



Université d'Abomey-Calavi

**FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)**



Revue spéciale journées scientifiques de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH)

Volume 4, numéro 8

Décembre 2014

Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines (FLASH)
B.P. : 526 Cotonou, Tél. (229) : 21 36 00 74 (République du Bénin)

**COMITE DE REDACTION DE LA REVUE SPECIALE JOURNEE SCIENTIFIQUES
DE LA FLASH**

Directeur de publication

Pr. Flavien GBETO

Doyen de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines

Rédacteur en Chef

Odile V. DOSSOU-GUEDEGBE, MC

Rédacteur Adjoint

Léonard A. KOUSSOUHON, MC

Comité Scientifique :

Pr. CAPO Hounkpati B. C (Bénin), Pr. HUANNOU Adrien (Bénin), Pr. BOKO Michel (Bénin), Pr. SINSIN Brice (Bénin), Pr. CAMBERLIN Pierre (France), Pr. BROU Téléphore (France), Pr. AÏNAMON Augustin (Bénin), Pr. TAKASSI Issa (Togo), Pr. HOUNTONDI Paulin (Bénin), Pr. NOUHOUAYI Albert (Bénin), Pr. BOLOUVI P. Lébéné (Togo), Pr. YAÏ Olabiyi Joseph (Paris), Pr. VIDEGLA Michel, (Bénin), Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin), Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin), Pr. NOUKPO Agossou (Bénin).

Comité de Lecture :

Pr. N'BESSA Benoît (Bénin), Pr. GBETO Flavien (Bénin), Pr. KOUMAKPAÏ Taoufik (Bénin), Pr. BADA M. Dominique (Bénin), Pr. HOUSSOU Sègbè Christophe (Bénin), KAKPO Mahougnon (Bénin), MC, HOUNMENOUE Jean-Claude (Bénin), MC, AZALOU-TINGBE Albert (Bénin), MC, ATABAVIKPO Vincent (Bénin), MA, TENDE Brice (Bénin), MC, GUEDEGBE-DOSSOU Odile (Bénin), MC, VISSIN Expédit Wilfrid, (Bénin) MC, TOSSOU Pascal (Bénin), MC

Secrétariat de rédaction

VISSIN Expédit Wilfrid, (Bénin) MC, TOSSOU Pascal (Bénin), MC, ATABAVIKPO Vincent (Bénin), MA, Julien K. GBAGUIDI MA.

Toute correspondance (suggestions) doit être adressée au :
Comité de Rédaction de la revue spéciale journées scientifiques de la FLASH

01 BP 526 COTONOU, République du Bénin

flaviengbeto@yahoo.fr

exlaure@gmail.com

topas4fr@yahoo.fr

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

ISSN 1840-670X

Dépôt Légal N° 5132 du 2^{ème} trimestre 2011 à la Bibliothèque Nationale

Sommaire

1. Influence des activités anthropiques sur la qualité de l'eau de boisson de la rivière Fourignike	
C. L. BABADJIDE1, M. OUASSA KOUARO, B. FANGNON, G. SANGA PERMA	5
2. Le français et les langues africaines : de l'hégémonie a la guerre	
E. YEBOU	15
3. Tic et pratique pédagogique: ce qu'en pensent les enseignants enquêté à l'Université d'Abomey-calavi au Bénin	
S. A. ATTENOUKON	22
4. Perception endogène des eaux ouvrages hydrauliques dans la zone rurale d'Abomey-Calavi	
C. A.A. BAGBONON., C. L. BABADJIDE, C. AGOSSOU	36
5. <i>Glèlè</i>, le musicien - chorégraphe : la musique et la danse comme outils d'historicisation au <i>Danxomè</i>	
B. KOUDJO	49
6. Compétences et nouvelles tendances professionnelles en sciences du langage : coach, pnlste, analyste de texte et publiciste	
J. K. GBAGUIDI	59
7. La scatologie dans <i>Notre-Dame-des-fleurs</i> de Jean Genet	
J. AKA ADJÉ	65
8. Développement et éthique : sens, enjeux et stratégies d'action	
F. HOUEDENOU,	83
9. Effets socio-économiques des institutions de microfinance sur les conditions de vie des populations rurales dans la commune de come (sud-ouest du Bénin)	
A. Y. TOHOZIN, B. FANGNON, S. ZANNOU et E. GOMIDO...	93
10. Functions of filth aesthetics and estrangement in the beautiful ones are not yet born	
YÉMALO, C. AMOUSSOU,	108
11. La médiation entre l'Etat béninois et les syndicats : une approche communicationnelle	
AFFOGNON Patrick	128
12. Analyse des pratiques afférentes autour du tabac dans la ville de Natitingou au Bénin	
I. C. SAHAGBE	136
13. Analyse de l'environnement de travail du personnel administratif du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique du Bénin	
A. ZOULIN; M. GIBIGAYE; R. KADJEBIN; M. BOKO	145
14. De l'article au déterminant en grammaire française : substitution ou coexistence ?	

R. YEBOU	157
15. Paramètres physico-chimique et risque écologique sur la lagune de Cotonou a Dantokpa	
T. I. M. WANKPO, E. W. VISSIN, N. KELOME, A. P. EDORH.....	172
16. Causes et conséquences du déclin de la pêche maritime artisanale dans la commune de Grand-Popo au Bénin	
K. EGBETOWOKPO, R. KADJEBIN; T. ADJAKPA, C. S. HOUSSOU	189
17. Application de l'outil "spatial analyst" pour l'étude de la variation de la profondeur de la nappe d'eau de l'aquifère superficiel de la zone côtière a l'ouest de Cotonou, Bénin".	
O. D. GAOU, W. S. AZONDEKON, P. EDORH	209
18. Eau de maraichage et conflits d'usage dans les périphéries de Parakou	
S. C. HEDIBLE ; J. MOISE ; E. W. VISSIN et M. BOKO	218
19. Mutations socio-économiques et spatiales liées à l'aménagement de la route entre les villes de Kétou et Illara (commune de Kétou au sud-est du Bénin)	
T. VIGNINO, S. ZANNOU, M. VIMENYO	231
21. Accessibilité a l'eau potable dans le bassin géographique sud-Beninois du fleuve mono : étude comparative entre zone inondable (zi) et zone non inondable (zni)	
R. GADO; E. SEBO; T. H. AZONHE	246
22. Politique d'aménagement et développement durable dans la commune de Dassa-Zoumè au Bénin	
M. MAKPONSE	256
23. Acces a l'eau dans la commune de za-kpota : enjeux et defis au systeme productif local	
T. T. C. TONOU; A. TINGBE-AZALOU; L. AGBANDJI; J. L. BOSSOU	275
24. Pressions anthropiques et degradation environnementale autour des petits lacs du departement du mono au Bénin en Afrique de l'Ouest	
C. G. ETENE, O. AROUNA, I. YABI	283
Persistance du recours tardif au systeme de sante de l'ulcere de buruli dans la commune de ze : entre institution de sante et defiance religieuse	
V. D. BEDIE	296

