, des attitudes.

Ce sont des savoirs « de sens commun, socialement élaborés et partagés, construits pour et par la pratique et qui concourent à la structuration de la réalité ». En d'autres termes, ce sont les acteurs sociaux qui les construisent, les élaborent et les transmettent pour organiser la vie en société. Les représentations sociales sont donc un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Socialement produites, elles sont fortement marquées par des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe qui les véhicule pour lequel elles constituent un élément essentiel de leur vision du monde.

Pour Abric (2003), « la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique », elle est « un guide pour l'action », elle détermine face à une situation, un ensemble d'anticipations et d'attentes qui prédétermine l'interaction. Elle est inductrice de sens par le système de pré décodage qu'elle engendre. Dans le domaine de la santé, le champ d'étude des représentations sociales offre la double particularité d'être particulièrement en prise avec le thème de la santé et la perspective culturelle du fait du lien à la fois historique et logique existant entre le champ de la santé et les représentations sociales (Jodelet, 2006). Lien logique, dans la mesure où les représentations reçoivent dans les sciences sociales un rôle prééminent dans le traitement social ou culturel des questions relatives à la vie corporelle, et dans la mesure où la maladie, signifiant social, fait objet de discours qui, variant en fonction de l'histoire et selon les insertions sociales et groupales des acteurs, donne sens et orientations aux pratiques privées et institutionnelles.

Dans le contexte de cette recherche, les représentations sociales face aux ulcères chroniques, correspondent à un ensemble d'informations, d'opinions, et de croyances que développent les populations autour de la pathologie.

### **Pratiques sociales**

Une « pratique » est un type de comportement routinisé qui consiste en plusieurs éléments interconnectés entre eux : des formes d'activités corporelles, des formes d'activités mentales, des « choses » et leur usage, des connaissances de base constituées de compréhension, savoir-faire, états émotionnels et motivations (Reckwitz, 2002, p. 249 citée par Dubuisson-Quellier et Plessz, 2013). Une **pratique sociale** désigne en sociologie une façon de faire, une action (individuelle ou collective) socialement transmise ou envisagée dans un contexte social. L'existence d'une relation entre représentations et pratiques sociales est indubitable. L'analyse de toute pratique sociale suppose que soient pris en compte au moins deux facteurs essentiels : les conditions sociales, historiques et matérielles dans lesquelles elle s'inscrit, d'une part, son mode d'appropriation par l'individu ou le groupe concerné d'autre part, un mode d'appropriation où les facteurs cognitifs, symboliques, représentationnels jouent également un rôle déterminant. Car pour qu'une pratique sociale, même imposée, se maintienne, encore faut-il qu'elle puisse, à terme, être appropriée, c'est-à-dire intégrée dans le système de valeurs, de croyances et de normes soit en s'y adaptant, soit en le transformant. »

### **Itinéraires thérapeutiques**

Les itinéraires thérapeutiques désignent au sens où l'entend Janzen (1995), « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent ». Massé (1997) parle de « cheminements thérapeutiques » pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie. En effet, les itinéraires thérapeutiques ne se réduisent pas à une seule étape sauf dans des cas exceptionnels. Il s'agit habituellement, d'une séquence de demandes de soins, formulées de façons diverses, s'adressant à des personnes ou à des institutions qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des soignants (Ouendo *et al.*, 2005). L'itinéraire thérapeutique renseigne également sur les parcours des soignés qui peuvent passer d'un établissement à un autre du même système de soins ou de systèmes différents. Commeyras *et al.* (2006) montrent que les itinéraires thérapeutiques sont très erratiques, signant une indécision dans les comportements, une certaine inefficacité de l'offre de soins et/ou une incapacité à poursuivre un type de recours. Dans le cas de la présente recherche, il s'agit de savoir si les acteurs recourent exclusivement aux soins de la médecine moderne la médecine traditionnelle, ou si elles combinent les deux.

### **Logique d'acteur social**

Le terme "logique", fait penser à une rigueur de raisonnement qui est absolument cohérente. De ce point de vue, la logique sociale serait alors le raisonnement social ou l'appréhension de la société sur un fait ou un acte spécifique donné. Cependant, cette définition ne satisfait nullement le champ dynamique de la sociologie.

Pour le sociologue Gabriel Tarde, « la logique sociale s'évertue à creuser la logique des sociétés et des faits sociaux, c'est-à-dire de leur sens, leur raison, leur destination ou leur fin. En posant les questions : en quoi la société est-elle logique ? Comment la logique se fait-elle sociale ? On finit par aboutir progressivement à l'appréhension de la logique sociale. Elle montre comment se forment les tissus sociaux, plutôt que les corps sociaux » (Tarde 2002)

Du point de vue anthropologique, on parle de la logique d'acteur social qui est une suite cohérente du point de vue émique, de décisions et d'actions inscrites dans un ensemble de représentations sociales et/ou individuelles, de valeurs, de principes, de pratiques, d'intérêts et de stratégies individuelles ou collectives. Une logique d'acteur social est susceptible de se transformer, de s'adapter, de se modifier en raison de la confrontation et/ou de la complémentarité avec la logique d'autres acteurs sociaux (Cornet, 2014). Dans le

contexte de ce travail, la logique des acteurs sociaux en lien avec les ulcères chroniques concourt au bien des patients même si elle est divergente selon chaque acteur social. On est dans une logique intentionnelle, qui suppose aussi une rationalité qui s'exprime tant dans l'analyse de la situation initiale que dans la définition du but recherché, mais plus encore dans la stratégie utilisée, dans le type d'action menée, pour atteindre ce but.

### **1.3. Justification du choix du sujet**

L'Etat béninois, à travers le PNLLUB dispose de quatre centres de santé<sup>11</sup> ayant pour spécialité le dépistage et le traitement de l'ulcère de Buruli. En effet, l'ulcère de Buruli est une maladie handicapante des régions tropicales et subtropicales, qui affecte la peau et ses tissus sous-jacents (Portaels *et al.*, 2001). Elle est une affection se manifestant par la présence d'une plaie. Du coup tous les types de plaies sont drainés vers les CDTUB après des échecs de prise en charge endogène. Comme toute autre maladie, le recours au centre de santé n'est toujours pas le premier réflexe du malade ou de ses parents, d'autres recours sont généralement cherchés et non pas toujours pour faute de disponibilité ni d'accessibilité, mais pour d'autres contraintes culturelles ou sociales qu'il importe de comprendre. Des entretiens exploratoires menés auprès de certains médecins du CDTUB d'Allada, il a été révélé que la prise en charge des ulcères chroniques est plus délicate et nécessite plus de moyens et de temps que l'ulcère de Buruli alors que les patients d'UC ne bénéficient d'aucune assistance sociale de la part des CDTUB qui de leur côté ne reçoivent pas des subventions pour les cas d'UC. Mais pourquoi la population se rend dans les centres de santé avec des plaies aggravées ? Les populations environnantes des CDTUB devraient profiter de la disponibilité du centre pour la prise en charge précoce des ulcères, mais tel n'est pas le cas. Et il est constaté que le nombre d'UC aussi bien dans les communautés que ceux reçus dans les CDTUB est largement supérieur à celui des plaies d'UB. Ce parallèle entre la disponibilité des CDTUB et la prolifération des Ulcères chroniques interpelle le chercheur que nous sommes.

En effet, les raisons du choix de notre sujet sont d'abord d'ordre heuristique. Etant mue par la curiosité de comprendre les déterminants de la prolifération des ulcères chroniques, il nous a paru utile de mener une recherche sur les logiques et les pratiques sociales autour des ulcères chroniques afin de comprendre si les comportements, les attitudes et les pratiques développées pour traiter les plaies occasionnent-elles des complications des plaies ? Et cela d'autant plus que les logiques et les pratiques de prise en charge détermineraient la

---

<sup>11</sup> CDTUB, d'Allada, de Lalo, de Zagnanado et de Pobè

cicatrisation rapide ou non d'un ulcère, et pourraient ainsi le faire basculer du stade d'un ulcère aigu à un ulcère chronique.

Cette étude vise par ailleurs à asseoir une profonde connaissance des conditions de prise en charge des ulcères chroniques en tenant compte des divers facteurs. A cet effet, elle permettra d'élargir la réflexion des chercheurs sur toutes les implications liées à ces déterminants, pour mieux les approfondir ou pour leur permettre de dégager de nouvelles pistes de recherche. Ainsi, de la même manière que le recours aux travaux scientifiques relatifs à notre thème a été déterminant pour la réalisation de ce travail, les résultats auxquels parviendra la présente recherche constitueront une banque de données aux futurs chercheurs.

En outre, la connaissance des logiques et des pratiques en lien avec le traitement des ulcères chroniques, pourrait orienter les décideurs dans la formulation des stratégies en matière sanitaire en vue de la prévention de cette affection et de la réduction de sa prévalence.

Ainsi s'achève la problématique qui a suscité la présente recherche. Il s'agit à présent de décrire la méthodologie adoptée pour l'opérationnalisation effective des objectifs de recherche,

## **CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

Le présent chapitre présente la démarche méthodologique adoptée pour confronter le cadre théorique à la réalité empirique. Il y est présenté, le cadre de la recherche, les techniques et outils d'investigation, les groupes cibles, les étapes de la recherche, les méthodes et théories d'analyse des données et les difficultés rencontrées au cours de la recherche.

### **2.1. Cadre de la recherche**

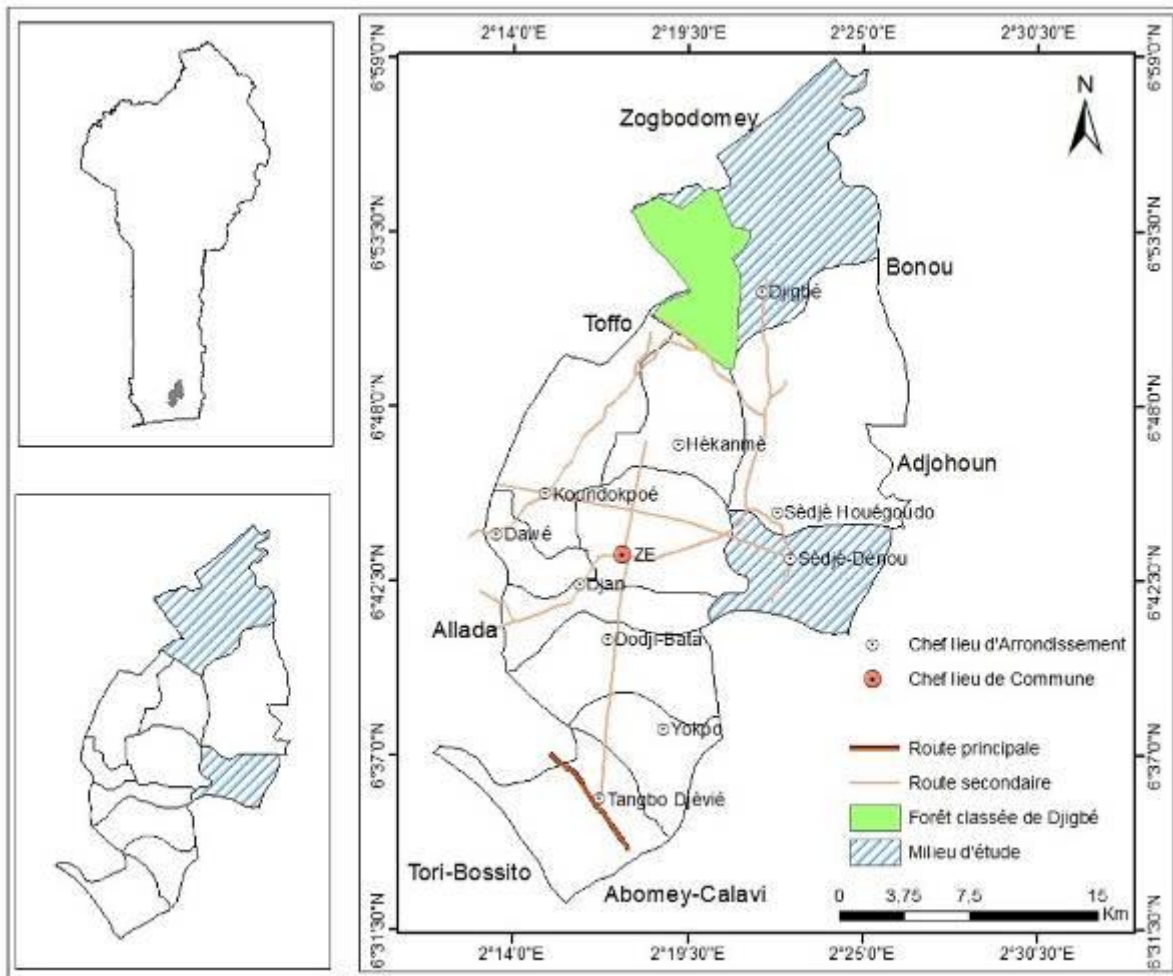
#### **2.1.1. Caractéristiques physique et démographique**

La recherche est menée dans la commune de Zè au sud du Bénin. Située dans le département de l'Atlantique, la commune de Zè compte soixante-treize villages répartis sur onze arrondissements qui sont : Adjan, Dawé, Djigbè, Dodji-Bata, Hêkanmè, Koundokpoé, Sèdjè-Dénou, Houègoudo, Tangbo-Djèvié, Yokpo et Zè. Son relief est un élément du vaste plateau d'Allada d'une altitude moyenne de 100m composé de quelques petites dépressions constituées de bas-fonds. Le climat est de type béninien. Le couvert végétal est constitué des forêts claires dont la forêt classée de Djigbé (3441 ha) (PDC, 2006). Sa population est estimée à 106.913 habitants dont 55.209 femmes avec une taille de ménage de 5,6 (INSAE, 2013). Cette population est dominée par le groupe ethnique Aïzo qui ajoutés aux Fon font 97,4 % de la population. Viennent ensuite les Yoruba (1 %), les Adja (0,8 %) et d'autres ethnies (0,8 %). Les religions traditionnelles sont dominantes (47,1 %). L'on y rencontre aussi les catholiques (21,4 %), les protestants (3,2 %), les musulmans (2,4 %) et des évangéliques et chrétiens célestes.

#### **2.1.2. Caractéristiques socio-sanitaires**

Il convient de rappeler d'abord que le Bénin couvre une superficie de 112.622 km<sup>2</sup> pour une population de près de 10 millions habitants en 2012 (INSAE, 2013). Il est subdivisé en douze départements dont huit sont endémiques à l'ulcère de Buruli (Atlantique, Mono, Ouémé, Plateau, Littoral, Zou, Collines et Couffo), affectant ainsi un territoire géographique abritant plus de 70 % de la population. Toutefois, il existe une forte disparité de ce taux de prévalence d'un département à un autre, d'une commune à une autre d'un même département, et même d'un village à un autre (Johnson, 2005). Le système sanitaire de la commune de Zè est formé d'un centre de santé communal des centres de santé d'arrondissement (CSA) et d'un centre confessionnel. En outre, elle dispose de sept cabinets privés et d'un UVS qui jouent un rôle non négligeable dans la couverture sanitaire de la Commune. Elle bénéficie de la

couverture d'un centre de dépistage et de traitement de l'UB, des centres qui reçoivent également d'autres types d'ulcère chroniques à un stade très avancé. La commune de Zè. En 2009, 50 % des cas d'UC dépistés dans les six communes sous la supervision du Centre de Dépistage et de Traitement d'Ulcère de Buruli d'Allada provenaient de la commune de Zè. (Amoussouhoui, 2013).



**Figure 2:** Carte de situation des arrondissements de la collecte dans la commune de Zè

**Source :** Laboratoire LABEE/Géographie/UAC, décembre 2016

## 2.2. Nature de la recherche

L'approche qualitative convient la mieux à cette recherche, car elle permet de comprendre comment les acteurs partent des représentations de la maladie pour construire les logiques de prise en charge les ulcères chroniques. Cette approche facilite une meilleure compréhension des pratiques relatives à la prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè. En effet, la méthode qualitative permet de produire et d'analyser les données telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des acteurs concernés par la maladie (Deslauriers, 1992). Elle permet également de « rendre visibles et apparents des

phénomènes qui ne sont pas immédiatement apparents » (Montousse et Renouard, 2006 : 49), par exemple, de rendre visible, les perceptions sociales des ulcères chroniques, le sens et la portée des pratiques développées autour des ulcères chroniques. Par ailleurs, la qualité des informations recherchées donne à cette recherche les caractères descriptif et analytique.

## **2.3. Groupes cibles et échantillonnage**

### **2.3.1. Groupes cibles**

Les informations nécessaires pour l'analyse du problème en question dans cette recherche ne sont pas détenues par l'ensemble de la population de notre zone de recherche, mais par une partie, composée d'acteurs intervenant à divers endroits et qui participent d'une manière ou d'une autre à la prise en charge des plaies. De ce fait, le groupe est composé des malades de plaies chroniques, des personnes non porteuses, des tradithérapeutes, des agents de santé, des vendeurs de médicaments, des chefs religieux et des anciens patients ayant souffert des ulcères chroniques.

**Les porteurs de plaie :** pour avoir des informations sur les motivations du choix thérapeutique, et de leur vécu avec la plaie.

**Les non porteurs :** pour appréhender leur perception sur les plaies, leur attitude vis-à-vis des porteurs de plaie.

**Les acteurs de la médecine dite traditionnelle et les personnes traitant des plaies :** ces derniers peuvent fournir des informations sur les types d'ulcères qu'ils reçoivent, les motivations et les fondements des types de soins qu'ils accordent aux porteurs de plaie, les différentes origines.

**Les acteurs de la biomédecine :** pour connaître les différents types d'ulcères reçus, l'état dans lequel ils sont généralement reçus, les pratiques autour des plaies dans la communauté.

**Les chefs de culte et les religieux :** les représentations religieuses liées aux plaies, les différents types de plaies reçues et les traitements associés à chaque type de plaie.

**Les vendeurs de médicament et de plantes :** les types de médicaments souvent recherchés par les porteurs de plaie ou ceux qu'ils recommandent à ces derniers et les logiques les sous-tendant.

**Les anciens malades** : pour comprendre leur expérience de la plaie chronique, l'itinéraire thérapeutique adopté, les raisons de l'itinéraire et leur perception sur des soins de plaies dans les centres de santé pour ceux qui y ont été traités.

### 2.3.2. Echantillonnage

L'enquête qualitative accorde une attention particulière au caractère unique, qu'il s'agisse d'un individu, d'un foyer ou de toute autre unité d'analyse. Les échantillons qualitatifs ont tendance à être d'abord *ciblés* et *non aléatoires*, parce que la définition initiale de *l'ensemble* est plus spécifique. Aussi, les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence que l'échantillonnage aléatoire ne percevrait pas. Coenen-huther (2003) parle dans ce sens des « échantillonnages théoriques qui privilégient des caractères typiques ou atypiques », à côté des échantillonnages qui prônent la représentativité statistique pour affirmer leur validité scientifique. Dans la même logique il est quasiment impossible d'interroger tous les acteurs impliqués dans la gestion des plaies, objet de notre recherche. Par conséquent, pour collecter des données utiles pouvant rendre compte des perceptions sociales des porteurs de plaie et des traitants des plaies, d'appréhender leur connaissance et pratiques thérapeutiques sur les UC, il a été nécessaire de faire appel à la technique d'échantillonnage à choix raisonné portant sur un ensemble précis d'acteurs à interroger. Cette technique a permis de choisir dans chacune des catégories d'acteurs énumérées plus haut, ceux qui pourront fournir le maximum d'informations utiles pour l'atteinte des objectifs de la recherche. Pour atteindre, nos cibles en l'occurrence, les malades, les anciens malades et les soignants de la médecine traditionnelle, nous avons fait recours à la méthode de sondage non probabiliste dite « boule de neige » encore appelée, la méthode de sondage déterminée par les répondants. Elle a consisté à identifier quelques malades et anciens malades à partir des focus group et d'agrandir la taille de l'échantillon au fur et à mesure que les entretiens se déroulaient jusqu'au point de saturation d'information. Les acteurs rencontrés et leur effectif sont présentés dans le tableau I illustré

**Tableau I:** Distribution statistique des acteurs rencontrés

Acteurs rencontrés	Effectif			Pourcentage (%)		
	Féminin	Masculin	Total	Féminin	Masculin	Total
Porteurs de plaies	4	8	12	33,3	66,7	21,1
Tradithérapeutes	1	5	6	16,7	83,3	10,5
Professionnels de santé	1	2	3	33,3	66,7	5,3
Autres personnes ayant traité une fois de plaies	0	4	4	0,0	100,0	7,0
Vendeurs de médicament ou autres produits de traitement	4	1	5	80,0	20,0	8,8
Chef religieux	0	4	4	0,0	100,0	7,0
Non porteurs	11	7	18	61,1	38,9	31,6
Ancien patients	2	3	5	40,0	60,0	8,8
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>34</b>	<b>57</b>	<b>40,4</b>	<b>59,6</b>	<b>100,0</b>

Source : Données de terrain, décembre 2016.

## 2.4. Techniques et outils de collecte de données

La présente recherche vise à analyser les logiques et les pratiques de prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè, elle appelle ainsi une démarche compréhensive et c'est dans cette perspective que l'approche qualitative est justifiée. Les techniques et outils mobilisés pour l'application de ladite approche sont : la recherche documentaire (à travers une grille de lecture), l'entretien sous trois formes, l'entretien individuel semi-structuré (avec un guide d'entretien), le focus group (avec un guide d'entretien à l'appui) le récit de vie et l'observation directe (à travers une grille d'observation).

### 2.4.1. Revue documentaire

Dans le but d'avoir accès aux données relatives au sujet de la recherche, une « consultation de documents divers » a été nécessaire», dans le sens de Quivy et Campenhoudt (2001). La recherche documentaire a permis de disposer des informations nécessaires, déjà disponibles dans les productions scientifiques et littéraires. Cette revue documentaire dans un premier temps, a permis de prendre connaissance de tout ce qui a déjà

été dit, qui s'avère utile, et aussi, de mieux se positionner, afin de ne pas répéter ce qui a été déjà dit ou fait dans la même discipline. L'outil utilisé au niveau de cette technique est la fiche de lecture. Celle-ci renseigne sur les perceptions des maladies chroniques, les situations de recours en communauté, les pratiques thérapeutiques. La fiche s'est affinée progressivement en fonction des données de terrain et selon les dimensions de l'analyse. Le tableau I ci-dessous présente les centres de documentations qui ont été parcourues, la nature des documents qui y sont consultés et les types d'informations recueillies.

**Tableau II:** Centres de documentation parcourus et types d'informations collectées

N°	Centres de documentations	Nature de documents	Types d'informations recueillies
1	Bibliothèque de la FLASH de l'UAC	Mémoires et thèses	Informations thématiques
2	Centre de documentation de l'IRSP	Mémoires, rapports de recherche, documents généraux	Informations sur l'Ulcère de Buruli, la santé publique et l'épidémiologie
3	Institut français de Cotonou	Ouvrages et revues scientifiques	Informations générales, thématiques et les théories anthropologiques
4	Bibliothèque centrale de l'UAC	ouvrages et revues scientifiques	Informations générales sur la santé au Bénin, les concepts et les théories anthropologique sur la santé
5	CDTUB Allada	Actes administratifs, rapports	Données qualitatives et quantitatives sur les ulcères chroniques
6	Centre de documentation du MS	Ouvrages et rapports d'études	
7	Internet	Rapports, articles, mémoires, ouvrages spécifiques et généraux	Informations générales, thématiques contextuelles et conceptuelles sur la santé, les malades chroniques, ...

Source : Données de terrain, décembre 2016.

### 2.4.2. Entretien

L'entretien comme technique, est née de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que l'enquêté ne se sente pas dans un interrogatoire, contraint de donner des informations (Blanchet et Gothern, 2005). Il permet de produire des données discursives donnant accès aux représentations émiques, autochtones, indigènes ou locales (Olivier de Sardan, 2001). Il a été utilisé sous trois formes à savoir l'entretien semi structuré, le focus group et le récit de vie.

#### **2.4.2.1. Entretien semi structuré**

L'entretien semi structuré a permis aux interviewés de s'exprimer librement mais sur la base des thématiques prédéterminées. Cependant, la nature interactive des entretiens a donné lieu à de nouvelles questions qui ont permis de mieux comprendre et d'approfondir le sujet. Le guide d'entretien a été l'outil utilisé pour cette technique. Il a été élaboré à partir des thématiques majeures de la recherche telles que la perception des ulcères chroniques, les causes, l'itinéraire thérapeutique, les facteurs de décision du recours médical les pratiques de prise en charge.... Dirigé à l'endroit des tradithérapeutes, des non porteurs de plaies, des parents malades et des soignants de la médecine moderne , l'entretien semi structuré individuel a permis dans un face à face direct entre chercheur et répondants, d'appréhender les perceptions des acteurs directement concernés par les ulcères chroniques et de saisir le sens que les acteurs donnent à la maladie d'ulcère chronique et tous les comportements et pratiques développées autour de la plaie.

#### **2.4.2.2. Focus group**

C'est un type d'entretien qui constitue généralement une excellente entrée en matière lorsqu'on débute une recherche, mais nécessite toujours la poursuite de l'enquête auprès d'interlocuteurs entendus séparément (Fassin *et al.*, 1990). Il permet de relever les contradictions et des non-dits très importants pour l'analyse. Il s'agit, grâce à une dynamique de groupe, de faire émerger, sur un thème donné, des idées et des contradictions qui ne seraient peut-être pas apparues dans une série d'entretiens individuels ou à quelques-uns (Sophie Duchesne *et al.*, 2004). Du fait qu'elle regroupe plusieurs intervenants à la fois, qui infirment ou confirment les réponses des uns et/ou des autres par rapport aux questions qui leurs sont posées, le focus contribue à la collecte des données pertinentes tout en générant un processus interactif de construction d'un consensus autour du traitement endogène des ulcères chroniques, des croyances et des perceptions liées à cette affection. Dans le cadre de la présente recherche, le focus groupe a permis d'obtenir auprès des acteurs constitués en groupe de huit à douze personnes, des informations relatives aux différentes maladies de la communauté, à l'ulcère chronique, le profil des acteurs le plus concerné, les perceptions portées sur la maladie et sur les malades de même que les pratiques courantes de prise en charge de la maladie d'ulcère chronique. Le focus groupe a été également utile dans la sélection de certaines cibles telles que les malades, les anciens malades et les tradithérapeutes.

### **2.4.2.3. Récit de vie**

Les récits de vie sont par excellence une technique qui recherche la profondeur historique. L'individu trouve l'occasion de raconter son vécu sur une ou des situations déterminées. C'est une technique qui veut donner à la banalité quotidienne une dimension sociologique, historique ou littéraire en mettant en évidence la valeur intrinsèque du document personnel (Chaxel *et al.*, 2014)

L'intérêt sociologique du récit de vie réside en effet dans la possibilité qu'il offre de saisir les logiques d'action selon le sens même que l'acteur confère à sa trajectoire. Loin de singulariser les cas, la méthode du récit de vie permet de situer le réseau dans lequel le narrateur se positionne et d'inscrire les phénomènes sociaux dans un enchaînement de causes et d'effets (Pruvost, 2011). Il est serviteur de la connaissance. Les récits recueillis auprès des sujets étudiés sont des « briques de connaissance » (Brun, 2003).

L'option est de laisser le malade ou l'ancien patient se raconter avec une petite marge d'influence, l'origine de sa maladie, les différents comportements autour de la maladie, l'itinéraire thérapeutique, les pratiques thérapeutiques et aussi l'implication des autres membres dans la prise en charge de la maladie. En d'autres termes, cette technique a eu le mérite de renseigner sur le malade lui-même, sur son entourage, sur les influences reçues tout au long de sa vie ou de l'épisode de la maladie. .

### **2.4.3. Observation directe**

Le chercheur a la possibilité d'aller voir les acteurs en situation et de saisir les pratiques sociales en temps réel. C'est cette démarche que l'on peut appeler l'« observation directe » Elle est aussi le seul moyen d'accéder à certaines pratiques : lorsque celles-ci ne viennent pas à la conscience des acteurs, sont trop difficiles à verbaliser ou au contraire, font l'objet de discours préconstruits visant au contrôle de la représentation de soi, voire lorsque ceux-ci ont le souci de dissimuler certaines pratiques (Arborio, 2007). Par ailleurs, l'observation et l'entretien sont complémentaires : une observation sans entretien risque de rester aveugle aux points de vue indigènes et un entretien sans observation risque de rester prisonnier d'un discours décontextualisé (Weber *et al.*, 1998).

L'observation étant alors pour le chercheur un moyen de constater directement les faits, de se familiariser aux situations ayant un rapport direct avec la recherche en cours, elle a permis de mieux saisir un certain nombre de comportements et de pratiques tels que le bandage de la plaie, les produits locaux appliqués dans les plaies, les conditions de leur applications, le nettoyage des plaies. Pour être menée à bien, une grille d'observation a été

conçue pour faciliter la rétention et l'intégration dans les analyses de données, de quelques faits et représentations observés sur le terrain. Les observations ont été faites sur les lieux de traitement des guérisseurs et aussi dans la communauté. Elle a été appuyée par la photographie des types de plaies rencontrées et de quelques produits appliqués.

Le point des techniques et des outils utilisés de même que les cibles destinataires est résumé dans le tableau III.

**Tableau III:** Outils de collecte et cibles correspondants

Type de technique	Outil associé	Types d'informations collectées	Cibles	Lieu
<b>Revue documentaire</b>	Fiche de lecture	Information générale, thématique, sur la santé, l'ulcère de Buruli, des théories	Documents généraux, livres, revues scientifiques, articles, rapports, archives.	Bibliothèque de l'UAC, centres de documentations, internet.
<b>Entretien semi structuré</b>	Gide d'entretien	types de plaies traitées, cause des plaies, nettoyage et soins des plaies, perception des plaies chroniques, d'aggravation, d'hygiène et d'infection, comportement recommandé et prohibé autour de la plaie, signes de danger	Tradithérapeutes, vendeurs de médicaments et de plantes médicinales, personnel de santé	Djigbé Agué, Sessevali, Ahozonoudé et Ayahouta Fifadji
<b>Focus group</b>	Guide d'animation	Type de plaie, perception des plaies chroniques, Perception sur l'UB, sur les CDTUB, perceptions sur les porteurs de plaies	Membres de la communauté (non porteur, porteurs et tradithérapeute )	Midjanangan, Ahozonoudé
<b>Récit de vie</b>	Guide d'entretien	Histoire de la plaie, les types de recours, prise de décision de l'itinéraire thérapeutique	Patient porteur de plaie, ancien patient	, Djigbé Agué, Sessevali, Ahozonoudé et Ayahouta Fifadji
<b>Observation directe</b>	Grille d'observation	Couleur de la plaie, diamètre de la plaie, protection de la plaie, hygiène autour de la plaie, nature des produits appliqués, comportement du porteur et de traitant.	Porteur de plaie, tradithérapeute, vendeur de médicament et de plante médicinale	Djigbé Agué, Sessevali, Ahozonoudé et Ayahouta Fifadji

**Source :** Données de terrain décembre 2016

## **2.5. Organisation de l'enquête**

La collecte des données empiriques a été réalisée en trois étapes à savoir l'enquête exploratoire, l'enquête préliminaire et l'enquête proprement dite

### **2.5.1. Enquête exploratoire**

L'enquête exploratoire découvre un aspect qui fonde la pertinence du sujet, et par ricochet l'opportunité de l'étude à l'intention des porteurs des plaies. Ce « tour de piste » (Quivy et Campenhoudt, 2001) a fait ressortir la nécessité d'aborder la question dans le sens des expériences vécues et des pratiques de soins par les groupes sociaux. Elle eut lieu du 13 au 15 octobre 2016 ; elle a consisté d'abord à visiter la localité de Hèkanmè dans la commune de Zè en tant que zone endémique d'ulcère de Buruli qui est une zone également accessible. Il s'agit, en clair, de la présence des plaies de diverses origines mais qui sont différentes de l'ulcère de Buruli. Les quelques cas de plaies rencontrés donnaient des possibilités de s'y rendre pour une éventuelle investigation.

Les lectures et les entretiens exploratoires ont permis de repérer, de façon précoce, des difficultés de la recherche, afin d'élaborer des stratégies pour les contourner et de faciliter ainsi le déroulement de l'enquête préliminaire. C'est à cette étape que nous avons vérifié la pertinence des hypothèses formulées. Sur cette base, nous avons construit les outils de collecte.

### **2.5.2. Enquête préliminaire**

L'enquête préliminaire organisée du 24 au 27 novembre 2016 à Ahozonoudé dans l'arrondissement de Sèdjè Dénou a été le lieu de réaliser une série de quatre entretiens individuels à l'endroit des porteurs des plaies, deux entretiens avec le personnel de santé, deux avec les guérisseurs traditionnels, deux avec les vendeurs de médicaments, et quatre à l'endroit des non porteurs de plaie. Elle a permis de tester les outils de collecte, de les affiner et d'ajuster les objectifs et la problématique de recherche. Les centres d'intérêt abordés étaient : le niveau de connaissance des populations sur les plaies en général et les UC en particulier ; les perceptions des plaies par les porteurs, les non porteurs et les traitants ; les approches thérapeutiques à domicile, chez les guérisseurs traditionnels, les églises ; les facteurs orientant le choix du recours et le type de traitement à domicile et ailleurs dans la communauté ; les conditions et les moments de recours aux centres de santé.

### 2.5.3. Enquête proprement dite

L'enquête proprement dite a été l'occasion d'administrer les guides d'entretien dans l'optique des objectifs de la recherche. Elle a été effective dans deux arrondissements à savoir Djigbé et Sèdjè Denou. Elle a été faite en deux phases et a duré au total 12 jours (première phase du 05 au 11 décembre, seconde phase du 15 au 20 décembre 2016). Les villages de, Djigbé Agué, Sessevali, Ahozonoudé et Ayahouta Fifadji ont été respectivement visités.

Pendant la collecte, cinq cas de non réponse ont été rencontrés parce que certains porteurs de plaies rencontrés avaient refusé de se soumettre à l'exercice craignant le référencement vers un centre de santé. La quasi-totalité de ces entrevues ont été enregistrées et fidèlement retranscrites. En plus, des prises de vue des plaies et des produits de traitement ont enrichi le travail. Cette étape de la recherche a, enfin, permis de formuler une certaine représentation du parcours thérapeutique des porteurs d'UC et les logiques sous-tendant les différentes pratiques qui se mènent dans le cadre du traitement des ulcères chroniques.

L'ensemble des activités dans le cadre de la présente recherche été réalisé sur la période de août 2016 à mars 2017 selon le chronogramme détaillé dans le tableau IV.

Tableau IV: chronogramme de la recherche

Période / Activités	M1= août 2016	M2	M3	M4	M5	M6	M8	M9	M10
Identification et formulation du sujet	■								
Recherche documentaire	■								
Enquête exploratoire			■						
Elaboration des outils de collecte de données			■						
Pré enquête et réorientation du sujet				■					
Enquête de terrain					■				
Dépouillement, traitement et analyse de données						■			
Rédaction et correction							■		
Dépôt et soutenance								■	

## **2.6. Techniques de traitement et d'analyse des données empiriques**

Le traitement des données a démarré après le premier entretien. Cela a permis non seulement d'adapter le guide d'entretien si nécessaire entre deux entretiens mais aussi de déterminer le moment où l'on arrive à « saturation d'idées » et ainsi terminer le recueil de données.

L'analyse descriptive a été dominante et complétée par une analyse interprétative. L'analyse descriptive a commencé par le codage des verbatim. Ainsi, chaque partie du verbatim est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories ont été ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées selon la particularité de l'idée émise. Il en a résulté un arbre de concepts qui représente les résultats du travail. Ensuite, chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive qui peut quantifier sans aucune précision statistique sa fréquence dans la population étudiée. Pour l'analyse interprétative, les données ont été placées dans la discussion, enrichie d'une comparaison des données existantes dans la littérature. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel Word.

Pour les focus group, étant donné que la transcription des verbatim est fondamentale pour assurer la validité et la richesse des résultats, les participants ont été codés afin d'assurer l'exploitation anonyme des données. Les enregistrements sont retranscrits dans leur intégralité (mot à mot) de manière à respecter l'expression des sujets. Les prises de notes ont été également exploitées en respectant l'ordre de prise de parole et la présentation des personnes au début de la discussion en respectant le codage des participants.

En s'inspirant de Paillé et Mucchielli (2008), l'analyse des données qualitatives a été réalisée par un croisement des différents points de vue issus des entretiens et observations sous la rigueur de la méthode de l'analyse de contenu.

### **2.6.1. Modèle d'analyse**

La théorie de la motivation a été invitée pour comprendre comment les logiques et les pratiques en lien avec les plaies sont construites et comment elles orientent les stratégies (individuelles et médicales) en vue de la lutte contre les ulcères chroniques. L'importance de la présente recherche se fait alors sentir, lorsque l'on s'inscrit dans la compréhension de Weber qui veut que l'on tienne compte des motivations qui conduisent l'individu à agir, à penser ou à sentir tel qu'il le fait. Cette théorie soutient que toute réaction est guidée par une motivation première de l'individu, qu'il est nécessaire de prendre en compte dans le processus

de traitement de cette dernière. Aussi avons sollicité l'approche interactionniste. En effet, Blumer (1969) avait élaboré trois postulats essentiels dans sa théorie qui sont, pour lui, le fondement de l'approche interactionniste et qui stipulent que :

- postulat 1 : les êtres humains agissent envers les choses sur la base du sens qu'elles ont pour eux ;
- postulat 2 : la signification de ces choses dérive et émerge de l'interaction avec autrui ;
- postulat 3 : le sens est traité et modifié par un processus d'interprétations auquel a recours la personne qui a à faire à elles.

Ce troisième postulat se dédouble en deux propositions à savoir : d'abord l'acteur s'auto-indique les choses envers lesquelles il agit, ensuite en vertu de ce processus de communication avec soi-même, l'interprétation se déroule comme un processus de traitement de sens.

L'interactionnisme a été priorisée en ce sens que l'étude touche à la fois «l'anthropologie médicale», «l'anthropologie de la maladie» et «l'anthropologie de la santé».

En effet, elle aborde «l'anthropologie médicale», car elle considère que l'ulcère chronique est lié à l'ensemble des aspects de la vie du groupe (parenté, économie, politique, religieux...), que la maladie est l'objet de représentations en lien étroit avec l'organisation sociale et le système de pensée des populations étudiées (Fainzang 1990). Elle touche ensuite à «l'anthropologie de la maladie», car elle se penche sur l'usage que fait la société étudiée de l'affection pour affronter ses transformations ou assurer sa propre reproduction (Zempléni, 1985) et s'intéresse aux perceptions et aux pratiques liées à la maladie, à leur insertion dans la culture locale. Dans la ligne d'Augé (1986), elle montre que la maladie est un événement à la fois individuel et social, qui fait d'un désordre biologique un désordre social mis en forme symboliquement et participant de théories générales qui servent à penser le social dans son ensemble (Fainzang, 1990). Enfin, elle touche aussi à «l'anthropologie de la santé», c'est-à-dire à l'anthropologie appliquée au domaine médical (Bonté et Izard, 1992), car elle se penche sur les facteurs socioculturels influençant les comportements des malades, dans l'espoir que les conditions d'accès aux soins soient davantage améliorées.

Par ailleurs l'interactionnisme symbolique est sollicité dans la mesure où cette théorie accorde beaucoup d'attention à la logique intentionnelle puisqu'il insiste sur les significations que les individus donnent à leurs conduites. Remy *et al.* (1978) cité par Nizet et Rugaux, rappellent que le terme logique ne se réfère pas ici à un raisonnement explicite structurant un discours mais bien à une cohérence implicite entre une série de pratiques contribuant à

réaliser une certaine orientation. En effet, l'interactionnisme symbolique accorde une importance cruciale à la manière dont les interactions quotidiennes produisent les situations sociales. Pour ce courant, les acteurs qui sont en interaction dans une situation sociale donnée interprètent cette situation et la gèrent en fonction de leurs interprétations élaborées dans ces mêmes interactions. La situation est donc à la fois le cadre et le produit de leurs interactions (Van Campenhoudt, 2001). Elle sous-tend en outre que, les individus sont les producteurs de leur propre action et signification. Bien que vivant dans un même cadre social, chaque acteur social donne un sens individualisé à l'action, selon les circonstances, aux objets et aux situations qui caractérisent ce cadre social ou environnement matériel. L'approche interactionniste accorde une grande importance au caractère représentationnel de la réalité sociale (Cordonnier, 2006). La présente recherche visant à ressortir les logiques d'actions et des pratiques développées autour des plaies et des ulcères chroniques a pris pour socle la théorie de l'interactionnisme en ce sens que chaque malade de même que chaque soignant est considéré comme un sujet actif et producteur de significations dans l'objectif d'une guérison, ce qui renvoie au caractère particulier et distinctif de l'interaction entre êtres humains, autrement entre soigné et soignant.

### **2.6.2. Considérations éthiques de la recherche**

Les avantages de la recherche pour la société, n'est point à démontrer. Cependant, bien qu'elle engendre des efforts positifs pour la communauté, elle doit respecter à son tour les principes éthiques. Pour Crête (2003), la recherche doit respecter les règles générales du droit à la vie privée, à la confidentialité et le consentement éclairé. La garantie d'anonymat va de soi en recherche sociale (Crête, 2003). Nulle part, il n'a été fait mention de l'identité des personnes enquêtées. En effet, nous avons essayé de faire comprendre à nos répondants dans le cadre de notre recherche qu'ils ont le choix de participer ou non à nos entrevues. Dans le but de recueillir des informations fiables, nous avons fait le devoir d'expliquer clairement les objectifs de la recherche à ces derniers. Aussi, nous avons rassuré nos répondants du fait qu'aucun nom ne sera cité ou publié.

### **2.6.3. Limites et difficultés de la recherche**

Les limites à la présente recherche sont relatives au risque de biais d'informations au cours de la collecte. L'effet de halo ou l'effet de contamination est le principal biais que nous pouvons citer dans le cadre de cette recherche. Il désigne en effet, une source de biais dans une recherche qualitative basée sur un entretien de groupe qui se traduit par le fait qu'un jugement ou une réponse d'un participant influence les jugements ou réponses ultérieurs,

notamment, lorsque le premier jugement est émis par une personnalité forte (Bathelot, 2015 cité par Sossouhounto, 2016 ). En milieu fon de Zè, les CDTUB d'Allada est perçu par exemple comme "une prison". Cette perception que les acteurs se font de ce centre de référence est le fruit de leur vécu à travers la maladie d'un parent ou d'un proche ou à partir des expériences des autres racontées. Une telle perception émise lors d'un focus group par un acteur influent, conditionnera les réponses des autres participants.

La rétention des informations surtout celles liées à l'épisode de la maladie qui touche l'identité morale, ou celle de la famille du patient et celles relevant du secret professionnel a été enregistrée de même que le refus de certains porteurs à se prêter à l'exercice de l'entretien de peur d'être référé dans un centre de santé.

Toutes ces difficultés et limites pourraient constituer en elles-mêmes, des insuffisances à l'ouvrage, sans pour autant entacher l'objectivité des résultats pour la nécessité des actions de développement socio-sanitaire à entreprendre.

Ainsi, la deuxième partie du travail est subdivisée en deux chapitres qui sont intitulés comme suit : connaissance et perceptions sur les ulcères chroniques (chapitre 3) et attitudes et pratiques autour des ulcères chroniques (chapitre 4). A travers ces chapitres, les résultats permettant de répondre aux questions anticipées seront appréciés. Les matériaux issus des collectes de données permettront de faire cet exercice.

**DEUXIÈME PARTIE :**  
**LOGIQUES ET PRATIQUES SOCIALES AUTOUR DES**  
**ULCERES CHRONIQUES**

## **CHAPITRE 3 : DU PROFIL DES ACTEURS AUX PERCEPTIONS DIVERSIFIÉES DES ULCÈRES CHRONIQUES**

Ce chapitre présente les caractéristiques sociodémographiques des répondants, leur environnement social, culturel et économique. En effet, ce préalable permettra de saisir le contexte des déclarations émises par les interviewés, de comprendre les différentes perceptions et les pratiques développées autour des ulcères chroniques.

### **3.1. Profil sociologique des acteurs concernés par les ulcères chroniques**

Le profil sociologique des acteurs concerné par les ulcères chroniques est diversifié. On note, Les tradithérapeutes, les malades d'un niveau d'instruction peu élevé et les pasteurs évangéliques.

#### **3.1.1. Concernant les malades et les anciens malades des ulcères chroniques**

L'échantillon total enquêté est constitué à près de 30 % des patients et des anciens patients. Parmi ceux-ci l'on dénombre six femmes sur onze hommes. Cela voudrait-il dire que les acteurs du sexe masculin sont-ils plus affectés par les ulcères chroniques ? Cette recherche ne saurait prétendre tirer de telle conclusion du fait de sa nature qualitative. Cependant, il convient de préciser que le ratio sexe en ce qui concerne les maladies chroniques non transmissibles touchent presque à proportion égale les hommes et les femmes (OMS, 2010).