PERSISTANCE DU RECOURS TARDIF AU SYSTEME DE SANTE DE L'ULCERE DE BURULI DANS LA COMMUNE DE ZE : ENTRE INSTITUTION DE SANTE ET DEFIANCE RELIGIEUSE

Vignon Dègbédji BEDIE

Département de sociologie et anthropologie, l'Université d'Abomey-Calavi
bedievignon@gmail.com

Résumé

Au cours des 20 dernières années, l'augmentation des cas d'ulcères de Buruli au Bénin, en milieu rural particulièrement, a conduit à la création des Centres de Dépistage et Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB) et ceux de soins de proximité dans les milieux endémiques. C'est le cas de la Commune de Zè où après une décennie de mise en fonction des centres de prise en charge décentralisés, le constat des cas tardifs arrivant au traitement médical s'observe toujours. Or, à un stade plus tardif, les antibiotiques semblent ne plus être efficaces, ce qui favorise le traitement chirurgical de l'affection. Il importe alors d'analyser les déterminants de la persistance du retard dans la prise en charge médicale des personnes infectées.

À l'aide d'une démarche qualitative, le travail de recherche a alterné la technique d'entretien et aux séances d'observation simple avec leurs outils spécifiques. Les entretiens enregistrés ont été intégralement transcrits. Les transcriptions ont été ensuite complétées par les notes prises et les observations faites. L'analyse des données s'est faite par un tri thématique et par thème.

Cet article expose certains résultats d'une analyse sociologique des déterminants du recours tardifs aux soins pour l'ulcère de Buruli. Il ressort certes que les représentations sociales des populations sur la maladie, la thérapie endogène, les raisons économiques liées à l'accès du système médical et la couverture sanitaire continuent d'être manifestation des déterminants au recours aux soins de santé. Mais, la persistance de ce phénomène résulte des carences de l'approche biomédicale et de la culture hospitalière du système de santé en lutte contre ce problème de santé publique. Il s'agit notamment de la compétence des professionnels de santé, de la qualité des centres de santé du périphérique, du traitement chirurgical qui crée la peur de l'amputation et la défiance des défenseurs de la thérapie par la prière au niveau des communautés touchées. Ces constats suggèrent une nouvelle mission pour le système en lutte contre l'ulcère de Buruli, qui consisterait à agir sur ces nouveaux déterminants qui empêchent les populations vulnérables à cette maladie de bénéficier des soins de santé médicaux.

Mots-clés : *Ulcère de Buruli, système de santé, recours tardif aux soins médicaux, peur de l'amputation, défiance des acteurs religieux*

Abstract:

Over the past 20 years, the increase in cases of ulcers of Buruli in Benin, in rural areas especially, led to the creation of Centres of screening and treatment of ulcer Buruli (CDTUB) and those of care in endemic settings. This is the case of the ASTD municipality where after a decade of development on the basis of decentralised support centres, the observation of late cases arriving at the medical treatment was observed always. However, at a later stage, the antibiotics appear to do be effective, which promotes the surgical treatment of the condition. It is important then to analyze the determinants of the persistence of the delay in the medical care of infected people.

Using a qualitative approach, the research work has alternated technology maintenance and simple observation with their specific tools sessions. The recorded interviews have been fully transcribed. The transcripts were then supplemented by notes and observations. Analysis of the data is made by thematic sorting and theme.

This article presents some results of a sociological analysis of the determinants of the use of late to care for Buruli ulcer. Certainly, it is clear that social representations of populations on the disease, endogenous therapy, economic reasons linked to the access of the medical system and health coverage continue to clearly be determinants in the use of health care. However, the persistence of this phenomenon is the result of deficiencies of the biomedical approach and the hospital culture of the health system in fight against this public health problem. These include the competence of professionals of health, the quality of the health centres of the device, the surgical treatment that creates the fear of amputation and the defiance of the defenders of the therapy by prayer to the level of the affected communities. These findings suggest a new mission for the system in fight against Buruli ulcer, which would address these new determinants that prevent vulnerable to this disease to benefit from medical health care.

Keywords: *Ulcer Buruli, health system, use of late medical, fear of amputation, defiance of religious actors*

Introduction

L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie fortement invalidante et endémique au Bénin, causée par le *Mycobacterium ulcerans* (Mu) (Guédénon et al., 1955). C'est une maladie handicapante surtout lorsque la prise en charge est entreprise à un stade avancé (Amoussouhoui, 2013). Elle touche davantage les populations des milieux pauvres, qui ont une faible couverture en services de santé, comme c'est le cas de la plupart des milieux endémiques du Bénin, dont la Commune de Zè⁹⁴. En dépit de la gratuité des soins médicaux, les charges économiques de l'hospitalisation des patients constituent un fardeau important pour les ménages (Peeters et al., 2008). Vaincre cette maladie qui est devenue un problème de santé publique repose dès lors sur le dépistage précoce et devient une priorité de la lutte contre l'ulcère de Buruli au Bénin. Cette option a nourri la décentralisation⁹⁵ des soins avec et une demande de la participation des acteurs locaux, tels que les relais communautaires (Amoussouhoui, 2013).