Le niveau d'instruction le plus élevé est le primaire. On peut en déduire qu'il s'agit d'une population majoritairement de niveau d'instruction très peu élevé et par conséquent plus assujettie aux valeurs culturelles et traditionnelles. Ces constats bien que souffrant des statistiques significatives concordent tout de même avec la littérature existante en la matière selon laquelle le niveau d'instruction serait un facteur important de la santé. Plus le niveau d'éducation est élevé, plus le niveau de santé est bon. Les maladies chroniques touchent 20 % des personnes ayant un parcours scolaire qui va jusqu'à l'enseignement supérieur et 44% des personnes dont le niveau d'instruction ne dépassent pas le secondaire (OMS, 2010).

Il faut, par ailleurs, rappeler que l'âge des patients a été une variable de l'analyse. A cet effet, deux tranches d'âge ont été définies, la première de moins de quinze ans et la seconde de quinze ans et plus. Douze répondants sur dix-sept se situent dans la deuxième tranche dont 4 femmes. Dans la première catégorie d'âge l'on rencontre seulement deux acteurs du sexe féminin. En prenant pour référence l'ulcère de Buruli, il a été montré que les

enfants et les hommes sont plus exposés que les femmes et les filles. Ceci se confirmerait –il en ce qui concerne les ulcères chroniques ? Un approfondissement de cette recherche permettrait de répondre à cette interrogation. Il ressort néanmoins des données de terrain que les activités économiques des hommes et celles ludiques des garçons constituent un facteur de risque de plaie pour eux. En effet les petits garçons se trouvant à un stade adolescent sous l'effet de la fougue s'adonnent aux jeux brutaux « jouer au ballon, le maraudage.. », des jeux susceptibles de causer des blessures qu'ils cachent pour la plupart du temps. Ainsi la chronicité de la plaie chez les enfants serait due à la peur des réprimandes et celle liée à la douleur. ,

« [...] en jouant je m'étais blessé, j'avais mis du sable, à la maison aussi je mets du sable quand ma mère m'a demandé ce qu'il y a là j'ai dit que c'est de la boue, après la plaie est devenue grande » (F.V, élève, 12 ans).

Il faut préciser par ailleurs que les enfants constituent une main d'œuvre importante pour les parents dans les différents métiers notamment ceux du secteur primaires à savoir l'agriculture et l'artisanat. En milieu fon de Zè, les cadres physiques des villages parcourus sont presque identiques. Les villages sont pour la plupart situés aux abords des cours d'eau où très souvent en période de crue les eaux débordant du lit du fleuve Ouémé , traversent la commune et inondent les terres immergées. Cette proximité de cours d'eau étant à la fois facteurs de risque de maladie telle que l'ulcère de Buruli (Sopoh, 2010) elle est aussi favorable pour les activités agricoles. S'agissant des activités économiques, il est ressorti au rang de cette cible, l'agriculture, la pêche, le petit commerce et l'artisanat. L'agriculture vient en tête et reste tout de même l'activité secondaire pour les autres ayant déclaré une autre activité principale. Il se dégage ainsi un lien entre le sexe et l'activité des acteurs et les ulcères chroniques qu'il faudrait confirmer ou infirmer à partir des études quantitatives.

En effet, la dominante des activités économiques se concentre autour de la pêche artisanale, le maraîchage, la culture des produits vivriers dans les terres humides utilisant beaucoup la force de travail des enfants à toutes les étapes des productions. L'artisanat constitue aussi une activité des personnes âgées et des enfants. Il se focalise sur la fabrication des meubles locaux dont le principal matériau est le bambou récolté dans les mangroves. La récolte de ce matériau à la charge des enfants augmenterait leur contact avec le milieu de risque et s'avère comme l'une des hypothèses explicatives de la prévalence élevée de l'ulcère de Buruli au niveau de la catégorie d'âge de moins de 16 ans, reconnue dans les études (Porteals, 2001 ; Muldera, 2008 ; Asiedu, 2000).

Les pratiques religieuses sont multiples mais les religions traditionnelles dominent. Elles subsistent aux assauts des églises évangéliques qui ont essaimé presque tous les hameaux. Les communautés ont une forte croyance au surnaturel. L'influence des ancêtres de l'au-delà, sur la vie présente oriente nombre de pratiques et donne naissance à de variantes de cérémonies. On retrouve des cérémonies de purification de tout un hameau, de libation aux ancêtres etc. Une gamme variée de Vodun composent le panthéon religieux parmi lesquels faudrait souligner le Vodun « Sakpata » auquel est attribué toute manifestation ou pathologie liée à la peau et le Vodun « Gou » auquel est attribuée les accidents domestiques, les accidents de voie publique et toute plaie issue d'un objet en fer. La relation à faire avec la présente recherche, est que les communautés croient fortement à l'influence des dites divinités qui gouvernent beaucoup tout ce qui a trait aux maladies de peau et des blessures. Dès lors les manifestations primaires des ulcères chroniques rentrent dans ce registre. L'influence de la religion est de ce fait déterminant dans l'itinéraire thérapeutique. La faible proportion des chrétiens de l'échantillon opte parfois pour un traitement dans les églises en l'occurrence dans les églises célestes.

### **3.1.2. Concernant les soignants des ulcères chroniques**

Deux types de traitants ont été rencontrés, des tradithérapeutes et des pasteurs évangélistes et célestes.

#### **3.1.2.1. Les tradithérapeutes**

Les tradithérapeutes sont des praticiens endogènes des soins. Dans la communauté de Zè, il existe différents types d'acteurs du genre, qu'on peut regrouper en deux principales catégories. Il y a la catégorie des "amanwato", ceux qui utilisent exclusivement les feuilles pour les soins des maladies. Ils utilisent les feuilles sous toutes les formes, trituration, infusion, tisane etc. pour traiter les maladies. Ils sont reconnus pour le traitement de plusieurs maladies telles que les maux de tête, l'épilepsie, les maux de ventre, l'hypertension et également les plaies. La seconde catégorie est celle des "bokonon" ou "nouwato" ceux qu'on désigne aussi sous le vocable de devins, c'est-à-dire des guérisseurs voyants. Ils sont dotés de pouvoir mystiques qui leur permettent de déceler les causes naturelles et surnaturelles d'une maladie. Ils font recours généralement au Fâ dans le processus de prise en charge des maladies.

Des deux catégories, une seule femme a été rencontrée du fait de leur rareté dans le système sanitaire traditionnel. La femme malgré sa forte présence dans les différents secteurs d'activité reste toujours confinée dans un rôle de second plan et détient un faible pouvoir de

décision sur sa propre vie et celles de ses enfants. Sur le plan sanitaire, elle est plus active en ce qui concerne les soins domestiques, les soins des enfants, du nouveau-né et des femmes enceintes. (Fourn, 2011) mais très peu présentes dans les instances décisionnels. Cette faible représentativité féminine s'explique d'une part par la division sexuelle de travail dans les sociétés traditionnelles où certains rôles sont réservés uniquement aux hommes. C'est le cas de la tradithérapie où les hommes sont dominants. La seule femme issue de cette cible, est une sexagénaire qui a succédé à son père qui aurait été un grand prêtre féticheur qui n'avait pas eu d'enfant garçon vivant à son décès. Elle a commencé réellement à assumer la fonction de tradithérapeute, après l'arrêt définitif de ses menstrues (la ménopause) a-t-elle déclaré :

« [...] Mon père était un grand féticheur reconnu du village. Mes deux frères étaient décédés avant lui, de son vivant ils me montrèrent certaines choses, c'est vrai je ne connais pas tout, mais j'ai commencé à soigner les malades après la fin de mes menstrues » (K D, Tradithérapeute , 63 ans)

L'absence ou l'arrêt des menstrues serait déterminant dans l'accès au pouvoir traditionnel. Le sang des femmes, celui des menstrues et de l'accouchement, étant souvent décrété d'impur dans toutes les religions, il fait l'objet de nombreux tabous sexuels et sociaux, des interdits et des malédictions. Les menstrues interviennent dans ce cas dans la division sexuelle des rôles sociaux. C'est certainement la raison pour laquelle les femmes ne jouent certains rôles initialement réservés aux hommes qu'à la ménopause.

De tous les guérisseurs interviewés, un seul avait le niveau primaire. Il est le seul à avoir affirmé qu'il collabore avec la médecine moderne à travers la demande des analyses biomédicales, lorsque cela se révèle nécessaire. Il fait pratiquement un traitement mixte en associant des médicaments (bétadine, paracétamol, nifluril,...) dans le traitement des ulcères chroniques. Le niveau d'instruction façonne ainsi la manière de pensée influence les pratiques. Certes, la majorité des guérisseurs a déclaré l'utilisation des comprimés et des gélules pris dans le marché local en l'occurrence dans le traitement des douleurs mais la demande des analyses médicales est inexistante.

Dans l'ensemble, les guérisseurs quel que soit leur sexe sont souvent des généralistes c'est-à-dire traitants de toutes les maladies, mais certains sont des spécialistes de certaines maladies particulières et cela selon leur compétence et leurs expérience dans la prise en charge de la dite affection. Ils reçoivent un nombre non négligeable de patients qu'ils internent souvent pour la prise en charge. Ceux-ci ne nécessitent ni publicité pour drainer du monde, car leur renommée suffit pour attirer et convaincre les clients (Sène, 2013). L'échec thérapeutique sur le plan endogène est assimilable au choix d'un mauvais guérisseur, d'un mauvais traitement ou d'une mauvaise identification de l'origine du mal. Mais, très rarement

la cause mystique de la maladie et l'efficacité du traitement traditionnel, sont remises en cause. Cette remise en cause entraîne, dans certains cas, un changement de guérisseurs.

L'approche thérapeutique des tradithérapeutes est fondée sur des plantes qui renferment la présence de composés chimiques possédant diverses propriétés notamment les propriétés anti-œdémateuses, anti-inflammatoires, antibactériennes, antiseptiques, sédatives, analgésiques, anesthésiques, cicatrisantes (Yemoa *et al.*, 2008). Selon cet auteur, ces plantes présentent des propriétés similaires aux médicaments et ingrédients chimiques des professionnels de santé. En dehors des plantes, il y a les interdits alimentaires, le port des amulettes de protection et la prise en charge des maladies connexes qui apparaissent durant le traitement.

Par ailleurs, les pratiques thérapeutiques se déroulent dans un cadre de soin souvent familial et accessible aux proches parents, ce qui traduit la philosophie des sociétés cosmocentriques. Cette pratique en se fondant sur l'utilisation des ressources locales (plantes et autres objets) et en prenant en compte les croyances des patients, permet à ces derniers d'être acteurs de leurs soins et les incite à l'auto-soin. Une telle responsabilisation du patient facilite les paiements (versements échelonnés ou en nature) et l'adhésion aux soins. Il réalise des rites et des rituels pour conjurer le mauvais sort du ménage ou de la famille car, la maladie d'une personne concerne souvent la famille, voire la communauté et n'est pas une caractéristique individuelle comme dans les cultures occidentales (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014 : 381-382). C'est pour cela, Fainzang (1989) signale que la maladie individuelle exprime une histoire collective dans les sociétés africaines. Le recours à la médecine traditionnelle est constaté en dépit de la disponibilité des centres de santé, les soins traditionnels ne sont pas prêts à être abandonnés par les populations. En dépit des mutations que connaissent nos sociétés, les soins locaux et les recours aux tradithérapeutes persistent (Lompo, 2013). Car cela est largement défendu par les populations elle mêmes. De telles conclusions rejoignent les propos de Banerji (2001) qui constate qu'en Inde, les populations et les patients eux-mêmes atteints de tuberculose étaient donnés pour responsables des échecs des programmes sanitaires. Il leur était reproché de ne pas percevoir leurs symptômes, de ne pas participer aux programmes de dépistages et d'être fatalistes. Il s'avère alors nécessaire de comprendre les facteurs décisionnels au recours de la médecine traditionnelle.

### **3.1.2.2. Les pasteurs évangélistes et célestes**

Dans le cadre de cette recherche, quatre pasteurs ou encore des chefs religieux modernes ont été rencontrés. Etant tous du sexe masculin, le plus instruit a atteint la classe de

la terminale alors que le moins instruit classe troisième. Ils sont très actifs dans la guérison de plusieurs maladies dont les ulcères chroniques. Ils agissent par les prières des plantes et des médicaments. Deux types de prières sont généralement faites, celle de guérison et de délivrance. Malgré la proximité des centres de santé, les églises constituent les lieux de prise en charge des maladies très sollicités. Avec la foi, le patient semble recouvrer plus rapidement la guérison mais découvre aussi que cela lui revient moins cher.

« [...] C'est Dieu qui guérit, seul lui a d'autorité sur les esprits maléfiques, [...] il ne me demande pas non plus de l'argent, si je suis guérie je peux faire une action de grâce, je donne ce que je veux, mais le pasteur peur me faire la liste des choses à acheter pour l'action de grâce, ça dépend [...] » (A.H, vendeuse, 43 ans)

Dans les conceptions des acteurs, la plaie chronique n'est pas uniquement du ressort biomédical mais du spirituel du fait qu'il existe des plaies provenant des mauvais esprits. Dans ce contexte, la guérison peut être obtenue que grâce à des supplications adressées à Dieu à travers diverses formes de prière.

Tandis que la prière de guérison est faite pour toutes sortes de maladies, la prière de délivrance se fait dans des cas où l'on soupçonne que la personne malade est possédée par des esprits maléfiques ou que son mal serait causé par les agissements des mauvais esprits. La bible, la croix, l'eau et l'huile d'onction sont utilisés comme supports pour les prières. Pour les deux types de prières, il s'agit d'une psychothérapie qui essaie de faire disparaître d'une part la peur d'une éventuelle incurabilité au profit d'une confiance en Dieu favorable à la guérison. La psychothérapie est nécessaire mais ne peut à elle seule conduire à une guérison totale. En dehors des prières, des plantes et des médicaments sont utilisés pour soigner la surface de la plaie et les douleurs.

Les pasteurs indiquent rarement des médicaments aux patients, mais associent des plantes à des prières. Ces pasteurs ont une connaissance relative de la phytothérapie. Après avoir interrogé le malade et/ou ses proches, ils posent le diagnostic et appliquent le traitement approprié. Il s'agit souvent des feuilles qu'on utilise sous forme de la macération, de l'infusion, de la décoction, de l'inhalation dont l'utilisation est précédée toujours de prière pour chasser le "mauvais esprit". Le pasteur "herboriste, peut lui même administrer le traitement au malade la première fois, puis il lui donne la recette pour qu'il continue les soins tout seul ou avec l'aide des siens, ce qui n'empêche pas les prières périodiques à faire. Il faut reconnaître qu'il a été noté une modestie ou une humilité chez les pasteurs soignants qui reconnaissent qu'ils ne sont pas capables de garantir une guérison totale uniquement à partir

de leurs pratiques. Ils collaborent ainsi avec la médecine moderne en référant les patients à l'hôpital quand la cicatrisation tarde à se réaliser.

Les tradithérapeutes et les pasteurs font des pratiques similaires seulement que les outils intervenant de prise en charge des plaies diffèrent.

Ces différents acteurs concernés par les ulcères chroniques bien que se trouvant tous sur une même superficie ne partagent pas tous les mêmes cultures. Cette diversité culturelle aussi insignifiante qu'elle soit influence tout de même le niveau de connaissance des acteurs et leurs perceptions sur les ulcères chroniques.

### **3.2. Connaissance sur les ulcères chroniques**

Le niveau de connaissances sur les plaies varie d'une cible à une autre. La connaissance nosologique et étiologique des acteurs sont fonction des expériences faites avec la maladie ou des représentations sociales qui en sont forgées.

#### **3.2.1. Registre nosologique liée aux ulcères chroniques**

Du point de vue ethnographique, on identifie deux catégories de plaies : les plaies naturelles ou simples et les plaies complexes ou encore des plaies dites provoquées "Akpaḍido". Les plaies dites naturelles ou normales sont celles qui peuvent être traitées par les profanes, au dispensaire ou à domicile, par contre celles classées surnaturelles ne devraient pas toujours être soignées dans un centre médical selon les informateurs. Leur traitement relève des spécialistes traditionnels, des initiés ou des religieux. La dénomination des ulcères est tributaire de la durée du traitement, de la couleur de la plaie et parfois du dégagement d'odeur. La plaie d'une manière générale est désignée en fon par "akpa" qui littéralement signifie lésion ou blessure. Les plaies naturelles conservent cette dénomination alors que les plaies complexes sont désignées par "apka jomaku", "akpa ḍonumè:", "gbogada". La plaie naturelle est considérée comme une maladie bénigne dont les conséquences ne sont pas graves pour la santé de l'homme. Il convient de préciser que le "gbogada n'est pas systématiquement classé dans le registre des plaies surnaturelles bien qu'il s'agit généralement d'une grande plaie infectée, puante. La planche 1 donne deux type de "gbogada" désignés par les répondants



**Planche 1:** Gbogada en traitement à domicile depuis 3 à 4 mois  
**Source :** Clichés Houndjrèbo, décembre 2016

☞ **Akpa jomaku** signifie littéralement dans les langues fon et Aïzo ‘‘une plaie qui est née et qui ne va pas mourir pour dire qu’il s’agit d’une plaie incurable’’

«[...] La plaie incurable est une plaie très compliquée, quand elle survient quel que soit le traitement, elle résiste. Il faut faire recours aux spécialistes de cette plaie pour son traitement. Il y a même actuellement une telle plaie sur l’enfant de ma coépouse. Ils ont été au centre de santé, à l’église même à Allada sans amélioration. [...]. Finalement la plaie a commencé par cicatriser, ils sont rentrés et ont même fait une action de grâce à l’église. Mais il y a environ 8 semaines que la fille a constaté que la même partie du corps s’est enflée et la plaie a réapparu, c’est une plaie incurable.[...] » (G.B., agricultrice, 32 ans).

☞ **Akpađido** ou **đonumε**: ‘‘c’est une plaie envoyée, plaie provoquée par des esprits ou par la sorcellerie’’. la plaie d’envoutement selon les acteurs ne sont pas nécessairement une plaie incurable. Ils soutiennent que la curabilité d’une plaie d’envoutement dépend des recours thérapeutiques et des antécédents de l’envoutement. Ces acteurs pensent qu’il existe des malfaiteurs qui sont capables d’envoûter certaines personnes, leur donnant ainsi une maladie qu’ils seront seuls en mesure de guérir. Ainsi en est-il des maladies que l’ennemi envoie pour nuire à un homme riche qu’on veut réduire à néant (alcoolisme, désordre sexuel, etc.), ou une belle femme qui a refusé les avances d’un homme méchant. Les plaies chroniques fait partie de la liste des maladies d’envoutement.

☞ **Gbogada** : ‘‘plaie d’un grand diamètre qui pue, qui coule et dont la cicatrisation tarde. C’est une plaie qui selon la nosologie populaire est issue d’un bouton, d’un abcès mais par d’une blessure. Bien que ce soit une plaie de grand diamètre et puante, ‘‘gbogada’’ n’est pas classée dans le registre des plaies d’envoutement, du fait que le retard de cicatrisation est relativement faible. Quand la plaie ne cicatrise pas dans les six premiers mois après son apparition, les acteurs ne s’inquiètent pas encore. Dans ce cas le ‘‘gbogada’’ est justifié par

une négligence dans la prise en charge ou le choix d'un mauvais traitant. « alɔ tɔ̃ ɲi akpa tche aa, atɲkɲ e ɲɲ ɲi mi ã ».

Les différentes méthodes utilisées pour distinguer les plaies sont la durée de cicatrisation, les sensations et la couleur. En d'autres termes, le registre nosologique des maladies en milieu traditionnel fait apparaître des dénominations spécifiques provenant des symptômes et d'autres spécificités de la maladie. (Houngnihin, 2015).

### 3.2.2. Une étiologie multiple des plaies chroniques

Un ulcère chronique, du point de vue médical, est causé par des facteurs endogènes (stress, cancer, insuffisance veineuse, insuffisance artérielle...) et/ou exogènes (actions bactériologique, mécanique, chimique,...) (Vézina *et al.*, 2006). L'étiologie populaire s'inscrit également dans la dichotomie endogène /exogène, mais les explications ne sont pas aussi vraisemblables.

#### 3.2.2.1. Causes endogènes

Sont rangées parmi les causes **endogènes**, toute plaie provenant d'une réaction de l'organisme sur la peau " *venant de l'intérieur du corps* " ; toutefois, subsiste une ambiguïté en ce sens que certaines réactions endogènes du corps peuvent avoir une source exogène selon les répondants. C'est ce qu'on peut comprendre à travers le discours d'un traitant de plaie

« [...] Une plaie sur la peau peut traduire le rejet de l'organisme d'un corps étranger. Tu manges un aliment que ton organisme n'a pas accepté, cela est rejeté à travers des boutons que tu grattes qui devient une plaie. Mais il y a aussi des plaies provenant d'un bouton qui ne seront pas naturelles, mais qui peut s'agir là c'est la manifestation de la colère d'une divinité par exemple à partir de la consommation d'un aliment "totem"» (L.E, vendeuse, 31ans).

Autrement dit, le non-respect des interdits alimentaires culturels sont aussi des causes des plaies incurables. En effet la transgression des règles sociales fait appel à une sanction physique sociale ou spirituelle. La consommation d'un aliment interdit " *Totem* " étant considéré comme une violation des normes culturelles, elle implique une sanction qui se manifeste par l'apparition des plaies selon certaines croyances culturelles. C'est le moyen pour la divinité ou l'esprit offusqué de manifester sa colère en tant qu'être suprême bafoué et de restaurer le respect ; quiconque enfreint désormais à cette règle sait la sanction qu'il encoure.

« [...] chez nous la consommation de l’oiseau ‘hinsouvo’ est formellement interdite, quiconque s’entête pour le faire souffre des maladies de peau des plaies chroniques. Il faut tout un rituel pour guérir » (S.A, agriculteur, 68 ans).

En bref, les aliments provoquent des plaies de manière biologique à travers des réactions allergiques (apparition des furoncles et des abcès), mais également de façon spirituelle à partir des interdits alimentaires culturels. Par ailleurs, certaines maladies en l’occurrence le diabète est cité en tant que source des ulcères chroniques. Selon ces acteurs, la plaie chez le diabétique constitue un canal pour évacuer l’excès du sucre contenu dans l’organisme ; c’est la raison qui justifie l’apparition des plaies chroniques chez la plupart des malades diabétiques.

« [...] Lorsque l’organisme n’a plus besoin du sucre, il rejette cela par la peau c’est pourquoi vous verrez souvent des plaies qui coulent chez les malades diabétiques, le pus qui sort de la plaie, c’est du sucre. [...] » (S.A, agriculteur, 68 ans).

Le diabète serait alors une cause de la plaie et non un facteur retardant la cicatrisation. Certes l’une des ulcères chroniques selon la nosologie biomédicale est ‘l’ulcère du pied diabétique’ du fait que le diabète constitue un facteur de retardement de la cicatrisation. Selon les informateurs, la plaie serait également héréditaire dans certaines familles. Autrement dit, elle est un acquis génétique qui s’installe dans une lignée familiale. Il s’agit des plaies que l’individu traîne avec lui plusieurs années durant qui malgré les soins, ne donne qu’un soulagement relatif. Ainsi, en est-il des plaies de la drépanocytose. Les acteurs admettent que ce genre de maladie est donné par le destin et qu’ils n’y peuvent rien. Ils savent qu’ils la traîneront toute leur vie.

### **3.2.2.2. Causes exogènes**

Quant aux causes ‘externes au corps’, elles sont multiples. Elles sont d’ordre physique, environnemental et spirituel. Un manque de mobilité (alitement, fauteuil roulant) induit une pression prolongée sur certains tissus, y limitant la circulation sanguine et lymphatique, ce qui favorise des ulcères de la peau, communément appelés escarres ou ulcères de décubitus (Vézina *et al.*, 2006). Le manque de mobilité a été également reconnu comme cause d’ulcère chronique mais pour une raison autre que celle évoquée cliniquement. Un répondant donne l’explication qui suit :

« [...] Quelqu’un qui est malade qui n’arrive plus à marcher peut avoir une ulcère au pied aux fesses ou au dos selon qu’il reste plus couché que assis et vice versa, les parties collées au lit ou aux fauteuils sous l’effet de la chaleur vont s’abimer par manque d’air » (D. S. agricultrice, 36ans).

Plusieurs autres causes sont imputées à l'environnement à savoir, les morsures de serpent et d'autres animaux, les brûlures, les accidents domestiques ou champêtres, la fréquentation des sources d'eau contaminées, les piqûres d'insecte. Plusieurs vers non identifiés seraient à l'origine des plaies chroniques etc.

[...] « Il y a des vers dans les eaux de surface, dans la brousse et lorsque ils touchent la peau, la partie commence à démanger et quand tu grattes cela devient une plaie, c'est le cas de " jivo " ». (A.R. menuisier, 27ans).

'Gnivo'' selon les répondants est une plaie qui survient suite à un abcès qui apparaît après le contact de la peau avec un ver de brousse appelé ' ji''. C'est l'éclatement de l'abcès qui donne la plaie. Lorsque l'abcès s'éclate de lui-même, il y a de forte chance que la cicatrisation soit rapide si le traitement est adéquat, dans le cas échéant, son traitement peut s'avérer très compliqué. Ce type de plaie serait l'une des ulcères qu'on ne soigne pas dans un centre de santé. A l'instar du ver 'ji'', d'autres vers seraient également à l'origine des ulcères chroniques, le ' ziowevi'', le ver de singe par exemple. Ce dernier, à la différence de ' ji'' s'infiltré dans la peau en donnant l'aspect d'un abcès, il y séjourne, ronge la partie touchée en provoquant de la douleur et de la brûlure, il prend le temps de se multiplier dans le corps avant de s'éclater après des jours pour un ulcère très difficile à gérer.

De ces descriptions, le facteur environnemental serait responsable des ulcères chronique. Une bonne hygiène corporelle s'avère alors nécessaire pour s'en prévenir. En d'autres termes, le manque d'hygiène en général provoque aussi des ulcères chroniques en ce sens que les virus responsables de la transmission se propagent dans des milieux insalubres. Un parallèle fait entre les ulcères chroniques et le manque d'hygiène réside dans l'emplacement des ulcères sur le corps. Les UC attaquent le plus souvent les pieds, une partie du corps qui serait plus en contact avec les milieux insalubres en milieu rural, soit dans le cadre des activités économiques ou des activités ludiques chez les enfants. Une recherche médicale sur les causes des ulcères chroniques en l'occurrence des facteurs environnementaux serait indispensable pour la vérification de cette hypothèse.

« [...] La plaie est causée parfois par notre propre défaut d'hygiène, nous sommes au champ, nous traversons des brousses, les enfants aussi se promènent dans la brousse, il faut qu'à notre retour nous nous lavons bien, nos vêtements aussi, si non, nous pouvons tomber malades des ulcères chroniques [...], vous voyez, ce que je dis, c'est pourquoi les plaies sont souvent au pied. » (E.N, agriculteur, 23ans).

La connaissance étiologique de la maladie dans certaines communautés, fait également état d'une maladie contagieuse qui se contracte au contact d'une personne saine

avec les objets en l'occurrence les vêtements du porteur, à travers la baignade ou l'utilisation des mêmes sources d'eau que les porteurs d'UC.

On retient de la connaissance étiologique populaire qu'une plaie est une maladie de la peau causée par des facteurs externes ou internes à l'organisme. La plaie n'est nullement perçue par les répondants comme un symptôme d'une autre maladie. L'idée qu'une plaie peut signaler une autre maladie n'est pas présente dans la croyance populaire. Alors que du point de vue médical, les plaies pourraient être des manifestations, c'est-à-dire des symptômes d'autres maladies tropicales telles que l'ulcère de Buruli, la lèpre et le pian ainsi que plusieurs maladies non transmissibles (diabète drépanocytose). Dans cette logique, le traitement de la plaie s'apparente au traitement des symptômes d'une maladie non diagnostiquée. Ce qui retarderait probablement la cicatrisation. Il s'en déduit globalement une étiologie diversifiée et une connaissance mitigée des acteurs sociaux sur les ulcères chroniques. Une étiologie qui fait cependant référence aux perceptions, à l'origine, à la cause réelle ou attribuée par les individus selon leur processus de « socialisation aux différentes maladies » (Ngueyap, 1998).

Mise en marge les causes matérielles, des facteurs surnaturels sont attribués à certaines plaies.

### **3.2.2.3. Du naturel au surnaturel : quand la cicatrisation devient problématique**

Les ulcères comme l'ont su expliquer, plusieurs répondants, sont des lésions de la peau qui provoquent des douleurs privant le porteur de sa santé. Elle est donc une maladie comme toute autre à la seule différence qu'elle nécessite un double traitement, le traitement de la lésion et le traitement de la douleur et toutes les autres sensations y afférentes. Des connaissances nosologiques populaires, deux catégories de plaies sont identifiées, celles dites naturelles et celles classées de surnaturelles. Les plaies dites surnaturelles sont celles qui seraient provoquées par la sorcellerie, l'envoutement ou provenues d'une malédiction naturelle c'est-à-dire par la manifestation de la colère d'une divinité ou d'un esprit sur un individu. La tradition africaine affirme que certaines maladies sont causées par les divinités ou les esprits comme la juste punition des violations des interdits ou des tabous. Certains actes posés par les humains ont parfois des conséquences graves sur leur milieu de vie et surtout sur leur santé.

Cette perception nosologique rejoint le développement de Bonnet (1990), de Diakitè, Diarra et Traoré (1993) et de Roger (1993) à propos de la maladie. En effet, ces auteurs ont eu à montrer que dans la connaissance populaire qu'il existe des maladies attribuées à des

facteurs surnaturels (convulsions, délires, folies), à la transgression d'un tabou ou au mauvais sort (stérilité, avortement), qui ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux devins et en aucun cas par la médecine moderne. Certaines plaies selon les répondants peuvent également changer de catégorie dans le temps ' une plaie qui au départ était naturelle peut avec le temps présenter des causes surnaturelles quand cette dernière met de temps à cicatriser. La durée de cicatrisation devient l'élément fondamental de la catégorisation. Mais seul le tradithérapeute est habilité à confirmer qu'il s'agit d'une plaie naturelle ou surnaturelle. Le tableau IV récapitule les connaissances nosologiques et étiologiques des ulcères chroniques en milieu fon de Zè.

**Tableau V:** Nosologie et étiologie des ulcères en fongbé

Catégorie	Désignation	Description populaire	Origines
Naturelle	Akpa	Plaie simple dans une phase non compliqué,	Morsure, piqure, accidents domestiques
	Agada ou Gbogada	plaie d'un grand diamètre qui pue, qui coule et dont la cicatrisation n'est pas effective dans 6 mois	Abcès, bouton
Surnaturelle	Akpa jomaku	Une plaie qui n'est pas cicatrisée dans une durée de un à deux ans	Envoutement, sorcellerie Colère des divinités
	Wevikpa	Plaie ayant un aspect cotonneux dont on ignore l'origine	Envoutement Morsure piqure, accidents, alimentation) Sorcelleries
	Akpa donume	Plaie provoquée	Envoutement, sorcellerie (Morsure piqure, accidents, alimentation)

Source : Données de terrain, décembre, 2016

### 3.3. Perceptions sociales des ulcères chroniques

Les perceptions sociales visent à mettre nos actions ou intentions d'actions en harmonie avec le monde qui nous entoure. Elles influencent nos comportements et pratiques dans la société. En matière des ulcères chroniques, elles sont capitales dans l'itinéraire thérapeutique comme ci-dessus expliqué, dans le type de choix et par ricochet dans la cicatrisation rapide ou tardive de l'ulcère. C'est pourquoi, elles ont été appréhendées. Les zones d'études étant des zones endémiques d'UB, il s'avère opportun de recenser les

représentations sociales des UB et de leur prise en charge tant en communauté que dans les centres de dépistage et de traitement de l'UB (CDTUB).

### **3.3.1. De la perception de l'ulcère de Buruli à celle des ulcères chroniques**

L'ulcère de Buruli est une maladie des régions tropicales et subtropicales, handicapante qui affecte la peau et ses tissus sous-jacents (Portaels et al., 2001). L'évolution de la maladie passe par des signes cliniques de la forme de nodule, de plaque ou d'œdème à la forme d'ulcère. Le malade présente au début l'une des formes cliniques (soit de nodule, soit d'œdème soit de plaque); il ne ressent ni douleur, ni fièvre; ce qui n'impose pas de contraintes de recherches de soins. A un stade avancé, elle présente une sémiologie similaire à celle des ulcères chroniques. Elle demeure une maladie mystérieuse à la compréhension communautaire, plusieurs perceptions prévalent. Pour plusieurs, il s'agit d'une maladie socialement interprétée comme étant une conséquence d'une dysharmonie entre l'individu et la sphère sociale, d'une transgression aux règles sociales et naturelles. C'est une maladie qui touche à la fois le patient et sa famille car les souffrances sociales et économiques qu'elles infligent affectent également les membres de la famille ou de la communauté. Ailleurs, la maladie d'UB est perçue comme une maladie socialement mortelle, car elle tue l'économie du patient à travers des dépenses de soin, de l'incapacité du patient à travailler, elle tue également la beauté puisque ce dernier en sort avec des grandes cicatrices ou des amputations, elle tue l'éducation des enfants, du fait que le patient ne dispose plus des ressources nécessaires pour en faire face. « [...] Cette maladie... c'est la mort, oui tu es vivant, mais tu ne sers plus à rien [...] » (DS, agricultrice, 46 ans).

L'organisation de la lutte contre l'UB a démarré au Bénin depuis 1997 sous l'égide du ministère de la santé publique. Ainsi, le Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcère de Buruli, créé en 1997, a élaboré un premier plan d'action pour la période de 1997 à 1999. L'objectif principal de ce plan était la création d'un CDTUB par département endémique. C'est ainsi que les CDTUB de Lalo, de Allada, de Pobè et de Zagnanado ont été mis en place. Elles sont des structures de référence pour la prise en charge des UB. Les axes d'action du PNLLUB depuis une décennie s'articulent autour des priorités ci-après : le renforcement institutionnel des structures de gestion et de prise en charge ; la surveillance épidémiologique ; le dépistage précoce et communication pour un changement de comportement CCC ; l'amélioration de la qualité et décentralisation de la prise en charge ; la formation continue ; recherche et la prévention primaire.

Les CDTUB sont restés pendant longtemps dans une approche de soins centralisée. Mais le CDTUB d'Allada expérimente depuis 2007 l'approche décentralisée des soins. L'approche des soins en décentralisé constituait des réponses pour la réduction du recours tardif ou refus aux soins cliniques par les patients UB. En effet l'un des facteurs explicatifs du recours tardif aux soins médicaux est la grande distance qui engendre des coûts économiques importants.. Les centres décentralisés sont compétents que lorsque la plaie d'UB est diagnostiquée précocement. Dans le cas échéant les malades sont référés vers les CDTUB qui sont différemment perçues par les acteurs.

Pour certains répondants, les CDTUB sont des centres de santé spécialisés dans la prise en charge des plaies qui reçoivent les plaies récalcitrantes qui n'ont pas pu être traitées dans la communauté.

« [...] L'hôpital de Gbêmontin (CDTUB Zagnanado) est un hôpital qui traite des plaies incurables, des plaies qui ont fait plusieurs parcours thérapeutiques sans succès, atterrissent dans cet hôpital, mon enfant a été traité là-bas » (D.M, vendeuse 36 ans).

Dans cette logique, les centres de santé en général, les CDTUB en particulier, constituent le dernier recours pour le traitement de la plaie, c'est dans le cas d'un vrai désespoir qu'on s'y réfère. Pour d'autres les CDTUB sont des centres qui "troublent" l'ordre social. Ils s'expliquent en évoquant les distances qui séparent ces centres des communautés endémiques en faisant particulièrement référence aux séjours d'hospitalisation. En effet le temps de traitement des patients étant effectué en hospitalisation, les patients devaient rester isolés de leur village, de leurs activités et de leurs ménages pour séjourner dans le centre de traitement pour un moment déterminé par l'ampleur de l'ulcère (Grietens *et al.*, 2008). Tous ces aspects viennent perturber le coût normal de la vie aussi bien du patient que celle des proches parents qui doivent investir en temps et en argent pour le malade hospitalisé.

« [...] C'est un centre dans lequel tu sais quand tu rentres mais tu ne sais pas quand tu y ressors, nous sommes arrivées ici depuis 2014, mais mon enfant traîne encore des bandes, j'ai des rumeurs selon lesquelles une autre femme prépare déjà à mon mari [...] mais il aurait raison je ne sais pas quand on va sortir [...] » (G.P, vendeuse, mère d'une malade d'UC hospitalisée au CDTUB Allada, 45 ans).

Les CDTUB sont ainsi comparés à des prisons, où le sort du malade est déterminé par les acteurs soignants. La durée de l'hospitalisation ne dépend plus de la guérison de la maladie mais du bon vouloir des acteurs soignants. Ils estiment que les soins octroyés ne sont pas d'une qualité pouvant accélérer la cicatrisation des plaies.

« [...] pis qu'une prison, Dans une prison au moins après le jugement tu connais la date de ta libération mais ici tout dépend es chefs. Les matins on passe juste de Bétadine et on bande quand est-ce la plaie va guérir ? [...]» (P.B, soudeur, patient UC au CDTUB, 43 ans).

Ces différentes perceptions sont déterminantes dans la recherche des soins des patients porteurs d'UC. Les actions de sensibilisation menées dans la commune de Zè dans le cadre de la lutte contre l'UB, permet néanmoins à une frange de la population de distinguer des plaies d'UB des autres ulcères chroniques. Mais celle-ci est convaincue que le traitement répond au même processus et qu'il ne faille pas la peine de recourir à un traitement médical. Comment les ulcères chroniques sont –elles alors perçues par les différents acteurs ?

### **3.3.2. Perception sociale sur les ulcères chroniques**

De l'ensemble des discussions, on peut retenir que la plaie est une maladie de la peau, c'est-à-dire du corps pouvant être traitée et guérie comme toute autre maladie. Cependant, les perceptions varient selon que l'on soit porteur ou non.

#### **3.3.2.1. La plaie chronique, une double maladie**

La plaie est une double maladie, une maladie physique et une maladie morale. Contrairement aux autres maladies, la lésion de l'ulcère chronique consiste à elle seule une maladie à traiter c'est-à-dire à cicatrifier. Mais en dehors de la lésion qui est la partie visible ou l'aspect physique de la maladie, il y a les différentes sensations telles que la douleur, la brûlure qu'il faut également traiter. Autrement, les produits utilisés pour cicatrifier la plaie ne sont pas les mêmes que ceux intervenant dans le traitement des sensations. Il s'agit alors pour le malade de deux maladies différentes auxquelles il doit faire face. A ces deux maladies distinctes pourtant, en une, s'ajoute, le poids psychologique qu'engendre l'ulcère chronique dans le cas d'une guérison tardive. Ce retard de cicatrisation constitue une troisième maladie dont souffre le patient tout le temps que durera la cicatrisation. Dans de pareilles circonstances, le malade se pose plusieurs questions généralement sans réponse. Il se retrouve seul face à cette troisième maladie qui "fait plus mal" que les douleurs de la plaie.

« [...] quand tu portes une plaie chronique, il y a la douleur et aussi quand la plaie ne guérit pas tout le monde commence par te regarder d'une manière bizarre comme si tu es une mauvaise personne [...], vraiment c'est dur de trainer une plaie pendant des mois voire des années » (F. M, agricultrice, 57 ans).

#### **3.3.2.2. L'ulcère chronique, la colère des divinités ou des esprits**

La plaie chronique est une maladie provoquée par la colère des esprits ou des divinités, (les plaies de brûlure qui deviennent chroniques seraient provoqués par la divinité

Zo<sup>12</sup>, celle provoquée par la rougeole serait liée à la colère de la divinité Sakpata<sup>13</sup>, et celle issues d'un quelconque accident (voiture, moto et même à partir des objets en fer) serait la colère de la divinité Ogou<sup>14</sup>). Selon les répondants, ces plaies constituent des messages venant desdites divinités soit, pour rappeler une violation des normes sociales, une inobservance de ses interdits ou pour rappeler une promesse non tenue. Les déclarations d'une traitante de plaie l'illustre d'avantage :

« [...] Certains enfants de sakpata et de ogou, deviennent par la force des choses des chrétiens et ne s'intéressent plus du tout à ces divinités alors qu'ils leur doivent la vie. Les divinités ont plusieurs manières de les appeler, par des maladies, généralement par des plaies chroniques [...] ». (K.S, agricultrice, 63 ans).

La maladie n'est pas uniquement un fait biomédical ; elle est un fait culturel. Même si elle est un épisode de la vie parfois éphémère, elle détient des sources lointaines qui peuvent remonter même à la naissance du porteur, aux conditions et aux circonstances de son accouchement. La croyance religieuse est déterminante dans la connaissance étiologique des maladies. Le monde physique et immatériel ne font qu'un selon les acteurs, où les esprits se manifestent tant en bien qu'en mal. Les esprits à même de faire connaître la joie de procréation à une femme, sont également susceptibles de lui en ôter ou de la nuire. C'est ce qu'on peut comprendre selon une analyse émique de ce verbatim. Il s'en déduit que la liberté religieuse de l'individu est restreinte face aux exigences de la société, car le choix d'une autre religion que celle exigée consciemment ou inconsciemment par les parents ou la famille, a des prix que l'enfant doit payer dans certains contextes, un prix qui n'est rien d'autre qu'une maladie chronique. Comme le rappelle Pierret (1984) cité par Jodelet (2006), les systèmes d'interprétation de la santé qui organisent les pratiques sociales et symboliques renvoient non seulement à la maladie et à la médecine, mais aussi au travail, à l'éducation, à la famille, et permettent de dégager des logiques de vie ou, du moins, des sens donnés à la vie.

Il faut néanmoins préciser que la perception religieuse de la plaie ou de l'ulcère chronique varie selon qu'il s'agit d'une religion africaine ou occidentale. Ainsi, si l'acteur est chrétien musulman ou praticien des religions endogènes, leurs perceptions et pratiques culturelles restent très influencées par la religion d'origine [Houngnihin *et al*, 2012].

---

Le nombre des nouveaux consultants est passé de 600 cas en 2012 à 490 cas en 2015 soit une diminution de 18,33 %.

14 Divinité souvent retrouvé au sud du Bénin et représenté par des ferrailles, il est encore appelée Dieu des ferrailles et serait protecteur de la population contre les accidents de circulation.

### **3.3.2.3. L'ulcère chronique, une punition divine**

La plaie est perçue comme une punition divine à l'endroit du porteur pour signifier que Dieu punit les désobéissants, les mauvaises personnes. Dans ces conceptions traditionnelles, la nature disposerait de plusieurs moyens pour régler ses comptes avec les humains qui troublent l'ordre social. Des personnes mal intentionnées, en l'occurrence des femmes célibataires avec enfant ou des jeunes filles qui délibérément choisissent de détruire les couples, de narguer ou d'escroquer les hommes seraient punies par Dieu à travers les plaies chroniques. Celles-ci useraient de leur charme pour atteindre leur victime. De telles personnes contracteraient des ulcères chroniques qui selon les acteurs ne sont ni provoquées par les esprits ni par envoûtement mais par une réaction divine dans le but de les freiner dans leur élan destructif.

« [...] Tant qu'elle trainera une plaie chronique, aucun homme ne tombera sous son charme » (G.L agriculteur, 26 ans).

### **3.3.2.4. L'ulcère chronique, signe de la transgression des normes sociales**

La plaie chronique dans d'autres communautés est une preuve de la transgression des normes sociales en l'occurrence l'adultère. L'infidélité de la femme, est sévèrement punie aussi bien par les humains que par les esprits. Dans la tradition africaine, plusieurs signes indiquent l'adultère de la femme, soit une maladie chronique de l'époux, un accouchement difficile, des tragédies dans le ménage ou une maladie chronique de la femme elle-même. L'ulcère chronique serait alors une preuve irréfutable de l'adultère de la femme. Les interdits sociaux ou culturels sont encore évoqués pour justifier l'étiologie de la maladie. La plaie étant perçue généralement comme une saleté (dégagement d'odeur, attirance des mouches) elle est ainsi représentée socialement comme une impureté comportementale d'où son attribution à l'adultère. Elle serait la marque d'une femme adultère, une femme indigne, une femme impure. Mais nulle part cette représentation sociale n'a été établie en ce qui concerne les hommes porteurs d'une plaie chronique.

« [...] Dans certaines familles, une femme adultère peut devenir folle, ou souffrir d'une maladie chronique, mais dans d'autres c'est la plaie chronique qui constitue parfois la preuve de l'adultère. » (K. S, agricultrice, 53 ans).

Le sexe du patient peut également se révéler un facteur important dans la recherche des soins puisque la femme porteuse d'une plaie accusée d'un adultère ne sera certainement pas soumise aux mêmes soins qu'un homme souffrant de la même maladie. Mais pour d'autres acteurs, la plaie chronique est incurable quel que soit le traitement, par conséquent, la

recherche de soins n'est point nécessaire. Le mieux selon eux est d'utiliser des calmants pour réduire les différentes sensations engendrées par la plaie que de se lancer dans une course sans fin de guérison. Cette perception de la maladie défie aussi bien la médecine traditionnelle que moderne, parce que le patient ne croit en aucune guérison, du moins à une cicatrisation de la plaie qu'à la mort.