Dans le contexte de la recherche sur cette pathologie, le problème du recours tardif aux structures de soins d'ulcère de Buruli a été identifié depuis 2004 par Johnson et al., (2004). Ceci a permis la mise en œuvre d'un ensemble de mesures visant à encourager le dépistage précoce (campagne de communication, dépistages forains associés aux campagnes communautaires) et à prévenir des invalidités dans les CDTUB. Malgré ce dispositif dans la lutte contre cette épidémie, des cas graves traités dans les centres de traitement, comme celui d'Allada, sont toujours dénombrés (Sène, 2013, Amoussouhoui, 2013). Ceci traduit dès lors une persistance de la prise en charge médicale de la maladie tardive, et aucune étude n'a repris cette problématique pour comprendre les facteurs explicatifs de cette persistance. De même, peu d'études ont abordé le problème sous l'angle du système médical et de la défiance qu'il nourrit de la part des certains chefs de cultes de religion.

1. Matériels et méthodes d'investigation

L'enquête de terrain s'est faite dans la Commune de Zè. La Commune de Zè est située au sud du Bénin dans le département de l'Atlantique. Cette commune a enregistré un taux moyen de 5,47 % de détection de la maladie de l'ulcère de Buruli de 2008-2012 (Dako-Kpacha, 2014). Les malades de cette commune sont pris en charge au Centre de Dépistage et de Traitement d'Ulcer de Buruli (CDTUB) d'Allada qui est l'organe opérationnelle du 2002 avec le programme en charge de la lèpre et prend désormais la dénomination du Programme National de Lutte contre la Lèpre et l'Ulcer de Buruli⁹⁶ (PNLLUB) situé à Cotonou. La figure 1 présente localisation du milieu de collecte par rapport à l'espace géographique du Bénin.

⁹⁴Celle-ci fait partie des 33 communes qui apparaissent comme combinant les formes de pauvreté au Bénin (PNUD, 2009)

⁹⁵Avec un système sanitaire pyramidale, disposant en périphérie des Complexes Communaux de Santé (CCS), des Unités Villageoises de Santé (UVS), l'action en réponse à l'épidémie de l'ulcère de Buruli s'est de plus en plus rapprochée des communautés touchées en général et des personnes atteintes en particulier.

⁹⁶C'est un programme sous tutelle de la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) qui est un organe du Ministère en charge de la santé du Bénin.

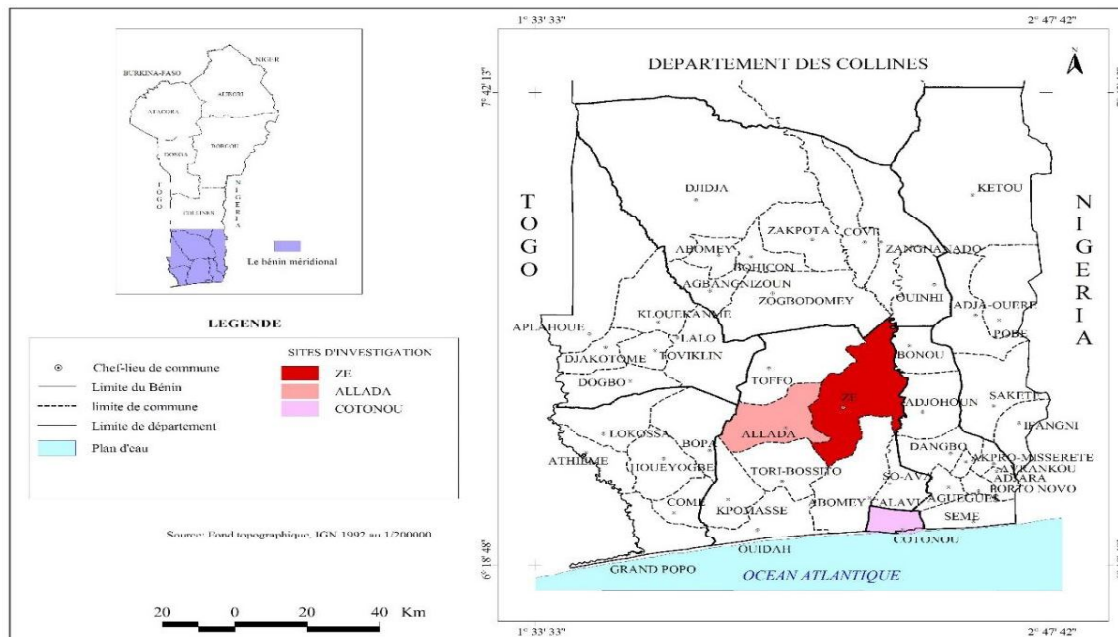


Figure 1 : Localisation des communes visitées pour la recherche

Source : Réalisée au laboratoire LABEE

Plusieurs acteurs ont été mobilisés par cette recherche. Il s'agit des acteurs communautaires impliqués dans la lutte contre la maladie, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients de l'ulcère de Buruli au niveau décentralisé, des patients en traitement (hospitalisation et consultation...) dans les Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB), des malades non pris en charge par le système de santé. La taille de l'échantillon est de 36 acteurs sociaux et a été déterminée de façon inductive en fonction du seuil de saturation. Deux techniques d'échantillonnage ont été utilisées à cet effet, à savoir le choix raisonné et la boule de neige avec une diversification des acteurs interrogés.

La collecte des informations s'est faite à partir de deux techniques de collecte. Il s'agit de l'analyse documentaire et l'entretien semi-structuré et leurs outils spécifiques. Une fois les données recueillies, elles ont été traitées, regroupées et dégagées en constats globaux sur la dynamique du dispositif mis en place contre l'ulcère de Buruli. Une fois les données empiriques transcrites, il a été procédé au tri thématique.

2. Résultats

2.1 Recours tardif aux soins de santé liés à l'ulcère de Buruli : entre ampleur et persistance

La Commune de Zè abrite quatre sites de prises en charge de proximité de l'ulcère de Buruli qui sont sous la supervision du CDTUB d'Allada. Il s'agit des Centres de Santé d'Agbata, de Hékanmè, de Djigbé, de Sedjè-Dénou et de Houègoudo. Ces sites bénéficient dans le cadre du dépistage précoce et de la lutte contre, d'un certain nombre d'acteurs, à savoir, les agents de santé des autres centres périphériques et les professionnels de santé du CDTUB et les acteurs communautaires. Au nombre des acteurs communautaires, on peut citer les relais communautaires, les enseignants et les groupes d'appui constitués de leaders des communautés villageoises et de patients guéris qui sont formés pour servir dans l'appareillage de prise en charge locale. Tous ces acteurs rendent disponibles, pour les populations, des informations sur les offres et les opportunités de soins de l'UB à travers des sensibilisations

de masse organisées, le dépistage précoce et la référence des cas d'UB ; ce qui a contribué à améliorer sensiblement la fréquentation des structures de soins UB (Amoussouhoui, 2013) Toutefois, les cas dépistés à un stade avancé de la maladie demeurent en proportion non négligeable.