### **3.3.2.5. L'ulcère chronique, une plaie stigmatisante**

Les perceptions de la communauté sur les malades porteurs d'ulcère chronique expliquent certains comportements dont celui de '*cacher la plaie*'. À la question comment êtes-vous traités par la communauté? Comment est perçu le porteur d'UC par la communauté? Les réponses sont multiples et convergent vers une stigmatisation sociale du patient porteur d'ulcère chronique.

Le porteur d'UC est perçu comme une personne malsaine, malpropre. L'aspect de malpropreté lié à la plaie se justifie par l'attraction des mouches. Les mouches se posent le plus souvent à des endroits sales ou puants, si la plaie attire les mouches alors celui ou celle qui la porte est malpropre. La malpropreté est aussi spirituelle. Plus loin la plaie d'UC est perçue comme une punition divine. Dans une logique selon laquelle Dieu ne punit que les mauvaises personnes, le porteur d'UC est traité donc de méchants, de maudits, d'une personne à éviter.

« [...] La dernière fois, un client me devait de l'argent, j'en avais besoin et je m'étais rendue chez elle, ne sachant pas que son enfant était malade, elle m'a bien injurié et pour couronner le tout elle m'a dit que je suis sorcière c'est pourquoi je traîne une plaie depuis des années » (DJ, agriculteur, 41ans).

La représentation sociale des UC comme maladie contagieuse est également enregistrée. La fréquentation d'un même marigot, qui accueille la lessive et le bain d'un porteur d'UC, est source de contamination d'UC. Malgré les sensibilisations sur l'UB expliquant la non contagion, les communautés prennent toujours leurs dispositions mêmes si celles-ci ne sont pas toujours fondées pour éviter au maximum des contacts avec les personnes souffrant d'UC. Le porteur de plaie dans ces conditions est considéré comme quelqu'un qu'il faut éviter non pas qu'il est méchant mais juste pour des protections personnelles contre les UC.

Pour d'autres acteurs, le malade d'UC est un "mort -vivant", dans la mesure où il traîne une maladie qui ne guérira jamais ou qui ne guérira qu'à la mort, alors que les morts et les vivants ne cohabitent pas.

Ces différents discours cités plus haut révèlent des fondements du rejet social, de la solitude et de l'isolement auxquels sont exposés les malades de l'UC. Ainsi, l'UC, maladie cliniquement considérée comme non contagieuse, ne devrait pas entraîner autour de lui des attitudes d'évitement et d'isolement. Si cette maladie déclenche une dynamique de mise à l'écart du malade, c'est qu'elle s'inscrit chez les populations dans le champ des pathologies socialement contagieuses. L'isolement d'un malade d'UC survient de la peur, de la méfiance face à une supposée contagion invisible. Le malade d'UC est alors considéré comme un vecteur pouvant transmettre aux autres la maladie. Une telle perception est révélatrice d'une discordance entre les considérations biomédicales et les constructions sociales de la maladie. De même la perception d'impureté associée à la plaie chronique expose fréquemment les malades à l'isolement social. Toutes ces perceptions contraignent certains patients à cacher leurs plaies au point de ne pas chercher les soins.

« [...] Je préfère faire mes soins à domicile. Si tu vas voir un guérisseur maintenant, il va commencer par te raconter n'importe quoi, soit tu as commis l'adultère ou tu es sorcière, le plus grand malheur qui put frapper quelqu'un est de contracter une plaie incurable, tu es la risée de tout le village, moi je n'irai nulle part Dieu va m'aider » (M.G, agricultrice, 32 ans).

En somme, les représentations de la maladie d'UC se font autour des thèmes suivants : attribution causale (origine et responsabilité de la maladie) ; identification (nom, symptômes, etc.) ; gravité perçue et curabilité; traitements appropriés ; contrôle perçu ; durée et conséquences de la maladie (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014). Chez les Fon de Zè, la maladie est différemment perçue selon le degré d'information et de connaissance sur celle-ci. Si pour une frange de la population les plaies chroniques ont des origines surnaturelles (sorcellerie, envoutement, sortilège et autres) pour l'autre relativement informée, les UC sont des affections liées à l'environnement (microbe de l'eau, des herbes, des accidents domestiques, des piqures et des morsures, ...) Cette relativité de connaissance sur la maladie explique donc en partie les différents choix thérapeutiques opérés par les acteurs sociaux. En fonction donc de la perception de la maladie, certains préfèrent recourir aux tradithérapeutes tandis que d'autres optent pour le traitement médical. Ainsi, les perceptions et représentations socioculturelles conditionnent les comportements, déterminent les choix et les pratiques thérapeutiques (Renzaho *et al.*, 2007; Debacker *et al.*, 2004; Aujoulat *et al.*, 2003; Stienstra *et al.*, 2002).

## CHAPITRE 4 : PRATIQUES THERAPEUTIQUES

Les pratiques thérapeutiques sont intimement liées à la perception des maladies. Mais quel que soit l'origine, tous les ulcères sont d'abord pris en charges à domicile selon les déclarations des répondants. C'est aussi une manière pour eux d'apprécier l'évolution de la plaie afin de choisir le recours adéquat, car la perception de « plaie ne devant pas être traitée à l'hôpital » est récurrente et conditionne les comportements.

### 4.1. Pratiques à domicile et chez les tradithérapeutes

#### 4.1.1. Une automédication mixte

Les porteurs de plaies rencontrés ont affirmé à l'unanimité que le traitement de leur ulcère a commencée à domicile. L'automédication est le premier réflexe, elle englobe l'utilisation des plantes et des produits disponibles. La priorisation de ce type de recours conforte la classification des systèmes de soins proposée en 1978 par Kleiman qui place en premier rang l'automédication parmi les types de recours (Akoto *et al.*, 2002).

Le traitement de tout type de plaie débute à domicile par la pratique courante de l'utilisation de l'eau chaude appliquée sur la plaie pour "tuer les virus, les microbes", une automédication mixte qui regroupe l'application des comprimés écrasés, de gélules obtenues sur le marché de médicaments pour assécher la surface de la plaie.

Dans la communauté fon de Zè, l'utilisation de l'eau chaude est une pratique courante de traitement des plaies. Il sert à détruire les micro-organismes capables d'aggraver la plaie. C'est une manière de resserrer la plaie. C'est la logique de faire "rétrécir, ou d'assécher la plaie" qui est cachée dans l'utilisation de l'eau chaude. L'autre objectif visé selon certains répondants est le traitement de la douleur, et l'évitement d'une enflure éventuelle de la plaie. Par contre pour d'autres, l'utilisation de l'eau chaude est juste un fait du mimétisme. Ils utilisent l'eau chaude car ils voient ou avaient vu faire sans trop savoir pourquoi. Ils n'étaient pas en mesure lors de l'enquête de donner les fondements d'une telle pratique. L'utilisation de l'eau chaude contraste quand même avec les bonnes pratiques biomédicales de prise en charge des plaies. C'est une pratique qui est prohibée dans les soins biomédicale. Interrogés à ce propos, les soignants de ce type de médecine dans leur réponse, ont beaucoup insisté sur les plaies chirurgicales et les plaies ouvertes. On peut comprendre que c'est pour éviter le relâchement des fils de suture que cette pratique est interdite et l'éventuelle infection de la plaie.

D'autres produits, sont avalés pour gérer les douleurs, les enflures, les brûlures etc. Les médicaments couramment utilisés sont nifluryl, amoxiciline, ampicilline gélule, pénicilline V acquis sur le marché local. D'autres produits tels que le glutamate, l'alun et le citron interviennent également dans le traitement. Il s'agit des médicaments et produits qui sont généralement conseillés par les vendeurs ou par les voisins.

Les plantes sont aussi utilisées sous diverses formes (infusion, trituration, tisane poudre ou directement utilisée pour le pansement). Amanvivè, tchayo, hontonzonzon, koklossoudinkpadjà, Akiconman, et bien d'autres. (Voir planche n°2)



**Planche 2:** Différents produits intervenant dans le traitement à domicile des ulcères chroniques  
**Source :** Clichés Houndjrèbo, décembre 2016

Un autre produit évoqué également dans la communauté de Zè est '*Atinsominsi sin*' : « de l'eau recueillie à l'intérieur d'un arbre mort, qui emmagasine l'eau de pluie et la rosée » elle est utilisée pour baisser la température de la plaie. Elle serait très efficace pour la cicatrisation des ulcères chroniques mais sa qualité microbiologique reste douteuse. Elle pourrait être une source de complication des ulcères.

En ce qui a trait au bandage de la plaie, l'une des étapes indispensables du pansement biomédical, il reste une pratique quasi absente dans la prise en charge à domicile. Il est rarement fait pour éviter le mauvais regard. Pour ce qui est de la gestion des cicatrices au cas où la cicatrisation est effective à domicile, aucun soin n'est apporté aux cicatrices alors que ces dernières pourraient se rouvrir sous une forme plus compliquée que la plaie initiale. L'absence de guérison ou retard de guérison à domicile fait appel à un recours thérapeutique extérieur.

#### **4.1.2. Recours aux pratiques endogènes de soins: facteurs décisionnels et attentes des patients**

En optant en premier lieu après l'échec du traitement à domicile pour les tradithérapeutes, les attentes des patients sont multiples. C'est dans un premier temps, dans l'optique de se faire traiter tout en préservant les activités quotidiennes, et les rôles sociaux habituels.

« [...] J'ai préféré un tradithérapeute pour me faire soigner car c'est proche de mon domicile, mes enfants viennent me rendre visite, je dois faire 21 jours a dit le guérisseur. Je continue mon commerce par l'intermédiaire des voisines qui font le marché et aussi je me sens comme chez moi.» (P. D, vendeuse, 42 ans).

Pour d'autres, le choix de ce type de traitement est justifié par la nécessité de bénéficier des soins dans un cadre familial où ils se sentiront moins dépayés. C'est la crainte d'un dépaysement et d'un éloignement du ménage qui explique la préférence aux tradithérapeutes. En effet, le milieu hospitalier a ses règles et ses normes auxquelles les patients devraient s'adapter pendant leur séjour hospitalier. C'est ce que Durkheim appellerait "socialisation secondaire". C'est un milieu étranger dans lequel le patient doit apprendre à vivre. Il ressort alors de l'analyse de ces discours que la proximité des lieux de traitements des guérisseurs, la similitude entre le cadre de traitement et le milieu de vie des patients, sont des facteurs déterminants de la préférence de la médecine dite traditionnelle. Ce sont également des facteurs entraînant une certaine complicité entre patients et traitants très favorable à l'équilibre psychologique et à la guérison.

Par ailleurs la connaissance nosologique populaire fait état de ce que certains ulcères ne devraient pas être traités dans les centres de santé sous prétexte que les injections, compliquent la gestion des ulcères chroniques. Sur la base de ces perceptions, les patients préfèrent les tradithérapeutes en vue de se mettre à l'abri d'une telle éventualité.

En outre le traitement chez le tradithérapeute est moins contraignant. Il est négociable et moins couteux ce qui n'est pas le cas à l'hôpital de l'avis des répondants. Il pose ainsi toute la problématique de l'influence des facteurs économiques dans les recours thérapeutiques autrement dit, les raisons qui sous-tendent les choix des cheminements thérapeutiques, ne résultent pas que de la perception du mal, mais aussi et surtout, tant des réalités socioéconomiques que du coût de transports vers le centre de traitement. Le temps de traitement des patients d'UC étant effectué exclusivement en hospitalisation jusqu'à une période récente, les patients devaient rester isolés de leur village, de leurs activités et de leurs ménages pour séjourner dans le centre de traitement pour un moment déterminé par l'ampleur

de l'ulcère (Amoussouhoui, 2013). Cette situation représente également un coût en termes de ressource humaine et d'abandon des activités pour s'occuper du malade à l'hôpital, abandonnant parfois le reste des enfants qui sont restés à la maison.

#### 4.1.3. Prise en charge chez les tradithérapeutes

Le recours au tradithérapeute intervient lorsque le traitement à domicile se révèle inefficace après des jours ou des semaines. Pendant ce temps l'ulcère prend de l'ampleur. Le grand diamètre de la plaie, l'intensité de la douleur, la puanteur, l'inactivité du porteur sont autant de signes inquiétants aussi bien pour le porteur que son entourage qui font penser à un envoutement dans la plupart des cas et interpellent le tradithérapeute qui selon les répondants est le soignant le mieux approprié pour gérer l'ulcère dans cette phase.

Le tradithérapeute fait alors deux types de traitement, celui physique et spirituel. Tout en traitant la partie ulcéreuse, il combat en même temps les éventuelles forces maléfiques en dessous. Il utilise alors des feuilles des produits à appliquer sur la plaie (voir planche 3), d'autres à avaler contre la douleur, mais fait également des scarifications, des rituels pour combattre la force du mal tout en implorant les esprits bienfaiteurs.



**Planche 3:** ulcères chroniques en traitement chez les soignants traditionnels

**Source :** Clichés Houndjrèbo, décembre 2016

##### 4.1.3.1. Traitement physique de la plaie

Le nettoyage de la plaie se fait avec de l'eau chaude, des infusions ou des tisanes. Mais elle n'est pas systématique pour tous les types de la plaie Elle se fait parfois à l'aide des couteaux ou des lames " préparés" surtout chez les tradithérapeutes.

« [...] Nous ouvrons la plaie, car tant que la plaie est fermée, elle ne guérira pas, nous le faisons par des infusions, des couteaux préparés. Je dis bien des couteaux préparés, [...] Lorsque nous enlevons la nécrose, alors le reste devient facile » (G.T, tradithérapeute, 56 ans).

Le nettoyage peut durer plusieurs jours, le temps que toute la partie nécrosée soit enlevée. Pour les soins des plaies, des produits traditionnels sont souvent combinés avec des

médicaments (comprimés, pommades gélule, poudre). Les tisanes, les infusions, les triturations issues de différentes plantes et des savons préparés (savon à base du mélange de feuilles et ou du sang d'animaux) tels que montrés par la planche 4. La composition du remède dépend du diagnostic établi. Pour le cas de Gnivo par exemple, un type d'ulcère chronique populaire en milieu fon de Zè selon les répondants, les plantes utilisées selon un tradithérapeute sont "Gnin man", "wôtonzozin" écrasé et passés sur l'abcès pour le faire éclater, koklossou dinkpadja écrasé avec de la potasse ou tchayo et l'écraser ou du "Kodo pilé". Le processus de prise en charge d'un malade d'ulcère chronique est décrit et consigné dans l'encart 1.



**Planche 4:** Quelques produits du soignant traditionnel  
**Source :** Clichés Houndjrèbo, décembre 2016

Au demeurant, plusieurs autres attitudes sont constatées dans la prise en charge des ulcères chroniques chez les guérisseurs au nombre desquels, sont enregistrés, les interdits alimentaires et comportementaux de même que les rituels.

#### **Encadré I: Description d'un traitement de plaie chez un guérisseur**

«Je vous décris le processus de traitement en prenant le cas de cette fille. Elle a été admise chez moi depuis 3 semaines. Le premier jour quand je l'ai reçue, j'ai soumis elle et ses parents à une série d'interrogations. Depuis quand, elle a contractée l'ulcère, comment est-il arrivé, a-t-il de problème avec quelqu'un etc. toutes ces questions sont posées dans le but de percevoir l'origine de la plaie et de pouvoir mieux orienter le traitement. Après ce diagnostic rapide, j'ai une jarre contenant une infusion à mon arrière cour. La patiente va prendre un bain d'abord, donc la première chose que je fais. Le sens de ce bain est simple, c'est pour chasser tous les mauvais esprits qui l'auraient accompagné à cet endroit pour embrouiller les cartes. Après ce bain je lui ai passé une ficelle aux pieds. Cette ficelle permet de circonscrire la plaie et de l'empêcher à augmenter de diamètre. Ce n'est pas une ficelle ordinaire hein ! J'ai chassé les esprits accompagnateurs, j'ai défini la conférence de la plaie, maintenant je peux commencer le traitement. Avant il faut que je consulte le fâ qui va m'aider non seulement à identifier la cause réelle de l'ulcère chronique, et les plantes et les sacrifices éventuels à faire.

Le cas de la fille là a nécessité un coq et une poule, du moins à l'étape où nous sommes. Nous avons tué les animaux et après des cérémonies que je ne pourrai pas vous décrire, nous avons recueilli le sang que nous avons mélangé à d'autres poudres pour passer dans la partie ulcéreuse. Maintenant nous allons chercher des feuilles dans la brousse, plusieurs types selon le sexe. Pour le cas de la fille, j'ai utilisé hontonzonzon, Tchao, Hounman, koklossou dinkpata et plusieurs d'autres. Les unes sont utilisées pour le nettoyage de la plaie. On fait une tisane avec laquelle on nettoie la plaie tous les matins. "é nan hozo akpa".

Les autres sont transformées en poudre qu'on répand sur la surface de la plaie ou qu'on mélange à d'autres huiles. D'autres également sont utilisées dans la préparation du savon alors que d'autres sont utilisées directement. Selon l'évolution de la plaie, nous ferons également beaucoup d'autres choses que je ne peux décrire maintenant.

Un équilibre alimentaire est important pour la cicatrisation des plaies. Cependant dans la communauté fon de Zè, les interdits alimentaires font partie intégrantes du processus de traitement des plaies. Ainsi une liste non moins négligeable d'aliments est interdite de consommation au porteur d'ulcère chronique dans une logique d'accélération de la cicatrisation de l'ulcère. L'observance des interdits alimentaires participerait à une cicatrisation rapide selon les répondants. La liste ne change pratiquement pas avec les différents types de plaie. Le changement intervient seulement lorsque les interdits sont liés à l'étiologie de la plaie. Elle varie parfois selon le sexe.

Les interdits alimentaires du porteur de plaie concernent plusieurs types d'aliments selon leur forme, leur texture, leur qualité et même leur apparence physique ou leur odeur, mais aussi et surtout de leur impact présumé sur la cicatrisation. La papaye mûre et la tomate fruit sont interdites de consommation à un malade d'ulcère chronique du fait de son aspect physique. « adou kpin akpa nanvo ». Ces interdits sont globalement sous-tendus par la logique selon laquelle tout aliment ingurgité par le porteur peut être rejeté par son organisme et apparait à la surface de la plaie ce qui retarderait la cicatrisation ou entraînerait des douleurs ou des complications. En effet, dans la conception traditionnelle de la plaie, elle est une ouverture par laquelle des corps étrangers pénètrent dans l'organisme et pourraient en être ressortis ceux rejetés par l'organisme. Un rejet qui exercerait une pression ou une violence sur la plaie ce qui susciterait des douleurs ou l'augmentation de la circonférence de la plaie. D'un autre côté, l'interdit alimentaire est fondé par le fait que la consommation de l'aliment entraîne un effet similaire de sa forme, sa texture ou de son odeur sur la plaie. Mais d'un autre point de vue, les interdits alimentaires sont dictés par le fâ, les aliments prohibés occasionnellement seraient des aliments totem de la divinité fâchée, ou de l'esprit protecteur.

« [...] Un porteur de plaie ne doit pas consommer du haricot, du poisson frais, de la viande fraîche Il n'y a certaines plaies qui ne sont pas compatibles avec le haricot. Il y a aussi le gombo et tout gluant ne doit pas être consommé parce qu'ils retardent la cicatrisation de la plaie. A certains porteurs nous interdisons carrément la consommation de l'eau fraîche » (G.T, tradithérapeute, 56 ans).

Pour d'autres, plusieurs aliments provoquent des réactions allergiques telles que la démangeaison qui aggrave la plaie. Selon d'autres perceptions traditionnelles, les aliments interdits révélés par le fâ sont, soit des aliments "totem" de l'esprit protecteur du malade, ou soit des aliments prisés de l'esprit provocateur de la plaie.

Ces déclarations confirment la place des interdits alimentaires dans la prise en charge ou la prévention communautaire des maladies ou de la grossesse en milieu africain. Les femmes enceintes ou les malades sont soumises à plusieurs interdits et prescriptions.

Inhérentes à toutes les cultures, ces dispositions sont souvent un ensemble de croyances, de mythes et de normes médicales, transmises de générations en générations. Elles prédéterminent les comportements et répondent à de multiples logiques sociales et culturelles visant à préserver la santé de la mère et de l'enfant ou celle du malade. (Yoro Ble *et al.*, 2015) Le respect de ces interdits tient entre autres à la peur liée au retard de cicatrisation ou à un échec thérapeutique pouvant conduire au recours clinique, à une quelconque chirurgie, à l'amputation ou à la mort.

« [...] Je ne consomme pas depuis que je suis le traitement du poisson frais et des gluants, ce sont des prescriptions de mon soignant afin que la plaie se cicatrise rapidement. Je respecte rigoureusement ces interdits de peur de compliquer la situation.» (G.S agriculteur, 28 ans).

C'est pour dire une fois dans les mains du tradithérapeute, on se soumet entièrement à ces prescriptions afin de recouvrer au plus tôt la santé. Cependant ces interdits alimentaires ne coïncident pas toujours avec les prescriptions médicales en matière d'alimentation d'un malade d'ulcère chronique. Les aliments riches en protéine et en calories sont indispensables à la cicatrisation, mais paradoxalement la plupart des aliments interdits sont des aliments riches en protéine telle que la viande, le haricot, l'arachide, et riches en calories et lipides.

Pour certains soignants de la médecine traditionnelle les porteurs de plaie ne doivent pas consommer des crustacées dans l'optique d'une réduction de la douleur.

### ☞ **Interdits comportementaux**

Les interdits comportementaux viennent en complément des interdits alimentaires. L'observance des deux types d'interdits est souvent simultanée dans les croyances populaires. Des déclarations de certains tradithérapeutes, un malade d'ulcère chronique doit s'abstenir des rapports sexuels tout le temps que durera la guérison. Les arguments avancés pour expliquer un tel interdit comportemental résident dans le combat spirituel qui ne rime pas souvent avec les actes sexuels souvent considérés dans ses contextes d'un acte malsain, un acte de souillure qui chasse les esprits bienfaisants.

En outre, le porteur de plaie est interdit d'accès aux funérailles. *Un mort n'enterre pas un mort, ce sont les vivants qui enterrent les morts* dira un répondant pour justifier l'interdiction de ce comportement. Le porteur de plaie dans ce contexte est pris comme un mort mais *un mort vivant*. Pour d'autres le lieu où se trouve une dépouille mortelle serait souillé, exposé aux mauvais esprits susceptibles d'attaquer le malade d'ulcère chronique. Dans des cas de forces majeurs (le décès d'un parent très proche) où le malade est tenu

d'assister aux funérailles, ce dernier doit porter un rameau de palmier au pied, au cou pour se faire distinguer. Pour rappeler les fonctions culturelles du rameau du palmier, il joue un rôle purificateur, protecteur et de combat aussi bien dans la conception religieuse moderne que traditionnelle (Toasségnitché, 2014) d'où l'importance de son utilisation par un porteur de plaie sur les lieux des funérailles. En somme, la médecine traditionnelle fait un traitement physique et spirituel. Dans le combat spirituel interviennent le plus souvent des rituels.

Aussi, le malade d'un ulcère chronique, ne doit pas sortir dans la nuit, ni tôt le matin, pour éviter la tombée de la rosée sur la plaie. la rosée serait nuisible à la plaie chronique.

#### 4.1.3.3. Place des rituels dans la prise en charge des ulcères chroniques

La croyance populaire qualifie les ulcères chroniques de maladies d'esprits maléfiques, des maladies provoquées par des personnes mal intentionnées ou la colère des esprits. Pour anéantir ces esprits, il est nécessaire de procéder à des rituelles et des sacrifices divers. Les rituels deviennent ainsi des passages obligés, des impératifs d'action, sortes de gestes opératoires essentiels au maintien de bonnes relations avec ceux qui détiennent les rênes du destin de la communauté (Desroches, 2005). Des cérémonies et des rituels s'imposent alors, afin de calmer d'une part la colère des divinités et d'autre part de conjurer le mauvais sort jeté sur le ménage. L'utilisation des plantes de purification, des scarifications autour de la plaie, d'immolation d'animaux, de ficelles attachées autour de la plaie etc... sont autant de pratiques pour un traitement spirituel. On distingue des rituels en début et en fin de traitement. Ces rituels s'observent aussi bien chez les soignants traditionnels que chez les soignants des autres religions modernes (planche 5).

« [...] Ce n'est pas notre force qui guérit, nous implorons les esprits qui nous aident, nous remercions quand la plaie est cicatrisée. Nous chassons aussi définitivement le mal du ménage du malade » (G.T, tradithérapeute, 56 ans).



**Planche 5:** Des ficelles et des tissus de pagne autour des ulcères chroniques à but spirituel  
**Source :** Clichés, Houndjrèbo, décembre 2016

L'itinéraire thérapeutique du patient s'arrête là où la guérison s'opère. En cas d'échec, un autre recours est adopté, il peut être de même type c'est à dire de guérisseurs en guérisseurs ou de nature différente de l'hôpital au guérisseur ou du guérisseur au centre de santé. Dans le contexte de la prise en charge des ulcères, l'échec thérapeutique chez les guérisseurs entraîne soit une résignation du patient ou une option clinique. A quel moment alors la décision de recourir à la médecine moderne est-elle prise et quels sont les facteurs intervenants.

#### **4.1.4. Recours aux soins biomédicaux : moment du recours et prise de décision**

Les signes révélateurs du degré de risque et d'un recours au traitement médical est relatif à chaque patient et ses proches, à l'incapacité d'activité, à la douleur à l'odeur et à la couleur de la plaie. Du coup, Le recours au centre de santé est tardif ce qui confirme l'état dégradant caractérisant les plaies chroniques reçues dans les centres de santé en l'occurrence les CDTUB. Les facteurs explicatifs d'un tel comportement chez les fon de Zè sont multiples et se rapportent majoritairement aux perceptions sociales forgées autour des centres de référence en l'occurrence sur les services offerts. La psychose d'un long séjour d'hospitalisation a été évoquée par plusieurs répondants comme motif du recours tardif.

« [...] Moi j'ai préféré me confier à un tradithérapeute car je n'ai personne pour rester avec moi à l'hôpital, alors que leur hôpital ils disent que quelqu'un doit t'accompagner obligatoirement» (P.D, agricultrice, 42 ans).

Pour d'autres c'est la crainte de la chirurgie qui justifie la réticence. Les malades font très peu le lien entre le type de soin et de l'état de l'ulcère chronique. Ils ignorent que la nécessité de la chirurgie est dictée parfois par l'état dégradant de la plaie occasionné probablement par un recours médical tardif. A cet effet, Fountain (1998) se prononce sur la question en ces termes : «Les malades restent chez eux, ne viennent ni à l'hôpital ni au dispensaire parce que l'hôpital est trop loin ou cher ou encore parce que on n'a pas confiance dans le traitement ». Pour Berthoud (2000), « si la femme peut accéder à une maternité, mais qu'elle y est mal accueillie, elle s'abstient des visites prénatales et préfère accoucher chez elle au mépris de toute règle de sécurité».

« [...] Je connais deux personnes qui ont été traitées au centre de santé, l'une est rentrée avec une jambe amputée et l'autre a été coupée partout, pour une seule plaie elle a plusieurs cicatrices sur le corps ». (G.S, agriculteur, 28 ans).

Les facteurs économiques ont été également évoqués. A ce propos (Ishagaet *et al.*, 2008), en focalisant leur attention sur les déterminants du recours aux soins, vont identifier le

facteur financier comme un obstacle à la décision de recourir à l'hôpital en cas de maladie. Pour ces derniers, la faiblesse des revenus des personnes défavorisées se positionne comme une variable qui les contraint à privilégier l'auto-prise en charge ou un traitement alternatif mais pas toujours adéquat au recours à la biomédecine. En d'autres termes les conditions socio-économiques des populations influent négativement sur le taux de recours aux structures modernes de soins (Fassin, 1992).

« [...] Le coût des soins est exorbitant, moi j'ai été à l'hôpital, on m'a dit de payer plus de 1 400 000 F, c'est trop alors qu'on m'avait parlé de 20000 et effectivement d'autres malades paient 20 000 F ; je n'y comprends rien » (B.O, agriculteur, 49 ans).

Outre le facteur économique mis en relief, il ressort également de l'analyse des discours des acteurs, un problème d'iniquité dans l'accès aux soins. En réalité les frais d'hospitalisation des patients porteurs d'ulcères chroniques s'élèvent à 1 400 000 FCFA alors que les patients UB paient seulement 20 000 FCFA pour tout le séjour hospitalier qui intègre une ration alimentaire. Il se pose ainsi un problème d'inaccessibilité aux soins du fait des facteurs économiques mais également une situation d'inégalité d'accès que les patients ne comprennent pas ou acceptent difficilement. Cette situation justifiée par la subvention de la prise en charge des UB, n'est pas comprise par tous les patients et créent une confusion voir une réticence. En effet, la prise en charge de l'UB est subventionné à plus de 70 % (CDTUB d'Allada, 2010) par une fondation étrangère dénommée FFL et à près de 25 % par l'Etat ce qui n'est pas le cas des UC. C'est d'ailleurs l'un des problèmes majeurs auxquels les CDTUB sont confrontés. Les porteurs d'UC sont très tôt désillusionnés et parfois découragés car ils viennent généralement au CDTUB sur la base d'autres informations selon lesquelles le traitement serait quasi-gratuit. Cette désillusion sur le coût des prestations médicales, est liée à une forme individuelle et/ou collective de recherche d'information officielle résultant d'un déficit d'information sur un sujet précis (Mosley, 1995 cité par HOUNGNIHIN, 2015). Une information plus pertinente est nécessaire, mais avec un discours adapté et non moralisateur.

Ces différentes considérations supposent, en effet, que le recours effectif aux soins n'est pas uniquement un choix intentionnel de la personne malade, mais est sujet d'influences internes ou externes à l'individu. Selon Andersen et Aday (1978) cité par Diallo (2013), l'utilisation des soins de santé est influencée par les « déterminants sociétaux », les « caractéristiques du système de soins » et les « déterminants individuels ». Les « déterminants individuels » regroupent : la perception de l'état de santé; les facteurs prédisposant tels que les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs liés aux valeurs et croyances; et les facteurs favorisant qui se traduisent par la capacité de se procurer des services de soins en

fonction du besoin tels que le revenu, la scolarité, la protection sociale, la source régulière de soins.

Par ailleurs, il faut préciser que la décision du choix thérapeutique n'est pas uniquement du ressort du malade même si ce dernier est adulte. Quelques membres de la famille sont impliqués en l'occurrence les hommes (époux, pères, grand frères). Les femmes mariées quant à elles ont une autonomie de décision très restreinte voire inexistante sur l'itinéraire thérapeutique et le moment de la prise de décision de recherche de soin. Le statut social se révèle dans ce cas un facteur de recours tardif aux soins.

« [...] On attend mon mari, ça fait environ huit mois que la plaie est là, nous avons fait des traitements à la maison, ensuite chez un guérisseur et c'est partie, il y a quelques semaines, cela a repris, j'attends mon mari, je ferai ce qu'il dira, il est au Nigéria, mais pour le moment j'utilise des tisanes..... Non ce n'est pas que problème d'argent, même si j'ai l'argent je ne peux rien faire en l'absence de mon mari ». (A.V, vendeuse, 28 ans).

La recherche de soin est ainsi influencée par le statut social du patient. A l'évidence, le recours aux soins est déterminé par un certain nombre de choix et de contraintes qui dépendent à la fois des croyances, des stratégies individuelles et collectives, et d'autres facteurs tels que l'environnement social, économique et médical sans oublier les rapports de genre. Tout comportement ou toute pratique à l'égard de l'ulcère chronique et du malade est sous-tendue par une logique de guérison. Pourquoi le traitement endogène est-il traité alors parfois d'inefficace ? Ces comportements et pratiques ne concordent-elles avec les principes de base de l'OMS en ce qui concerne la prise en charge des plaies?

## **4.2. Prise en charge endogène des ulcères chroniques et principes de bases de l'OMS**

### **4.2.1. Enoncé des principes de bases de l'OMS de prise en charge des plaies**

La gestion des plaies a été prise en compte dans les actions de l'OMS avec l'édition de recommandations à l'endroit des structures de soins. En 2007, l'OMS a publié un livre décrivant les principes de base de prise en charge des plaies indépendamment de son étiologie. Ces principes se trouvent dans le livre blanc intitulé «Meilleure Pratique de gestion de plaie et de lymphœdème<sup>15</sup>» de l'OMS<sup>15</sup> Ils sont résumés comme suit: contrôler les conditions de santé et / ou la maladie sous-jacentes ; protéger la plaie et ses environs des

---

15 Un livre blanc est un recueil d'informations objectives et factuelles destiné à un public déterminé pour l'amener à prendre une décision sur un sujet particulier. Il peut servir à établir une mise au point de portée générale ou à rechercher un consensus dans un cadre spécifique. Il permet aussi à des institutions privées ou publiques à but non lucratif comme les ONG de publier un message officiel sous forme d'état des lieux sur un domaine d'intérêt public.

dégâts physique et chimique ; maintenir l'équilibre hydrique ; prévenir la mobilité de la plaie ; restaurer l'équilibre bactérien et débrider complètement le tissu nécrotique et le tissu en peau et des articulations.

En d'autres termes, d'un point de vue médical le traitement des plaies doit selon (Jaggi *et al.*, 2012): préserver le pourtour de plaie ; prévenir l'infection de la plaie ; prévenir la douleur induite occasionnée par la plaie ou le pansement ; limiter l'usage d'antiseptique, particulièrement en cas de plaies chroniques à potentiel de cicatrisation réduit , veiller à ce que le patient reçoive une hydratation et un apport protéino-calorique suffisants, prendre soin de la cicatrice.

Toute anomalie intervenue dans une des étapes entraîne un retard de cicatrisation élevant ainsi le risque de la chronicité de la plaie. Mais qu'en est-il réellement de la prise en charge endogène des plaies.

#### **4.2.2. Protection de la plaie**

Protéger la plaie participerait énormément à sa guérison selon les spécialistes, car le bandage pratiqué dans les règles de l'art (respect de l'hygiène) protège la plaie des bactéries et des agressions extérieures de la plaie. Le bandage permet de limiter le saignement de la plaie et de prévenir l'infection. Il est obligatoire dans le traitement biomédical. La nature de la bande ou de la compresse, la fréquence et la technique du bandage dépend du type de plaie. Dans la communauté fon de Zè, le bandage est fait dans la logique de cacher la plaie des "mauvais yeux" plutôt que de la protéger des microbes et des agressions extérieures.

« [...] la bande attire le regard des sorciers qui rentrent dans la plaie, elle ne permet pas à la plaie de respirer non plus s ». (S.D, agriculteur, 38 ans).

C'est la raison pour laquelle, plusieurs plaies ne sont pas bandées d'une part pour éviter d'attirer les "mauvais regards " sur la plaie au risque d'être envoutée et que la plaie devienne incurable. Le bandage est évité d'autre part pour permettre à la plaie de respirer ; la plaie qui nécessiterait de l'oxygène (air) pour une bonne cicatrisation. « La plaie ne supporte par la chaleur car elle va s'éclater davantage ». Ce qui paraît quand même bien paradoxal. La plaie ne supporte par la chaleur pourtant l'utilisation de l'eau chaude est courante dans le traitement des plaies. Par ailleurs comme l'indiquent les images ci-dessous, ce sont les coupons et les chiffons qui sont utilisée pour le bandage, des chiffons de qualité peu hygiénique contenant certainement des microbes nuisibles à la plaie. La bande médicale (blanche) est rarement utilisée par les acteurs. Interrogés sur les raisons de la non utilisation de la bande médicale, les acteurs ont répondu que c'est une bande qui d'office à première vue

fait penser à une grande plaie et qu'elle est aussi de par sa couleur blanche plus remarquable que les coupons et pourrait facilement attirer l'attention des sorciers.



**Planche 6:** Le bandage de la plaie à domicile  
**Source :** Clichés, Houndjrèbo, décembre 2016

#### 4.2.3. Infection de la plaie

Les plaies ouvertes présentent un risque d'infection bactérienne grave, y compris de gangrène gazeuse et de tétanos, affections qui peuvent conduire à des incapacités à long terme, à une infection chronique de la plaie ou de l'os, voire au décès. L'infection des plaies est particulièrement préoccupante lorsque les blessés se présentent tardivement pour des soins définitifs. Il est important de prendre en charge les blessures de manière appropriée afin de réduire la probabilité que les plaies s'infectent.

Cliniquement, le diagnostic d'infection repose surtout sur la présence d'un écoulement purulent au niveau de la plaie. Ceci peut être associé à un œdème, ou à la formation d'abcès. Toutefois, les signes et symptômes locaux peuvent être absents, de même que ces mêmes signes n'indiquent pas nécessairement la présence d'une infection. De plus, les infections profondes ne se manifestent pas nécessairement par des signes au niveau de l'incision. Lors de toute suspicion d'infection, des prélèvements doivent être réalisés pour un examen microscopique direct, cultures et antibiogramme avant une antibiothérapie. Tenant compte du degré d'infection, les plaies sont classées cliniquement en quatre catégories (Calianno *et al.*, 2005 cité par Vézina, 2006) à savoir :

- **la plaie propre** : plaie non infectée, sans signe inflammatoire et sans faute d'asepsie ;
- **la plaie contaminée** : plaie avec une présence d'inflammation aigue non purulente ;
- **La plaie colonisée** est une plaie qui, sous l'effet de l'air ambiant, comporte des bactéries à la surface sans invasion des tissus et sans réponse immunitaire locale ou générale à cette présence ;
- **la plaie infectée qui** est une plaie contenant des bactéries ayant envahi des tissus cutanées et sous cutanées ; ce qui se traduit par des inflammations (rougeur, chaleur, œdème, douleur, écoulement de pus).

L'infection est la plus redoutée dans la prise en charge de la plaie. Pour l'éviter, une bonne hygiène de la plaie durant tout le processus du pansement est nécessaire. Comment l'infection et l'hygiène de la plaie sont-elles perçues et appliquées dans les communautés ?

D'abord, il a été difficile de traduire la notion d'infection en langue fon et de faire comprendre aux répondants sa signification. Elle a été décrite comme une aggravation. Dans la connaissance populaire, une plaie ne s'infecte pas, mais elle s'aggrave. Une plaie aggravée change de couleur, elle n'a plus une couleur rouge sang, mais devient rouge clair, jaunâtre ou beige selon le degré de l'aggravation. Aussi, la plaie aggravée s'élargit-elle, devient-elle puante et très douloureuse.

Les causes de l'aggravation citées sont entre autres le non respect des prescriptions du thérapeute, la sorcellerie et une mauvaise alimentation. Aucun lien n'est établi entre la propreté et la complication de la plaie. Les comportements lors des soins de plaies sont plus illustratifs. Les produits utilisés pour le nettoyage de la plaie, constitueraient en elles-mêmes des sources d'infection des plaies. En effet, les infusions sont faites à partir d'un assemblage de plantes trempées dans l'eau y séjournant pendant longtemps sans être chauffée avant l'utilisation, elles seraient d'excellents nids de microbes.

Le conditionnement des produits peut être aussi nuisible aux plaies, car il n'est pas rare de voir des produits contenus dans des boîtes sans couvercle exposées à la poussière ou emballés dans des sachets non hygiéniques. Dans d'autres cas, les plantes sont triturées et directement appliquées sur la plaie sans être préalablement lavées. Par ailleurs, des animaux sont immolés à diverses fins, et parfois du sang frais est mélangé à d'autres produits à répandre directement sur la surface de l'ulcère. Utiliser du sang frais d'un animal dont on ignore l'état sanitaire dans une plaie, faire des scarifications autour d'une plaie avec des objets à peine stérilisés, utiliser des feuilles de purification sans grande hygiène etc., ne seraient-elles pas des comportements et des pratiques compromettantes pour les plaies ? De même, il faut noter qu'aucune disposition hygiénique n'est prise avant l'administration desdits soins. (le lavage des mains à l'eau et au savon est quasi-absent avant l'administration des soins).

Les logiques et pratiques endogènes de prise en charge des ulcères chroniques pourraient dans ces contextes aggraver les plaies et augmenter leur chronicité. Mais il faut nuancer car la perception et la désignation de la saleté sont construites, historiquement et socialement. Elle prend place dans un univers social où sont reconnues et mémorisées tout un ensemble de conventions sociales. Ce qui est sale sur le plan médical ne l'est pas toujours sur le plan culturel. Ainsi, les logiques qui sous-tendent les pratiques d'hygiène ne peuvent se

réduire à la seule logique médicale. (Marche, 2003) La prise en charge de la saleté corporelle est motivée par une accentuation du jeu entre la surveillance de soi et le souci de soi. Cette prise en charge révèle la présence de sous-cultures du propre et du sale, qui sont sous-tendues par l'identité que les personnes revendiquent et par leur histoire de vie. La gestion du propre et du sale est cadrée de manière différente d'un groupe d'individus à un autre. La perception du propre et du sale est plus ou moins incarnée dans les sens ; sa prise en charge repose sur des gestes préventifs plus ou moins réguliers ( id)

Pour réduire ‘l’infection’, il faut ‘*surdoser*’ le traitement initial et y associer des antibiotiques. A domicile comme chez le guérisseur, l'utilisation des antibiotiques intervient lorsque la plaie commence par couler du pus. Les antibiotiques (bactrim, ampiciline, pénicilline) sont les plus courants cités). Ce réflexe à l'antibiothérapie est développé grâce à la disponibilité du marché local des médicaments. Les vendeurs sont les conseillers médicaux en cas de gestion des plaies mais ils prescrivent mal ou de manière approximative la posologie. Le degré de l'analphabétisme des patients aidant, le respect rigoureux de la posologie adéquate n'est toujours pas effectif, alors que le revers dans l'antibiothérapie est le non-respect de la posologie ce qui occasionne le développement d'une résistance des microbes combattus. L'utilisation excessive est déconseillée selon le principe de l'OMS au risque d'une fragilisation de la surface de la plaie et d'une surinfection éventuelle. Mais les acteurs avalent les antibiotiques ou les utilisent sous forme de poudre souvent de façon anarchique. Dans le cas où la cause de l'aggravation, c'est-à-dire de l'infection se révèle surnaturelle, des cérémonies ou des rituels entrent en ligne du traitement. Cependant, les cas de cicatrisation définitive des ulcères chroniques sont obtenus par la prise en charge endogène exclusive. Comment la cicatrice est-elle perçue et comment est-elle-traitée ?



**Photo 1:** Plaie protégée par un coupon impropre  
**Source :** Cliché Hpundjrebo, décembre 2016

#### 4.2.4. Gestion des cicatrices

Une plaie est cicatrisée selon les acteurs sociaux, lorsqu'elle est sèche et non douloureuse, ou lorsque ses contours commencent par laisser de la peau morte. L'assèchement de la plaie est un indicateur de la cicatrisation raison pour laquelle beaucoup de produits sont répandus à la surface de la plaie pour la faire sécher. La démangeaison de la plaie signale également une cicatrisation prochaine. La cicatrisation ne requiert plus selon les répondants un traitement particulier car *‘‘Lorsque la plaie est cicatrisée, elle est guérie et ne peut plus retenir aucun produit’’* disent-ils. Néanmoins quelques-uns, font par moment des massages de la partie cicatrisée au moyen du beurre de karité. D'autres y passent des poudres noix recueillies d'une marmite. Une poudre qui renforcerait la cicatrisation, et noircirait la partie cicatrisée afin de réduire la vulnérabilité de la partie cicatrisée. *« Tant que la cicatrice est rose claire, le pis n'est pas épargné »*

Une autre minorité utilise des Calebasses cassées chauffées pour traiter la partie cicatrisée *‘‘ho tè akpa’’*, pour calmer la démangeaison et assécher l'intérieur de la plaie encore humide.



**Planche n°7:** Cicatrice bénéficiant de soin et cicatrice abandonnée réouverte  
**Source :** Clichés, Houndjrèbo, décembre 2016

#### 4.2.5. Gestion des douleurs

La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, ... » (Boissonneault et Fortin, 2006 cité par Vézina, 2006). C'est « le phénomène complexe et subjectif d'un inconfort extrême expérimenté par une personne en réponse à une lésion de la peau et/ou des tissus. » La douleur peut être de type nociceptif, c'est à dire reliée à l'activation de neurofibres dans la physiopathologie. Elle peut aussi être de type souffrance, c'est-à-dire reliée à un état de détresse, une émotion face à un événement (Boissonneault et Fortin, 2006). Cette dernière peut se rapporter à des événements extérieurs à la plaie comme une situation familiale difficile ou reliée à la plaie comme la modification de l'apparence physique,

place...), sensorielle (la perception de la douleur), physiologique (la transmission des stimuli nociceptifs) et la dimension socioculturelle (l'impact sur son système social).