Lors d'une enquête de prévalence et des activités de dépistage en 2007, il a été remarqué dans la zone endémique d'Allada qu'en dehors des cas avec cicatrices, 66 % des cas dépistés sont des cas tardifs contre 71 % en 2005 (CDTUB-Allada, 2007). Selon les données statistiques nationales du programme national en charge de l'ulcère de Buruli, 403 cas de catégories 3 ont été dépistés entre 2011 et 2013 : 66 dans l'atlantique, 64 dans le Couffo et 271 dans le Zou. Ces chiffres montrent que malgré la baisse des chiffres absolus de nouveaux cas dépistés, les statistiques de la lutte contre l'UB révèlent une certaine stabilité, voire un maintien alarmant des catégories 3 (les plus graves) : 52 % en 2014 (entre 31 à 69 % selon les CDTUB). Le graphique suivant présente l'évolution des cas dépistés selon les trois catégories.

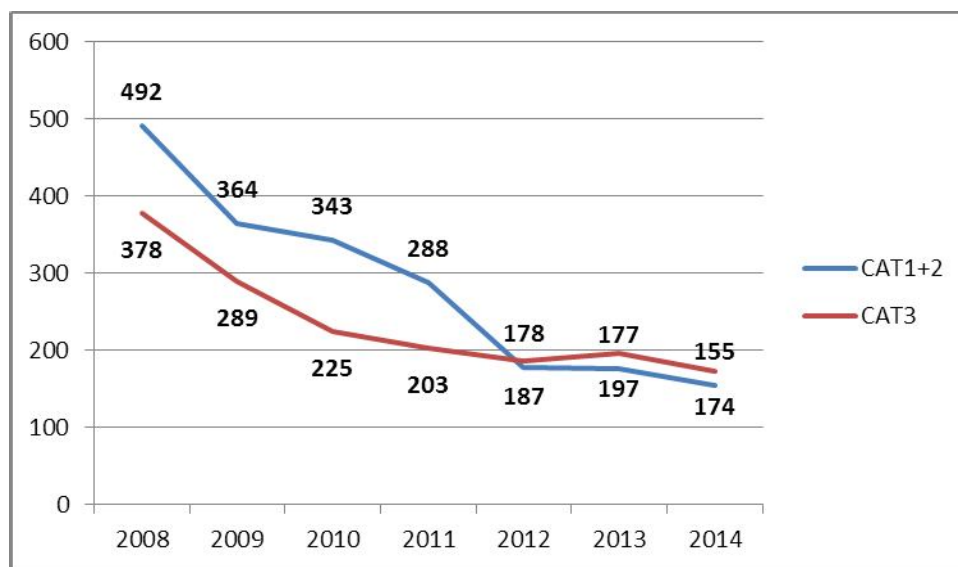


Figure 2 : Evolution des cas catégories dépistés de l'UB
Source des données : PNLLUB 2006-2014.

Le CDTUB-Allada, en particulier, a enregistré en 2013, 62 cas dont 17 présentant des séquelles d'invalidité (Ministère de la santé-Bénin, 2013). Le personnel du CDTUB assure en moyenne le traitement et le suivi de 32 patients par mois pour l'année 2014 (Fondation Follereau Luxembourg, 2014). Il en est de même au centre de Zagnanado ; ce qui retarde la guérison et prolonge l'hospitalisation dans les centres de prise en charge (Amoussouhoui, 2013).

Le problème du retard dans la prise en charge médicale est relatif à l'aspect de l'évolution de la maladie. Selon les trois catégories de patient d'ulcère de Buruli (OMS, 2012), seuls ceux de la catégorie 1 sont à considérer comme étant des cas précoces, les deux autres catégories étant considérées comme des cas de recours tardif. Toutefois, cette catégorisation est à nuancer par le fait que l'immunité de l'organisme est relative. Car, il peut arriver qu'un patient de catégorie 1 présente les signes de pré-ulcération pendant plus de quatre (04) semaines, voire des mois sans parvenir à un ulcère grave (Sanon, 2011). Alors même qu'un autre patient en l'espace de trois (03) semaines peut voir apparaître les premiers signes de la maladie et passer en phase d'ulcération rapide passant ainsi en catégorie 3. Au regard de cela, il a été convenu que le recours tardif au traitement médical est considéré après un délai de trois (03) semaines

dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Par conséquent le recours précoce s'observe lorsque le malade a recherché les soins avant les trois (03) semaines. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène de recours tardif dans le contexte de la pathologie de l'ulcère de Buruli. La plupart des recherches évoquent les représentations sociales des populations et l'existence des praticiens endogènes de soins, les raisons économiques liées à l'accès du système médical et les facteurs liés à la couverture sanitaire.

2.1. Explications du recours tardif au système de santé lié à l'ulcère de Buruli sous formes anciennes

Face au problème du recours tardif aux soins pour l'ulcère de Buruli, plusieurs recherches ont mis l'accent sur l'existence des praticiens endogènes dans la manifestation du phénomène du recours tardif (Guédénon et *al.*, 1995).

À en croire Aujoulat et *al.* (2003), le recours tardif aux soins chez les sujets atteints d'UB s'explique par le fait que les populations classent les maladies en maladies naturelles et en maladies provoquées. Lorsque la maladie est supposée être provoquée, on comprend alors que les structures de soins ne soient pas les premières à être visitées. Ces auteurs déclarent qu'en réalité deux explications possibles peuvent coexister pour une même maladie. Par conséquent, l'UB n'est pas systématiquement considéré comme médicalement curable mais peut être tantôt naturel, tantôt lié à la sorcellerie. En termes d'itinéraires thérapeutiques, cela signifie un recours prioritaire aux guérisseurs traditionnels au cas où pour le malade, la maladie serait provoquée. De même, la religion se dégage comme une caractéristique importante qui influence le choix (Johnson et *al.*, 2004). Mais pour les auteurs précités, les religions révélées (chrétiens célestes et évangéliques, etc.) optent pour le traitement chirurgical alors que les animistes et catholiques préfèrent le traitement traditionnel. Néanmoins, les observations de terrain montrent que le refus du traitement médical n'est pas l'apanage des adeptes des cultes *vodoun* et les catholiques. Par ailleurs, des facteurs liés à la couverture géographique du système médical ont été mis en cause. Mieux, la couverture de centres de santé impliqués dans la prise en charge des patients UB est très limitée. À cela s'ajoutent les déterminants économiques des populations (Amoussouhoui, 2013). Selon, les défenseurs de cette thèse, les facteurs socio-économiques sont relatifs au coût élevé des prestations et des médicaments, par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population.

Certes, aujourd'hui, même si ces facteurs sont à considérer, il faut signaler que le recours tardif aux soins se pose aussi pour les praticiens endogènes de soins (Johnson et *al.*, *op.cit.*) et mieux l'action des acteurs locaux en charge de la lutte contre l'ulcère de Buruli tend à éviter définitivement la prise en charge totale des acteurs endogènes de soins. De plus, selon le rapport thématique des entreprises sanitaires au Bénin, le taux de couverture est de 118,5 % pour les cliniques et cabinets et de 89,0 % pour les centres de santé publics (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, 2010). Du coup la distance entre la personne qui demande des soins et une n'importe quelle institution médicale est réduite. D'autant plus que la stratégie de motivations du dépistage précoce utilise plusieurs acteurs communautaires grâce au financement des partenaires techniques et financiers (Muller, 2011).

De plus, il est de moins en moins difficile de soutenir que le système de soins ne puisse pas répondre aux soins en raison de la carence de financement de l'Etat (Kagambega, 2010). Il est vrai que parfois, au niveau décentralisé, des ruptures dans la dispensation de l'acte thérapeutique peuvent se constater, en raison du manque de consommable pour le pansement, de produits servant à l'antibiothérapie souvent périmés et impactant ainsi le bon suivi de l'antibiothérapie par les patients. Selon Kagambega (2010), les raisons de ces carences liées

au fonctionnement des structures sanitaires publiques et la couverture limitée du système formel de protection sociale sont imputables au facteur du financement du secteur de santé. Cette lecture est pertinente, car les populations dans leur discours pour expliquer le recours tardif insistent sur les insuffisances structurelles et fonctionnelles de la prise en charge et du système médical.

Mais l'analyse du financement des activités en réponses du CDTUB-Allada, remet en cause le fait que les dysfonctionnements fonctionnels soient attribuables au déficit du financement du système sanitaire, notamment celui en lutte contre l'ulcère de Buruli. En effet, selon le rapport d'évaluation du CDTUB-Allada (2010), les ressources financières injectées par l'ensemble des parties prenantes (Etat Béninois, Fondation Follereau Luxembourg (FFL) et autres) dans le CDTUB/Allada sont estimées à trois milliards huit cent vingt-neuf millions neuf cent soixante-dix-sept mille (3 829 977 000) francs CFA. Sur ce montant, la FFL a fourni une contribution de 72 % ; l'Etat béninois contribue pour 26 % et le CDTUB à travers les recettes du financement communautaire pour 2 %. Avec l'apport des Partenaires Techniques et Financiers le système de santé en lutte contre supplée donc aux carences de financements du système de santé publique. D'après ce qui précède, des actions ont été entreprises pour limiter les effets des déterminants identifiés et pour encourager le dépistage précoce. Si ce phénomène persiste, de nouveaux déterminants sont à rechercher ailleurs.

2.2. Persistance du recours tardif aux soins : responsabilités du personnel de santé

Les interviews auprès des populations, reconnaissent en partie les facteurs mentionnés plus haut, mais pour la plupart des répondants aujourd'hui ce phénomène est généré par le système de santé et la culture hospitalière. Pour eux, les sites de prises en charge de l'ulcère de Buruli sont souvent le théâtre des habitudes et des comportements décourageants de la part du personnel de santé. Pour certains, ce sont la routine des sensibilisations, l'insuffisance de prestataires qualifiés pour l'offre des services, le manque d'équipements et les ruptures fréquentes des intrants médicaux qui encouragent un désintérêt pour le système médical. D'autres mettent en cause l'indifférence des professionnels de santé et l'insuffisance de l'information aux patients qui sont aussi des facteurs qui confortent les usagers à éviter le système médical. Ces derniers s'en défendent en pointant du doigt l'insuffisance des salaires. Par exemple, il arrive que les agents de santé publique aillent en grève, entraînant ainsi des ruptures dans l'offre des services pour tous les malades. C'est pourquoi, Médard (2001) a signalé que la crise du système de santé publique renvoie en premier lieu au comportement non professionnel du personnel médical, paramédical et administratif.

À cela, s'ajoute le fait que, pour des raisons de services républicains, la plupart des professionnels de santé sont issus d'un milieu socioculturel différent de celui des malades *Ayízo*. Cela pose souvent un problème de méconnaissance de l'« autre » dans la relation soignant-soigné, d'incompréhension et de manque de confiance (Uysal, 2010) Ceci d'ailleurs peut très vite mener à des malentendus qui provoqueront, entre autres, l'interruption de la « lune de miel » (Egrot et *al.*, 2002) entre la communauté et le système médical. C'est dans ce cas qu'on observe des ruptures de soins de certains patients qui vont nourrir le recours tardif au système médical de leurs pairs. Selon les discours des populations rencontrées, des patients développent des recours aux thérapies des secteurs « traditionnels et populaires » lorsqu'ils sont insatisfaits du système médical avec sa prise en charge bureaucratique. En effet, ce point de vue se justifie aussi, lorsqu'on sait que dans les CDTUB, les patients pensent être dans des conditions de la prise en charge comme très difficiles avec un espace restreint réservé au patient et à son garde malade. La rigueur et le contrôle exercés par les responsables du centre sont de nature à infantiliser les patients. Ces conditions sont très distinctes de l'attention et de

l'écoute permanente du guérisseur traditionnel. Or, le CDTUB d'Allada est dépourvu d'un service d'assistance sociale tout comme les centres de santé décentralisés, pourtant très indispensables pour la prise en charge d'une maladie chronique comme l'UB. C'est pourquoi des patients dépassés par la souffrance psychosociale prennent l'option de la rupture du traitement médical (Amoussouhoui, 2013). Enfin, l'isolement qu'impose le traitement médical constitue l'une des raisons du refus du traitement médical, comme l'a remarqué Peeters (2008) au Cameroun. En dehors des facteurs liés à la culture hospitalière, aux carences du système de santé, la thérapie biomédicale nourrit le recours tardif en générant d'une part la peur chez les populations et d'autre part la défiance des partisans de la thérapie par la prière.