Les soins des plaies concernent aussi la prise en charge de la douleur. Des plantes et des médicaments sont utilisés pour calmer la douleur. Mais la douleur telle que "ékandou" (douloureux), "edjizo" (brûlure) "essa di azinzi" (fourmillement) et "é don" (étirement), sont des descriptions qui constituent un instrument de diagnostic pour les soignants traditionnels des ulcères chroniques. Chaque sensation renseigne sur l'évolution de l'état de la plaie et le type de produit à intégrer ou carrément sur le changement de la thérapie. Il a été remarqué que le diagnostic n'est jamais établi complètement en début de consultation chez les guérisseurs, il se fait à tâtons. Le diagnostic est progressif et se fait pendant le traitement. En effet les réactions aux différents produits et les sensations confirment ou infirment le diagnostic précédent et ainsi de suite jusqu'à guérison ou non. Il s'agit d'un diagnostic déductif et non inductif comme dans le cas de la médecine moderne.

« Si au cours du traitement, le patient dit que la plaie brûle, je sais de quelle plaie il s'agit pour ajuster le traitement » (G.T, tradithérapeute, 56 ans)

La douleur implique la souffrance. Même si elle touche seulement un fragment du corps, ne serait-ce qu'un orteil, elle ne se contente pas d'altérer la relation de l'homme à son corps, elle diffuse au-delà, elle imprègne les gestes, traverse les pensées : elle contamine la totalité du rapport au monde. L'homme souffre dans toute l'épaisseur de son être. » (Le Breton, 2009). La douleur efface toute dualité entre physiologie et conscience, corps et âme, physique et psychologique, organique et psychologique, elle n'est pas du corps mais du sujet (id). Elle n'est pas que sensation mais une perception, elle est subjective et son utilisation comme élément de diagnostic peut biaiser le traitement.

En marge de la douleur, la couleur constitue également un élément de diagnostic. Elle permet non seulement de catégoriser les plaies mais aussi de renseigner sur l'évolution de la guérison. Ainsi les plaies de couleur rouge sang indique une plaie propre dont la cicatrisation ne saurait durer. Une plaie de couleur jaune tirant sur le beige est une plaie aggravée.

#### **4.2.6. Equilibre hydrique et un apport protéino-calorique suffisants**

L'équilibre hydrique est important puisque la plaie doit être maintenue humide pour faciliter la guérison, il faut prévenir la déshydratation. Le pansement idéal doit absorber des quantités importantes de liquide tout en laissant la plaie humide. La prise en charge communautaire privilégie plutôt la déshydratation de la plaie car l'assèchement est indicatif dans la cicatrisation. Les différents produits (poudres savon) convergent beaucoup plus à une

déshydratation de la plaie. En outre, la cicatrisation nécessite des apports nutritionnels quotidiens équilibrés et suffisants. Les glucides sont indispensables à la cicatrisation comme source énergétique pour la réponse inflammatoire et aussi du fait de la dépense énergétique d'autant plus grande que la plaie est étendue (Bonnet, 2014). Les lipides quant à eux constituent des réponses anti inflammatoire tandis que toute carence en protéine affecte toutes les phases de cicatrisation. Mais l'importance d'une alimentation équilibrée, suffisante en apport protéino-calorique contraste bien avec le régime alimentaire imposé au porteur de plaie en milieu fon de Zè. C'est essentiellement les aliments riches en protéines (haricot, arachide, œufs, viande) en glucides (sucre, papaye) qui sont interdits, ce qui pose toute la problématique du retard de la cicatrisation souvent enregistré et la prolifération des ulcères chroniques.

En résumé, les attitudes et pratiques thérapeutiques autour des plaies développées dans les communautés fon de la zone d'étude, constituent, de l'avis des acteurs, un recours idéal mettant les patients à l'abri de conséquences désastreuses telles que la chirurgie, l'amputation ou l'hospitalisation prolongée. Toutefois, il existe un écart certain entre les pratiques endogènes et les pratiques recommandées par l'OMS. Un écart qui pourrait justifier la chronicité de certains ulcères. Des actions de sensibilisation, de renforcement du cadre de concertation entre les acteurs de la médecine traditionnelle et moderne et surtout des travaux de recherches ultérieures plus approfondies sur le sujet s'avèrent nécessaires pour la réduction de la prévalence des ulcères chroniques.

## CONCLUSION

Cette recherche a abordé la problématique de la place des facteurs socio culturels dans la prise en charge des plaies en communauté en relation avec la persistance de leur chronicité. Prenant comme cadre de recherche, le milieu socioculturel fon de la commune de Zè qui est une commune endémique du Bénin, la présente recherche a analysé les logiques et les pratiques sociales de prise en charge communautaire des ulcères chroniques

Selon les résultats, les ulcères chroniques demeurent une pathologie bien présentes et constituent un problème de santé publique. Les dénominations des plaies dans les communautés renseignent à peu près sur l'origine et surtout sur la durée et l'état de la plaie. Les connaissances étiologiques populaires sont encore vagues et floues et ne permettent pas toujours de faire le choix thérapeutique convenable. Plusieurs perceptions sont forgées autour des plaies chroniques et varient en fonction du profil des acteurs, elles sont majoritairement déterminées par les expériences des patients, de leurs familles et des guérisseurs. Elles constituent des clichés des croyances culturelles, religieuses. Cet ensemble de perceptions ajouté à celles établies par les acteurs autour de l'ulcère de Buruli et les CDTUB " Prison sociale" et " centre de chirurgie de greffe" expliquent d'une part la préférence du traitement traditionnel, conditionnent d'autres part les pratiques et attitudes thérapeutiques développées autour des plaies en général et des plaies chroniques en particulier. En effet la perception de "plaies surnaturelles" ou celles ne devant pas être soignées à l'hôpital est dominante. Elle influence ainsi l'itinéraire de recherche de soins, les modes et les comportements relatifs aux questions de santé.

Aussi les attitudes thérapeutiques développées intimement liées aux perceptions et aux causes des ulcères combinent-t-elles l'utilisation des plantes, des produits de la nature et des médicaments du marché local. Elles sont développées dans une logique de guérison mais ne favorisent pas toujours une bonne et rapide cicatrisation de la plaie. En outre, les conditions d'application desdits produits souffrent le plus souvent d'une carence en hygiène. L'hygiène, n'est pas très rigoureuse ce qui entraîne l'infection des plaies, une notion qui reste encore incomprise par les acteurs et très relative. L'infection est assimilée à une aggravation de la plaie due à une sorcellerie ou un "envoutement secondaire" à la suite de l'exposition de la plaie aux "mauvais yeux". Dans une approche holistique, d'autres comportements interviennent également dans la prise en charge des plaies, en l'occurrence l'observance des interdits et l'exercice des rituels.

Les interdits alimentaires et comportementaux faisant partie intégrante du processus de prise en charge contrastent avec la nutrition clinique recommandée par les professionnels du domaine. Les aliments indiqués pour une cicatrisation rapide sont ceux souvent interdits dans le traitement traditionnel, du coup l'équilibre alimentaire indispensable à la reconstitution des tissus, à la cicatrisation rapide est quasi absent. D'autres comportements également sont interdits qui a priori n'ont aucun lien avec la guérison de la plaie mais qui dans la logique endogène ou selon une explication spirituelle ont toute leur portée.

Par ailleurs, il faut préciser que l'analyse des résultats a montré que le diagnostic des plaies dans la communauté est basé sur le traitement, les soins sont administrés par analogie ; les réactions aux produits, les sensations et la couleur de la plaie deviennent des repères progressifs ou des guides de soins. La préférence au traitement communautaire est justifiée par la crainte d'un long séjour d'hospitalisation, de la chirurgie et de l'amputation.

La recherche a permis de relever que la prise en charge des ulcères chroniques en milieu fon de Zè, reste encore problématique. Le taux de succès sans aucune appréciation statistique rigoureuse semble être moindre, ce qui pose effectivement le problème de l'inefficacité des soins de plaies en communauté. Mais la médecine traditionnelle a montré ces preuves sur plusieurs plans, elle se révèle d'ailleurs de plus en plus complémentaire à la médecine moderne. Par conséquent, il n'est guère question de rejeter toutes les pratiques endogènes de prise en charge des ulcères mais plutôt de procéder à la mise en évidence du point d'intersection des deux systèmes de soin en réalisant par exemple des études sur les différentes plantes et produits utilisées en vue d'une contribution à l'amélioration de la santé des populations. Ceci d'autant que, les pratiques et les comportements en milieu de soins cliniques n'encouragent pas souvent la fréquentation des centres de santé dans le cadre des plaies qui généralement dans son stade débutant est banalisé par les porteurs ou leur entourage. Les patients porteurs de plaie se rendent au centre de santé que lorsque l'échec de la tradithérapie est palpable et que tout espoir devient vain et ceci suite à l'insistance ou des conseils des proches parents ou des relais communautaires.

Cette recherche est une porte d'entrée pour les investigations en matière de prise en charge efficace des ulcères chroniques, des maladies tropicales négligées, elle donne des réponses éventuelles à l'inefficacité de certains soins de plaie en communauté. Elle constitue un apport pour les actions de lutte contre les UC, et d'autres maladies chroniques. Cependant, elle laisse d'importantes pistes de recherche, tels que le regard socio-anthropologique de la prise en charge des plaies en milieu clinique ; la problématique des soins cliniques de plaies à domicile ; l'identification et l'étude phytochimique de plantes utilisées dans le traitement

traditionnel des ulcères chroniques et le prolongement de cette recherche aux autres milieux du Bénin à titre comparatif.

Ces pistes permettront des analyses plus approfondies pour une meilleure prise en charge des ulcères chroniques en milieu communautaire et constitueront des sous-bassement pour l'élaboration de programmes de sensibilisation des populations sur les meilleures pratiques de prise en charge des plaies en général, des formations des soignants traditionnels et bien d'autres activités en vue de la réduction de la prévalence de cette pathologie.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Abric, J-C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales* Ramonville Saint-Ange : Erès, 296 p.
- 2- Ackumey, M., Gyapong, M. et Pappoe, M. (2011). «Seeking for pre-ulcer and ulcer conditions of Mycobacterium Ulcerans disease (Buruli Ulcer) in Ghana». *Am. J.Trop. Med. Hyg*; 85(6), pp. 1106-1113
- 3- Arborio, A-M. (2007). «L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, (N° 90), pp. 26-34
- 4- Ahoua, L. (2002). *Facteurs de risques de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête réalisée en août 2001*. Thèse de doctorat. Faculté de Médecine de Créteil. Université Paris Val-De-Marne, 107 p.
- 5- Amoussouhoui, S. A. (2013). *Participation communautaire et accessibilité aux soins de santé : analyse de l'organisation du système de contrôle de l'ulcère de Buruli au Bénin*. Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) en Sociologie du Développement, Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH). Université d'Abomey-Calavi, 132p.
- 6- Aujoulat, I., Johnson, C. et Zinsou, C. (2003). « Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer in southern Benin ». *Trop. Med. Int. Health*. 8(8) pp 750-759
- 7- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Québec : PUQ, 213p.
- 8- Auge, M. et Herzlich, C. (1994). *Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris : Editions des archives contemporaines, 278p.
- 9- Asiedi, K. (2000). *Ulcère de Buruli : infection à Mycobacterium ulcerans*. Genève : OMS, 118 p.
- 10- Betbout, H., Ngueyap, F., Mudubu, L. et Rakotondrabe, P. (1998). *Santé de la reproduction au Cameroun : situation dans les formations sanitaires*. les cahiers de l'IFORD n° 23. 139 p
- 11- Blanchet, A. et Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Collin, 127 p.
- 12- Bonnet, L. (2014). « Nutrition et cicatrisation ». <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=2754180> consulté le 27 janvier 2017 à 16h 42'
- 13- Izard, M. (1991). « Méthode ethnographique », *Bonte P. Izard M. (dir.). Dictionnaire de l'Ethnologie et l'Anthropologie*. Paris : PUF, pp 470-474.

- 14-Bouard, I. (2005). « Regard anthropologique sur les interdits alimentaires », *Les Cahiers Dynamiques*. 2005/1. n°33. p-p. 25-26. URL : <http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2005-1-page-25.htm> DOI : 10.3917/lcd.033.0025 consulté le 12 février 2017 10h 28'
- 15-Brun, P. (2003). « Le récit de vie dans les sciences sociales », *L'écriture de la vie*. Dossier N°188. Revue Quart Monde.
- 16-Buntine, J. et Kimball, C. (2001). *Ulcère de Buruli : prise en charge de l'infection à Mycobacterium ulcerans*. OMS. Genève, 72 p
- 17-Charbonneau, L., Perrenoud, B., Gallant S., Lehn, I. et Champier, V. (2009) « Pansement de plaies chroniques en milieu hospitalier une revue critique de la littérature », *Recherche en soins infirmiers*, 1/2009 (N° 96), pp. 58-68. URL : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-1-page-58.htm> DOI : 10.3917/rsi.096.0058
- 18-Chaxel, S, Fiorelli, C, et Moity-Maïzi, P. (2014). « Les récits de vie : outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action », *Revue ¿ Interrogations ?*, N°17. L'approche biographique, janvier 2014 [en ligne], <http://www.revue-interrogations.org/Les-recits-de-vie-outils-pour-la>, Consulté le 7 janvier 2017, 19h 03'.
- 19-Combessie, J-C. (2004). *La méthode en sociologie*. Paris : La Découverte (coll. Repères) 4e édition, 123 p.
- 20-Cordonnier, S. (2006). « Jean Lohisse, La communication : de la transmission à la relation », 2e édition revue et augmentée par Annabelle Klein. *Communication* [En ligne], Vol. 25/1 | 2006, mis en ligne le 08 mai 2010, consulté le 08 octobre 2016 13h20'. URL : <http://communication.revues.org/340>
- 21-Crête, J. (2003). « L'éthique en recherche sociale », *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*, sous la direction de Benoît. GAUTHIER, Sainte-Foy : Presses universitaires, p-p 243-265.
- 22-da Silva G.B. (2015). « Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins ». *Santé Publique*. HS (S1), pp. 9-11.
- 23-Dembele, O. (2009). *Evaluation du système de surveillance épidémiologique de l'ulcère de Buruli dans les centres de dépistage et de traitement de l'ulcère de Buruli (CDTUB) d'Allada et Lalo en 2009*. Mémoire de santé publique. IRSP-Benin. Université d'Abomey-Calavi. 136p
- 24-Deschamps, J.-P. (2000). « Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement ». *Médecines & Sciences*. Paris. vol.16, n°11. p-p 1211-1217.
- 25-Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal, Edition Mc Graw-Hill, 142p.

- 26-Diakité, T. (1989). *L'Afrique malade d'elle-même..* Paris : Karthala, 162 p.
- 27-Diallo, B.A. (2013). Déterminants socioculturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au mali: cas de la commune du district de Bamako. Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) en Sociologie, Université de Bamako, 73p.
- 28-Dozon, J.P. et Fassin, D. (2001). Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Paris : Ed. Balland, 361p.
- 29-Dubuisson-Quellier, S. et Plessz M., « La théorie des pratiques », Sociologie [En ligne], N°4, vol. 4 | 2013, mis en ligne le 28 janvier 2014, consulté le 16 mars 2017 14h23'. URL : <http://sociologie.revues.org/2030>
- Duboz, P. L., Gueye, G.G. et Boetsch, E.E., (2015), « Accès aux soins à Dakar (Sénégal) : fréquence, type de soignants et maladies chroniques non transmissibles », revue Médecine et Santé Tropicales, Vol 25, pp. 165-171
- 30-Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients*. Paris : Balland, 329p
- 31-Durkheim, E. (1988), *Les règles de la méthode sociologique*, Paris :Flammarion, 193p.
- 32-Duchesne, S. et Haegel, F. (2004). *L'enquête et ses méthodes entretien collectif*. Paris Nathan, collection 128, 126 p.
- 33-Ensor, T. et Cooper, S. (2004). « Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side ». *Health Policy and Planning*. vol.19, n°2: p-p.69-79.
- 34-Faizang, S. (1990). « De l'anthropologie médicale à l'anthropologie de la maladie ». *Encyclopaedia universalis*, Symposium 1. pp.853-860
- 35-Fainzang, S. (1994). « L'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien » Terrain. *Revue d'ethnologie de l'Europe* N° 23. Consulté en Octobre 2016 sur [www.terrain.revues.org](http://www.terrain.revues.org).
- 36-Fassin, D. (2001). « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun ». Dozon J.P. et Fassin D. eds. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Ed. Balland , p-p. 181-208.
- 37-Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : PUF. Coll. Les champs de la santé, 359 p.
- Fletcher, J. (2008). «Difference between acute and chronic wound and the role of wound bed preparation», *nursing standard*. vol 22, n°24, pp. 62-68
- 38-Forget, G. et Bilodeau, A. (1994). « L'interactionnisme symbolique, un cadre théorique utile pour la promotion de la santé ». Bastien R. ; Langevin L. ; Larocque

- G. ; Renaud L.(2001) *Promouvoir la santé, réflexion sur les théories et pratiques*. Canada. Collection Partage. p-p. 198- 210
- 39- Fourn, G. E. (2011). « le rôle des femmes dans la gestion de la culture béninoise » *labrys, étude féministe* <https://www.labrys.net.br/labrys19/livre/gna.htm>
- 40- Gobatto, I. et Tijou-Traoré, A. (2011). « Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali. La « fabrique » locale de savoirs et de rôles professionnels et profanes », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 5, n° 3 pp. 509-532.
- 41- Gonthier, F. (2004). « Weber et la notion de compréhension », *Cahiers internationaux de sociologie*. n°116. p. 35-54. URL : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2004-1-page-35.htm>DOI : 10.3917/cis.116.0035 consulté le 19 décembre 2016 8h 10mn
- 42- Grietens, P.K., Boock, A.U., Peeters, H, Hausmann-Muela, S., Toomer, E. et Ribera, J.M. (2008). « “It Is Me Who Endures but My Family That Suffers” : Social Isolation as a Consequence of the Household Cost Burden of Buruli Ulcer Free of Charge Hospital Treatment ». *PLoS Negl Trop Dis*. 2(10): e321. doi:10.1371/journal.pntd.0000321
- 43- Hours, B. (2001). *Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie*. Paris, Les éditions Karthala, Collection Médecine du Monde 358 p.
- 44- Hendrichova, I., Castelli, M. et Mastroianni, C. (2010), « Pressure ulcers in cancer palliative care patients”. *Palliat Med* vol 24, pp. 669-73
- 45- Hounghin, R.A. et Gbèbioho, B. (2015). « Logiques et facteurs associés à la réticence à la vaccination anti-poliomyélite en milieu Goun d’Ifangni (Bénin). *Annales de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines*, Université d’Abomey-Calavi (Bénin), Vol 1, N°21, pp. 35-48
- 46- Hounghin, R.A, Fourn, E, Amoussou, C. L, Djakpo, B.L. et Houinato, D. (2015). « Le diabète : représentations et pratiques sociales autour d’une maladie chronique à Parakou (Bénin) ». *Sciences sociales et humaines* Vol. 31, n° 2 pp. 57-75
- 47- Jaffre, Y. et de Sardan, O.J-P. (2003). *Une médecine inhospitalière*. Paris : Karthala. 462 p.
- 48- Jaffré, Y. et de Sardan, O.J-P. (1999). *La construction sociale des maladies, les entités nosologiques populaires en Afrique de l’Ouest..* Paris : PUF, 374 p.
- 49- Jaggi, M.-H. Tarteaut, S. Marionetti, L. Blal, M. Szewczyk, N. Donnat et R. Alvarez (2012). « Principes généraux pour les soins de plaies » <http://www.hugge.ch/procedures-de-soins/principes-generaux-pour-les-soins-de-plaies> en ligne consulté le 13 01 2017 à 12h 29

- 50-Jodelet, D. (2006). « Culture et pratiques de santé ». *Nouvelle revue de psychosociologie*. n° 1. p-p. 219-239.
- 51-Jon, C. (2002). « Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie ». *Sciences sociales et santé (sous la direction de) Hours B.* vol 20 n°20-2, p-p123-126.
- 52-Johnson, R. C, Sopoh, G. E, Boko M, Zinsou, C, Gbovi, J, Makoutodé, M. et Portaels, F. (2005). « Distribution de l'infection à Mycobacterium ulcerans (ulcère de Buruli) dans la commune de Lalo au Bénin ». *Tropical Medicine and International Health*. Vol. 10, no 9. p-p 863–871
- 53-Johnson, R.C, Makoutode, M. et Houghnini, R.A. (2004). « Le traitement traditionnel de l'Ulcère de Buruli au Bénin ». *Med Trop*. 64. pp 145-150
- 54-Kibadi, K., Aujoulat, I, Meyers, W. M, Mokassa, L, Muyembé, T. et Portaels F. (2007). « Etude des appellations et représentations attachées à l'infection à mycobacterium ulcerans dans différents pays endémiques d'Afrique ». *Médecine Tropical*. Vol. 67, N°3. p-p 241-248.
- 55-Kojève, A. (2007). *Esquisse d'une phénoménologie du droit: exposé provisoire ..* Paris : Collection Gallimard , 588p.
- 56-Lebretonne, S. (2012). *Quand la plaie devient chronique*. mémoire de fin d'étude, Institut français des soins infirmiers, Roanne, 145p
- 57-LeBreton, D. (2009). « Entre douleur et souffrance : approche anthropologique », *L'information psychiatrique*, Vol. 85, N°4, 2009/04. p-p 323-328.
- 58-Lompo, A. B. (2013). *Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : le cas des femmes Yadse dans la région nord*. Thèse de Doctorat Ecole Doctorale Droit, Economie-Gestion et Sciences Sociales, Université de Nantes. 307 p.
- 59-Lacaze, L. (2013). « L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité », *Sociétés*, vol 3, n° 121, p. 41-52
- 60-Marcellini, A. (2003). « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine », *Corps et culture* [En ligne], Numéro 5 2000, mis en ligne le 25 février 2005, Consulté le 12 février 2017(Accessible à <http://corpsetculture.revues.org/710>)
- 61-Marche, H. (2003). « La saleté corporelle et l'« amour propre » : mémoire sociale et figures de l'intime » *Face à face*. [En ligne], 5 | 2003, mis en ligne le 01 mars 2003, consulté le 12 novembre 2016. URL : <http://faceaface.revues.org/420>
- 62-Masse, R. (1995). *Culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal-Paris, Gaëtan Morin. 499 p.
- 63-Massé, R. (1997). « Les mirages de la rationalité des savoirs ethno médicaux », *Revue Anthropologie et sociétés*, vol.21, n°1 pp. 53-72.