2.3. Peur de l'amputation chez les personnes atteintes

La peur de l'amputation représente un facteur très important en milieu ayızo qui oriente le recours aux soins en matière de l'UB. Plus de la moitié des patients interrogés ont affirmé avoir hésité ou refusé le recours médical au début de la maladie parce qu'ils estiment que le centre de santé du village risquerait de les envoyer à Allada pour être amputés. En effet les craintes, les angoisses, les appréhensions, les « on-dit » et le refus d'être amputés, se manifestent dès que le diagnostic est posé. Par exemple, lorsque l'ulcère apparaît, l'on entend :

« À Allada, on va te couper le pied, comme on a fait à X. », « l'hôpital ne guéri pas ! C'est Dieu qui guéri ! », « le traitement à l'hôpital seul n'est pas satisfaisant » « le Centre d'Allada ne peut pas guérir cette maladie », « A Allada, on va te traiter comme un enfant ».

Ici, les activités chirurgicales inspirent chez certaines populations de la crainte, de l'angoisse et des appréhensions sociales. Ces sentiments sont présents dans les discours des populations sur le sens de la médecine. Si l'on admet que ce sens n'est pas seulement individuel mais il est, pour une grande part partagée, par un groupe d'individus qui possèdent un certain nombre de convictions et de valeurs idéologiques communes (Massé, 1995). Il est alors à considérer que ce sens est relativement partagé au sein de la communauté ou les réseaux sociaux des patients. Ces sens qu'ont les populations sur la rationalité médicale orientent les parcours thérapeutiques des personnes atteintes de l'ulcère de Buruli. C'est le cas d'un patient, qui dit :

« Moi, j'ai préféré aller chez le tradithérapeute de mon village parce que l'on m'a informé que si on va à Allada, la solution finale c'est qu'on va me couper un pied. De plus j'en connais à qui cela a été fait. Donc voilà pourquoi moi j'ai préféré aller ailleurs que chez les médecins ». H.S. Malade non pris en charge par le système médical Zèé, 7 septembre 2014

C'est dire que les représentations sociales qui entourent la maladie de l'UB touchent aussi l'intervention biomédicale et chirurgicale, dans ses indications, ses risques d'indication et ses suites (réelles ou potentielles) sur la qualité de vie du patient. Le passage du « corps-objet-sacré » au « corps-objet-technique » n'est pas sans conséquences sur l'attractivité du système biomédicale. C'est vraisemblablement ce qui illustre les difficultés auxquelles se confrontent certains secteurs de pointe de la médecine, tel celui des transplantations d'organes et de la chirurgie. La performance technique, qui est exemplaire dans ce domaine, se trouve freinée par les résistances culturelles de patients et de familles qui se réfèrent à une définition sacrée du corps.

Pour les professionnels de santé du centre d'Allada, cette peur de l'amputation n'est pas justifiée et relève des rumeurs (Ministère de la santé, 2008). Pourtant lorsqu'on replace ces

discours dans un contexte global, elle semble justifiée. En effet, les premiers cas et certains nouveaux cas ont été pris en charge au CDTUB-Zagnanado. Or, le CDTUB de Zagnanado n'a pas encore décentralisé le traitement en raison du protocole actuellement utilisé ; ce qui fait que les actes chirurgicaux sont utilisés rapidement et laissent peu de place aux antibiotiques seuls (Ministère de la santé, 2008). Ces discours populaires partent des représentations des activités chirurgicales au sein des groupes sociaux qui en ont fait l'expérience. Les populations croient que les opérations chirurgicales sont des actes d'agression de l'organisme (Bodoua, 2013). Les expériences faites au centre de traitement nourrissent toujours les représentations populaires. Un patient adolescent, pris en charge au CDTUB-Allada après une situation de recours tardifs, a témoigné à cet effet :

« Le directeur m'a conseillé par la suite d'aller voir un relais (...). Elle a son tour m'a envoyé vers la sage-femme du centre de santé du village. La sage-femme après avoir vu la plaie m'a demandé d'apprêter un sac pour aller à Allada le lendemain matin. Le lendemain matin j'ai eu peur, à cause de la séquelle qu'a laissée la plaie sur le bras d'une grande sœur du village, de là je suis parti me cacher dans la brousse. », H. M.- Zèè - Dénou / village, Agbohounsou, 17 septembre 2014

C'est là un cas de prise en charge tardive qui est apparu après le dépistage précoce. Pour ce patient, qui est adolescent, la peur de l'amputation a rallongé le délai de prise en charge biomédicale. Cela se comprend lorsque le rapport d'évaluation de 2009, montre que malgré la décentralisation du traitement, seuls 32 % des patients guérissent sans avoir besoin de la chirurgie (Ministère de la santé, 2008). En dehors de la peur liée au traitement chirurgical, les fautes professionnelles des soignants et les expériences malheureuses sont aussi mentionnées comme étant des facteurs répulsifs et aggravants le recours aux soins. Un chef de ménage a affirmé qu'il avait déjà perdu un fils dans la maladie et ce, à la suite d'une injection qui a mal tourné et qu'il n'était pas question pour lui d'envoyer à un second enfant à qui on ira couper la jambe. Ce refus, peut revêtir un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins (Desprésa, Dourgnon et Fantin et Jusot, 2011). Le caractère définitif peut aussi venir de la défiance des acteurs de religions à l'égard des soins de la médecine moderne.

2.4. Défiance des partisans de la thérapie par la prière

Johnson et al. (2004) ont évoqué le facteur religieux comme facteur concourant aux recours tardif aux soins de santé de l'ulcère de Buruli. Pour eux, les églises évangéliques semblent encourager le traitement médical, tandis que celles catholique et endogène permettent à leurs fidèles d'aller vers les soins traditionnels de l'ulcère de Buruli.

Cependant, même si la tendance de l'interférence du facteur religieux dans la prise en charge thérapeutique des cas d'UB est toujours d'actualité, les résultats dans le cadre de cette thèse montrent une mutation en termes de permutation dans l'influence des religions en présence sur le recours et le renoncement aux soins de santé publique. Ce sont certains chefs de cultes des religions d'obédience évangélique et céleste qui découragent leurs fidèles ou sympathisants à faire recours au système de santé. Dans la plupart des cas de renoncement et des patients rencontrés qui ont fait le recours tardif ces dernières années, la majorité ont signalé l'influence des religions évangélique et céleste. C'est le cas d'un Pasteur d'une église évangélique d'un village de Zèè qui a encouragé un cas de refus et de recours tardif. En effet, sous l'action du relais communautaire, un cas d'ulcère de Buruli a été repéré chez un pasteur. C'est une femme malade, le pasteur l'ayant recueilli pour des prières de guérison a montré son opposition à référer le cas en sa possession au système de santé. Il affirme :

« *Je n'ai pas jugé utile d'envoyer les cas en ma possession à l'hôpital parce que j'estime qu'ils sont bien là où ils sont. J'ai déjà guéri une multitude de cas UB et après analyse au laboratoire, ils ont été confirmés guéris. Donc je ne vois pas pourquoi je devrais laisser partir les patients qui sont miens ; dès que j'aurais fini d'assurer leur traitement, je les enverrai au centre de traitement pour l'analyse au laboratoire et vous verrez* ». P.A., pasteur d'église, entretien exploratoire, Zèè, 3 octobre 2014

Dans cette orientation de la pensée chrétienne, le système de santé n'est plus le fondement de la guérison du malade, celle-ci relevant d'un acte de croyance, malgré toutes les preuves de la matérialité et de la fragilité de l'être humain dès l'entrée en maladie. Cette orientation encourage le recours tardif aux soins et parfois au renoncement aux soins des personnes malades, malgré la gratuité dans le système de santé qui est rendu possible grâce à l'action des leaders des mouvements religieux. C'est dire qu'aujourd'hui, le recours tardif et le renoncement aux soins de santé sont plus entretenus par les acteurs qui autrefois encourageaient plus le recours précoce au système de santé publique. Ce résultat est donc contraire à ceux de Johnson et *al*, (2004).

Une telle situation est comparable à une défiance au système de santé par les acteurs qui adhéraient plutôt à cette cause. Dans leur conception de cette pathologie, ils estiment que l'UB n'est pas uniquement de provenance biomédicale mais plutôt des esprits mauvais. Dans ce contexte, la guérison peut être obtenue que grâce à des supplications adressées à Dieu ou à ses saints. Ainsi donc, cette pratique se développe ces dernières décennies grâce à une effervescence spirituelle qui donne lieu à une floraison de nouvelles églises dont le succès est lié à l'intégration qu'elles font de la pratique traditionnelle de la guérison (Agbessi, 2013) et du fait que « *Dieu dépasse toute maladie mystérieuse* ». En fait, ces acteurs religieux s'opposent aux recours au système de santé tout comme à celui traditionnel avec des prières de guérison. Ces prières sont destinées à lutter contre les esprits qui maintiennent l'état de la maladie, soulagent le malade et allègent sa souffrance (Eyombi, 2005). Pour les défenseurs de cette pratique, l'offre traditionnelle de soins est assimilable à l'entreprise des forces du mal. Par contre, la critique pour le système de santé publique, se résume au fait que c'est Dieu qui guérit et le médecin prend les honoraires d'une part et d'autre part que la médecine est comme un condensé des erreurs successives et contradictoires des agents de santé. C'est quand toutes les autres thérapies ont échoué que les résultats de la prière peuvent être sûrement constatés (Carrel, 2011). Un informateur pasteur a insisté sur certaines écritures de la sainte Bible :

« *Quand Jésus dit un mot le handicap s'enfuit (Jean 5 :8). Quand Jésus dit un mot, la maladie s'en va (Marc 1 :41). Quand Jésus dit un seul mot, même un seul mot la solution est apportée (Mathieu 8 :8) Quand Jésus dit un mot, la tempête s'apaise (Marc 4 : 39).* », H.C., Pasteur d'église, Zèè, 13 octobre 2014.

Ce sont les propos utilisés parfois pour montrer aux patients le pouvoir de guérison de Dieu. Ainsi, par la prière, « *en quelques secondes, au plus quelques heures, les symptômes disparaissent et les lésions anatomiques se réparent* » (Carrel, 2011 : 7). À cela s'ajoutent des histoires des cas de rupture, des insuffisances structurelles et des dysfonctionnements de la prise en charge de la médecine moderne. Par ailleurs, Kpatchavi (2012) a montré que des difficultés socioculturelles et économiques relatives au recours aux soins biomédicaux incitent certaines personnes à se lancer dans cette aventure, pour la recherche des soins par la prière et par la purification. Les défenseurs de cette pratique thérapeutique brandissent, les exploits de guérison miraculeuse et les assimilent à un don du Dieu « *miséricordieux* » et en se fondant sur des faits issus de la « *sainte Bible* » qui souvent inexplicables et loin de l'entendement humain. Si pour Dericquebourg (2004), il ne peut être complètement refusé l'hypothèse de la

guérison par la prière, toutefois, les guérisons inexplicables ne surviennent pas seulement dans un contexte religieux ou spirituel (Nexus, 1990). En plus, si c'était le cas, cela n'autorise pas à les appeler des « guérisseurs », mais plutôt des intercesseurs du « Dieu qui guérit » (Krummenacher, 2007).