- 64- Meaume et al. (2002) « Ulcère de jambe chez les personnes âgées ». In : John Libbey, en ligne consulté le 09/01/2017 à 21h 38'
- 65- Montousse, M. et Renouard, G. (2006). *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Paris : Brédal Editions, 234p
- 66- NGUYEN, M-F. (2012). *Soigner la maladie chronique. Quand le travail d'équipement révèle autonomie et attachements*. Thèse de doctorat, sociologie industrielle, Université de Grenoble, 345p
- 67- Nations Unies, (2015). « Objectifs du Millénaire pour le Développement », New-York : Rapport 2015
- 68- Nizet J. et Rigaux N. (2005). *La sociologie de Erving Goffman*. Paris : Repères, 121 p.
- 69- Olivier de Sardan, J-P. (1994). « La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger ». *Sciences Sociales et Santé*, Vol. XII (3), septembre 1995. p-p. 15- 45.
- 70- Olivier de Sardan, J-P. (2001). « Les trois approches en anthropologie du développement ». *Tiers-Monde*, Année 2001, tome 42 n°168. Anthropologie du développement, fiscalité, géographie industrielle, éducation, p-p. 729-754.
- 71- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). « Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle », Genève, p-p 1-5.
- 72- Organisation Mondiale de la Santé (2002). « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 », Genève.
- 73- Organisation Mondiale de la Santé, (2010). *Prévention des maladies chroniques, un investissement vital*. 203 p.
- 74- Ouendo, E. M et al, (2005) « Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé) », *Tropical Medicine and International Health*, vol.10 n°2 pp 179 –186
- 75- Paillé, P., Mucchiell, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin , 424p.
- 76- Portaels, F, Johnson, P. et Wayne, M. (2001). *Ulcère de Buruli : diagnostic de l'infection à Mycobacterium ulcerans*. Genève. Organisation Mondiale de la Santé, 92 p.
- 77- Pruvost, G. (2011). « Récit de vie, Sociologie ». *Les 100 mots de la sociologie*, mis en ligne le 01 mars 2011, consulté le 18 décembre 2016. URL : <http://sociologie.revues.org/671>

- 78-Saillant, F. (1999). « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique ». *Revue Anthropologie et Sociétés*, vol. 23 n°2. p-p. 15-39.
- 79-Savall, A. (2017). « Le diabète à l'épreuve du domestique : le quotidien autour de l'alimentation de femmes maghrébines immigrées à Montpellier ». *Sciences sociales et santé*, vol 35, N°1, pp. 5-30
- 80-Sène, E. (2013). Ulcère de Buruli : prise en compte de l'expérience de la maladie pour une prise en charge culturellement compétente. Travail de Bachelor. Haute École de Santé. Genève. 371 p.
- 81-Schmitz, O. (2006). *Les médecines en parallèle : multiplicité des recours au soin en occident..* Paris : Karthala, 275p.
- 82-Sossouhounto, N. (2016). *Mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle de la zone sanitaire au Bénin : ethnographie des enjeux et des dynamiques*. Thèse de doctorat sociologie du développement, Université d'Abomey-Calavi, 275p.
- 83-Sommerfeld, J. et Oduola A. M. J. (2007). « Health-related biotechnologies for infectious disease control in Africa: Ethical, Legal and Social Implications (ELSI) of transfer and development ». *African journal of medicine and medical sciences* 36, Supplement. p-p 1-5.
- 84-Stienstra, Y., Van Der Graaf, W.T., Asomoa, K. et Van der Werf T.S (2002). « Beliefs and attitudes toward Buruli ulcer in Ghana ». *Am J Trop Med Hyg.* 67(2): pp 207–13
- 85-Tarde, G. (2002). « La logique sociale ». *Les classiques des sciences sociales. Chicoutimi:JMTremblay*.[http://www.uqac.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/classiques/tarde\\_gabriel/la\\_logique\\_sociale/la\\_logique\\_sociale.html](http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/tarde_gabriel/la_logique_sociale/la_logique_sociale.html).
- 86-Toasségnitché, Z. (2014). « Les rameaux des palmiers: Un purificateur et une épée de combat spirituel »<http://bj.jolome.com/news/article/les-rameaux-des-palmiers-un-purificateur-et-une-epée-de-combat-spirituel> consulté 14 01 17 18h 17m
- 87-Van Campenhoudt, L., Chaumont, J-M. et Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe – Applications aux phénomènes sociaux*. Paris : Dunod, 215 p.
- 88-Van Campenhoudt, L. (2001). *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*. Paris Dunod, 261p.
- 89-Vannotti, M. et Zellweger, J.-P. « La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles ». *Thérapie Familiale* 3/2001 (Vol. 22), pp. 231-250  
URL:[www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-3-page-231.htm](http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-3-page-231.htm).  
DOI : 10.3917/tf.013.0231.
- 90-Vézina, J. (2006). « Les soins des plaies », 53p  
[http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier7\\_soinplaies.pdf](http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier7_soinplaies.pdf) consulté le 12 décembre 2016

- 91- Yemoa, A.L., Gbenou, J.D., Johnson, R.C., Djégo, G. J., Zinsou, C., Moudachirou, M., Quetin-Leclercq, J., Bigot, A. et Portaels, F. (2008). « Identification et étude phytochimique de plantes utilisées dans le traitement traditionnel de l'ulcère de Buruli au Bénin ». *Ethnopharmacologia*. n°42, p-p.21-32
- 92- Weber, F. et Beaud, S. (1998). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La découverte. 327p
- 93- Yemoa, A.L., Gbenou, J.D. et Johnson, R.C. (2008). « Identification et étude phytochimique de plantes utilisées dans le traitement traditionnel de l'ulcère de Buruli au Bénin ». *Ethnopharmacologia*. n°42. p-p.21-32
- 94- Yoro Blé, M.I, Ehui, J, Amani Ahou, F. (2015). « Les logiques socio culturelles des interdits alimentaires et comportementaux Chez les femmes enceintes Agni n'demin (cote d'ivoire) ». *European Science Journal*, n°32, p-p 134-147
- 95- Ulcère de Buruli Infection à Mycobacterium ulcéral, initiatives mondiale contre l'ulcère de Buruli.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66689/1/WHO\\_CDS\\_GBUI\\_2000.1\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66689/1/WHO_CDS_GBUI_2000.1_fre.pdf)

## ANNEXES : OUTILS DE COLLECTE

### Guide d'animation du focus group dans la communauté

Nombre de participants : Homme/\_\_\_/ Femme/\_\_\_/

Arrondissement	Village

#### 1- Type de plaie

- Type de plaies rencontrées dans la communauté
- Comment les types de plaies sont-ils distingués ? (Qu'est-ce qui distingue une catégorie de plaie d'une autre: les symptômes, les causes, les saisons, etc.)
- Description de chaque type plaie

#### 2- Cause des plaies

- Quels sont les causes des plaies que vous connaissez ? Expliquez dans chaque cas ?
- Existe-t-il des plaies liées à des saisons données, ou y-t-il des saisons où l'on constate une prolifération des plaies si oui comment expliquez-vous cela ?
- La consommation de certains aliments provoque-t-elle des plaies ? si oui lesquels ?
- La consommation de l'eau sale peut-elle source de plaie ?
- Certains types de plaies (ou la maladie qui causent des plaies) sont-ils héréditaires –lesquelles (Pourquoi certaines personnes souffrent-elles des plaies plus souvent que d'autres)

#### 3- Complication des plaies

- Une plaie simple peut-elle devenir une plaie compliquée ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui provoque la complication des plaies ?
- Facteurs internes ou externes qui aggravent la plaie ?
- Quels sont les signes qui indiquent la gravité ?

#### 4- Cicatrisation de la plaie

- Qu'est-ce qui facilite la guérison de la plaie ?
- A quoi ressemble une bonne guérison: Est-ce qu'on considère une plaie qui sèche comme indicateur de cicatrisation

#### 5- Plaie, maladie de peau et contagion

- Existe-il des maladies de peau qui finissent par une plaie ? Lesquelles? Et comment se manifestent-elles ?

- b) Quelles sont les maladies qui se manifestent par la plaie ? comment cela s'explique-t-il ?
- c) Est-ce que certains types de plaies sont considérées comme contagieuses? Quels types de plaies ? et dans quelles circonstances?

#### **6- Plaie, stigmatisation et l'exclusion sociale**

- a) Est-ce que le fait d'avoir certains types de plaies mène à des formes d'exclusion sociale? Lesquelles, et pourquoi?
- b) Est-ce que le fait d'avoir certains types de plaies mène à la vulnérabilité (physique ou spirituelle)? Comment ? Ce phénomène explique-t-il le refus de bandage.

#### **7- Nettoyage des plaies**

- a) Qu'est-ce on utilise pour nettoyer la plaie et comment ?
- b) Quels sont les produits pris de façon interne pour traiter la plaie.
- c) Quels sont les produits pris de façon externe pour traiter les plaies
- d) Comment traitez-vous la douleur et les sensations associées aux plaies.
- e) Existe-t-il des aliments conseillés ou interdits à un porteur de plaie ? pourquoi ?
- f) existe-t-il d'autres prohibitions pour les patients porteurs de plaie ?

#### **8- Protection de la surface de la plaie (bandage)**

- a) Est-ce qu'on utilise des bandages ou autres choses pour protéger / couvrir la surface de la plaie – si oui, qu'est-ce qu'on utilise ?
- b) Que faites-vous si votre activité économique vous oblige à exposer la plaie à la boue ou l'eau de marigot, etc. ?

#### **9- Recherche de soins**

- a) A quel moment peut-on chercher un traitement médical pour une plaie ? pourquoi ?

#### **10- Attentes des soins cliniques**

- a) Quels types de traitements qu'on espère souvent recevoir à la clinique?
- b) Quelles sont les préoccupations et les craintes concernant le traitement et l'accueil à la clinique?
- c) Pourquoi certains porteurs n'aiment pas les soins cliniques
- d) Quelles sont les préoccupations ou les craintes des porteurs de plaies autour du pansement

#### **11- Coût et durée du traitement**

- a) Combien coûte le traitement d'une plaie
- b) Combien de jour en moyenne dure le traitement

## 12-Difficultés et suggestions

- a) Quelles sont les difficultés rencontrées dans le traitement des plaies en général.  
Comment arrivez-vous à les surmonter ?
- b) Suggestions

### Guide d'entretien à l'endroit des traitants de plaie (tradithérapeutes, pasteurs, autres,)

Fiche No: .....

Date de l'interview:.....

#### SECTION A : INFORMATIONS SUR L'ENQUETE

- 1- Nom: .....
- 2- Age: .....
- 3- Sexe :  Masculin  Féminin
- 4- Ethnie
- 5- Religion
- 6- Niveau d'instruction :  
Aucun niveau Primaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>nd</sup> cycle Universitaire
- 7- Résidence du répondant
- 8- Profession
- 9- Situation matrimoniale
- 10-

Arrondissement	Village

- a) Les noms des différents types de plaies que vous recevez en consultation
- b) Comment les types de plaies sont-ils distingués ? (Qu'est-ce qui distingue une catégorie de plaie d'une autre: les symptômes, les causes, les saisons, etc.)
- c) Acceptez-vous de traiter tous les types de plaies ?
- d) Quels types de plaies vous acceptez ?
- e) Décrivez dans chaque cas le traitement
- f) Pensez-vous que certaines plaies ne devraient pas être traité dans les centres de santé ? pourquoi ?
- g) Arrive-t-il des fois que vous réferez des plaies au centre de santé ? a quel moment ? pourquoi ?
- h) Quelles sont en général les causes des plaies ?

- i) Qu'est ce qui peut compliquer une plaie ?
- j) Que pensez-vous du bandage de la plaie ?
- k) Que savez-vous de l'infection d'une plaie ?

### Guide d'entretien à l'endroit des vendeurs de médicaments

Fiche No: .....

Date de l'interview:.....

#### SECTION A : INFORMATIONS SUR L'ENQUETE

- 1- Nom du répondant : .....
- 2- Age du répondant : .....
- 3- Sexe :  Masculin  Féminin
- 4- Ethnie :
- 5- Religion :
- 6- Niveau d'instruction :  
Aucun niveau Primaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>nd</sup> cycle Universitaire
- 7- Résidence du répondant:
- 8- Profession :
- 9- Situation matrimoniale :

Arrondissement	Village

- a) Quels types de plaies rencontre-t-on dans votre localité
- b) Vendez-vous des médicaments pour les plaies ?
- c) Pour quels types de plaies ?
- d) Quels sont les produits que les clients demandent pour la gestion des plaies ?
- e) Quels sont les produits populaires ? quels sont les produits que vous recommandez pour le traitement de la plaie
- f) Vendez-vous des produits pour le nettoyage ou le bandage des plaies ?
- g) Quels sont les plus populaires ?
- h) Vendez-vous des médicaments pour
  - la douleur ?
  - Autres signes ?
  - Pour la cicatrisation ?
- i) Que savez-vous de l'infection de la plaie ?

- j) Quels sont les médicaments que vous conseillez pour l'infection ?
- k) Conseillez-vous aux patients d'aller à l'hôpital ? à quel moment ?
- l) Dans quels contextes ?

### Guide d'entretien à l'endroit du personnel de santé

Fiche No: .....

Date de l'interview:.....

- 1- Nom du répondant : .....
- 2- Age du répondant : .....
- 3- Sexe :  Masculin  Féminin
- 4- Ethnie
- 5- Niveau d'instruction:  
Aucun niveau Primaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>nd</sup> cycle Universitaire
- 6- Résidence du répondant
- 7- Profession
- 8- Situation matrimoniale

Arrondissement	Village

#### 1- Type de plaie

- d) Type de plaies reçues en consultation
- e) Comment les types de plaies sont-ils distingués ?
- f) Description de chaque type plaie

#### 2- Cause des plaies

- f) Quels sont les causes des plaies que vous connaissez ? Expliquez dans chaque
- g) Y a-t-il des périodes où vous recevez plus de plaie que d'autres ? si oui comment expliquez-vous cela ?

#### 3- Complication des plaies

- e) Une plaie simple peut-elle devenir une plaie compliquée ? Pourquoi ?
- f) Qu'est-ce qui provoque la complication des plaies ?
- g) Facteurs internes ou externes qui aggravent la plaie ?
- h) Quels sont les signes qui indiquent la gravité ?

#### 4- Cicatrisation de la plaie

- c) Qu'est-ce qui facilite la guérison de la plaie ?

- d) A quoi ressemble une bonne guérison: Est-ce qu'on considère une plaie qui sèche comme indicateur de cicatrisation

### **5- Plaie, maladie de peau et contagion**

- d) Existe-il des maladies de peau qui finissent par une plaie ? Lesquelles? Et comment se manifestent-elles ?
- e) Quelles sont les maladies qui se manifestent par la plaie ? comment cela s'explique ?
- f) Est-ce que certains types de plaies sont considérées comme contagieuses? Quels types de plaies ? et dans quelles circonstances?

### **6- Nettoyage des plaies**

- Qu'est-ce vous utilisez pour nettoyer les plaies ou qu'est ce qui est conseillé pour le nettoyage de la plaie ?

- **Protection de la surface de la plaie (bandage)**

Quel rôle joue le bandage de la plaie dans la cicatrisation de cette dernière ?

Le bandage des plaies est-il une attitude courante dans la localité ?

### **7- Attentes des soins cliniques**

- À quel stade de la plaie les gens viennent-ils vous voir?
- Ont-ils reçu un autre type de traitement, même à la maison avant de venir à vous?
- Quand les patients viennent, leur demandez-vous les pratiques essayées avant de venir au centre de santé?
- Dans l'affirmative, quelles sont les pratiques positives ou négatives les plus courantes en matière de soins des plaies, que ce soit au domicile ou ailleurs?

## **Récit de maladie d'un ancien patient et porteur de plaie**

Fiche No: .....

Date de l'interview:.....

1- Nom du répondant : .....

2- Age du répondant : .....

3- Sexe :  Masculin  Féminin

4- Ethnie

5- Niveau d'instruction :

Aucun niveau Primaire 1<sup>er</sup> cycle 2<sup>nd</sup> cycle Universitaire

6- Résidence du répondant

7- Profession

8- Situation matrimoniale

Arrondissement	Village

1. Racontez-nous l'histoire de cette plaie.

2. **Questions de suivi possibles:**

- Quel a été le premier symptôme que cette plaie a présenté?
- A quel moment avez-vous remarqué pour la première fois que c'était devenu une plaie?
- Quel traitement avez-vous utilisé vous-même à la maison?
- A quel moment avez-vous décidé d'aller rechercher le traitement ?
- Quelle a été votre expérience avec votre traitement (de n'importe quelle nature) ?
- Si vous avez demandé un traitement ailleurs pendant ou après ce traitement, dites-nous pourquoi?
- Si vous avez eu des douleurs ou des démangeaisons (ou d'autres sensations), qu'avez-vous fait pour cela?
- Qu'est-ce que l'infirmière ou le guérisseur vous a dit à propos de votre plaie?
- Vous leur avez posé des questions?
- Bandez-vous la plaie ou couvrez-vous la plaie?
- Dites-nous comment vous le faites. Pourquoi?
- Depuis que vous portez cette plaie comment la communauté vous regarde-t-elle ?

### Grille d'observation

Arrondissement	Village

- Le traitement chez les tradithérapeutes et autre traitants
- Les conditions de traitement
- Les produits utilisés
- Les relations entre le traitant et le porteur des plaies

- Les types de plaies reçues
- Les comportements du porteur chez un guérisseur
- Les porteurs de plaie dans la communauté
- Type de produits utilisés
- Type de bandage
- Les feuilles et aux objets intervenant dans le traitement.

**Fiche de lecture**

*Fiche N°/---/---/*

Nom de la bibliothèque -----

Date et heure de la consultation -----

I - Présentation de l'œuvre

Titre du livre : -----

Auteur : -----

Editeur : ----- Collection : -----

Date d'édition : -----Nombre de page : -----

II - Résumé complet, synthétique et détaillé :

III - Démarche de l'auteur :

IV - Analyse des axes de la discussion :

V- Commentaire personnel :

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE ..... 1

DEDICACE.....	2
REMERCIEMENTS .....	3
SIGLES ET ACRONYMES .....	4
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES, PHOTOS, PLANCHES ET ENCADRES .....	6
RESUME.....	7
ABSTRACT .....	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIÈRE PARTIE: .....	12
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	12
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	13
1.1. Problématique de la recherche.....	13
1.1.1. Etat de la question.....	13
1.1.2. Problème .....	21
1.1.3. Cadre conceptuel de la recherche.....	25
1.1.4. Hypothèses de recherche.....	27
1.1.4.1. Hypothèse générale.....	27
1.1.4.2. Hypothèses spécifiques.....	27
1.1.5. Objectifs de recherche.....	27
1.1.5.1. Objectif général.....	27
1.1.5.2. Objectif spécifiques .....	27
1.2. Clarification conceptuelle.....	27
1.3. Justification du choix du sujet .....	31
CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	33
2.1. Cadre de la recherche .....	33
2.1.1. Caractéristiques démographiques .....	33
2.1.2. Caractéristiques sociologiques.....	33
2.2. Nature de la recherche .....	34
2.3. Groupes cibles et échantillonnage .....	35
2.3.1. Groupes cibles.....	35
2.3.2. Echantillonnage.....	36

2.4. Techniques et outils de collecte de données.....	37
2.4.1. Revue documentaire.....	37
2.4.2. Entretien.....	38
2.4.2.1. Entretien semi structuré .....	39
2.4.2.2. Focus group.....	39
2.4.2.3. Récit de vie .....	40
2.4.3. Observation directe .....	40
2.4.4. Enquête exploratoire .....	42
2.4.5. Enquête préliminaire.....	42
2.4.6. Enquête proprement dite .....	43
2.5. Techniques de traitement et d'analyse des données empiriques .....	44
2.5.1. Modèle d'analyse .....	44
2.5.2. Considérations éthiques, limites et difficultés de la recherche .....	46
<b>DEUXIÈME PARTIE : LOGIQUES ET PRATIQUES SOCIALES AUTOUR DES ULCERES CHRONIQUES .....</b>	<b>48</b>
<b>CHAPITRE 3 : DU PROFIL DES ACTEURS AUX PERCEPTIONS .....</b>	<b>49</b>
<b>DIVERSIFIÉES DES ULCÈRES CHRONIQUES.....</b>	<b>49</b>
3.1. Profil sociologique des acteurs concernés par les ulcères chroniques .....	49
3.1.1. Concernant les malades et les anciens malades des ulcères chroniques. ....	49
3.1.2. Concernant les soignants des ulcères chroniques.....	51
3.1.2.1. Les tradithérapeutes .....	51
3.1.2.2. Les pasteurs évangélistes et célestes.....	53
3.2. Connaissance sur les ulcères chroniques .....	55
3.2.1. Registre nosologique liée aux ulcères chroniques .....	55
3.2.2. Une étiologie multiple des plaies chroniques .....	57
3.2.2.1. Causes endogènes .....	57
3.2.2.2. Causes exogènes .....	58
3.2.2.3. Du naturel au surnaturel : quand la cicatrisation devient problématique.....	60
3.3. Perceptions sociales des ulcères chroniques .....	61
3.3.1. De la perception de l'ulcère de Buruli à celle des ulcères chroniques.....	62
3.3.2. Perception sociale sur les ulcères chroniques .....	64
3.3.2.1. La plaie chronique, une double maladie .....	64
3.3.2.2. L'ulcère chronique, la colère des divinités ou des esprits.....	64

3.3.2.3. L'ulcère chronique, une punition divine .....	66
3.3.2.4. L'ulcère chronique, signe de la transgression des normes sociales .....	66
3.3.2.5. L'ulcère chronique, une plaie stigmatisante .....	67
CHAPITRE 4 : PRATIQUES THERAPEUTIQUES .....	69
4.1. Pratiques à domicile et chez les tradithérapeutes .....	69
4.1.1. Une automédication mixte .....	69
4.1.2. Recours aux pratiques endogènes de soins: facteurs décisionnels et attentes des patients ....	71
4.1.3. Prise en charge chez les tradithérapeutes .....	72
4.1.3.1. Traitement physique de la plaie .....	72
4.1.3.2. Observance des interdits alimentaires et comportementaux .....	73
4.1.3.3. Place des rituels dans la prise en charge des ulcères chroniques .....	76
4.1.4. Recours aux soins biomédicaux : moment du recours et prise de décision .....	77
4.2. Prise en charge endogène des ulcères chroniques et principes de bases de l'OMS.....	79
4.2.1. Enoncé des principes de bases de l'OMS de prise en charge des plaies .....	79
4.2.2. Protection de la plaie.....	80
4.2.3. Infection de la plaie.....	81
4.2.4. Gestion des cicatrices.....	84
4.2.5. Gestion des douleurs .....	84
4.2.6. Equilibre hydrique et un apport protéino-calorique suffisants.....	85
CONCLUSION .....	87
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	90
ANNEXES : OUTILS DE COLLECTE .....	98