Ainsi, ces acteurs proposent un salut de l'être après la mort (salut ontologique) ou l'avènement d'un monde parfait (salut collectif). L'idée de la faute liée à sa maladie est alors intériorisée par le sujet malade, et il est inutile d'expier cette faute sur l'autel d'un centre de santé, mais dans les mains des hommes de Dieu. Une telle conception rejoint la conception sur le modèle punitif de Herzlich et Pierret (1984). Leur acte thérapeutique s'accompagne de phénomènes de vision et des messages de saints et de saintes et parfois avec les médicaments de la médecine alternative, publique et des recettes de guérisseurs traditionnels. Il s'agit là d'un syncrétisme thérapeutique qui montre la dépendance de cette pratique aux autres offres.

Conclusion

En reprenant une vieille problématique, qu'est le recours tardif aux soins médicaux, cet article a permis de mettre en relief les déterminants de la persistance du recours tardifs aux soins médicaux. Celui-ci, bien qu'il enregistre des avancées dans la lutte contre l'ulcère de Buruli, nourrit les représentations sociales concourant à la persistance du recours tardif aux soins médicaux.

Les résultats montrent que le système décentralisé de santé est producteur du recours tardif, à travers son fonctionnement, la qualité de ces services, les pratiques et les comportements des agents de santé et l'approche thérapeutique qui nourrit la peur des populations et la défiance des partisans de la thérapie par la prière. Ces constats invitent à une réorganisation et amélioration de la qualité des services sur les sites de prises en charge de l'ulcère de Buruli.

Références bibliographiques

Agbessi (Père) C. (2013). « Aspects anthropologiques et culturels du continent africain », in : Actes du *Colloque international de Cotonou, Bioéthique et Réalités Africaines*, 10 à 14 juin à Cotonou, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, pp 75-78.

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'études approfondies en sociologie et anthropologie à l'Université d'Abomey-calavi, 135 p.

Aujoulat I., Johnson C., Zinsou C., Guédénon A. et Portaels F. (2003). *Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer in southern Benin*. *Trop Med Int Health*; 8: 750–59.

Carrel, A. (2011). *Un médecin parle de la prière* (1944) Édition numérique réalisée le 24 décembre 2011 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec. Url : <http://classiques.uqac.ca/>, 24 p.

Dako-Kpacha S.M. (2014). *Distribution géographique de l'ulcère de Buruli dans les communes fortement endémiques de Bonou, Ouinhi, Lalo et Zè au Sud-Bénin de 2008 à 2012 et facteurs de risques*. Thèse présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2014 pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université d'Abomey-Calavi, 294 p.

Dericquebourg, R. (2004). *Comment les thérapies religieuses sont-elles plausibles ?* Politica Hermetica, n° 18 (Esotérisme et religion) pp. 11-25.

Desprésa, C., Dourgnon, P., Fantin R. et Jusot, F. (2011). « Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique. », *Questions d'économie de la santé*, n° 17, 8 p. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

Eyombi, B. (2005). *Vers une approche identitaire des communautés de prières congolaises (de l'ex-zaire) : l'exemple des communautés implantées en Belgique*. Bulletin N°37, 18 p.

Guédénon, A., Zinsou, C., Jossé, R., Andele, K., Pritze, S., Portaels, F., Meyers, W. M. (1995). « Traditional treatment of Buruli ulcer in Benin », *Arch Dermatol* 131, 741-742.

Herzlich, C. et Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot, 286 p.

Hoerni B. (2008). *La relation médecin-malade. L'évolution des échanges patient-soignant*. Paris, Editions Imothep, 288 p.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, République du Bénin. (2010). *Les entreprises sanitaires au Bénin*. Rapport thématique. Cotonou, Ministère de la Prospective, du Développement, de l'Evaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale, 61 p.

Johnson R.C., Makoutode M., Hougnihin R. et al., (2004). « Le traitement traditionnel de l'Ulcère de Buruli ». *Med Trop*; 64 : 145-150

Kagambega, M. (2010). *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de Doctorat, Université Victor Segalen Bordeaux II, 329 p.

Kpatchavi, C.A. (2012). « Thérapie par la prière et quête de la maternité au Sud du Bénin : une enquête anthropologique auprès d'une prêtresse et ses patientes dans la Commune de Comé », *Revue Dezan*, Numéro 007, pp. 23-42.

Krummenacher, L. (2007) *Le Seigneur m'a guéri : Analyse de récits de guérisons divines en milieu évangélique charismatique. Le cas de la Chambre de guérison de Genève (AIMG)*. Mémoire de licence en ethnologie à l'Institut d'ethnologie de la Faculté des lettres et sciences humaines/ Université de Neuchâtel, 96 p.

Médard, J-F. (2001). « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », in *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 10 avril 2006, Consulté le 07 avril 2014. URL : <http://apad.revues.org/35>.

Ministère de la Santé- Bénin (2008). *Évaluation du Plan 2004-2008 du PNLUB Benin*. Direction Nationale de la Protection Sanitaire- Programme Nationale de Lutte Contre la Lèpre et l'Ulcère De Buruli. Cotonou : 61p.

Muller, L. (2011). *Identification et prise en charge de l'ulcère de Buruli: comparaison de deux stratégies au Cameroun*. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2011, no. Méd. 10656.

Peeters Grietens, K., Um Boock, A., Peeters, H., Hausmann-Muela, S., Toomer, E. et Muela Ribera, J. (2008). « Social Isolation as a consequence of the Household Cost Burden of Buruli

Ulcer Free of Charge Hospital Treatment ». *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2(10), e321. <http://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000321>.

Sanon H. (2011). *Facteurs associés à la qualité du diagnostic de l'ulcère de Buruli par les relais communautaires dans la zone sanitaire d'Allada-Toffo, Zè (Benin)*. Mémoire de Master en épidémiologie. Université d'Abomey Calavi/ IRSP, 122 p.

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, 371p.

Uysal A. (2010). *Les différences culturelles et leur impact sur la relation soignant-soigné*. Travail de Diplôme en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers à la Haute école de la santé, Fribourg Filière soins infirmiers, 58 p.

Vonarx N. et Farman P. (2010). « Soignés, soignants et représentations au pluriel : de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins », in : Vonarx N., Bujold L., Hamelin-Brabant L. (dir.) *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants*. Les Presses de l'Université Laval, Québec, pp. 179-194.