
DÉTERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS DES MALADES DE L'ULCÈRE DE BURULI À TAABO, SUD CÔTE D'IVOIRE EN 2006. DETERMINANTS OF CARE SEEKING IN BURULI ULCER.

OUATTARA ND¹, OUATTARA AY¹, GBONON VC¹, GUESSENND KN¹,
BOBY B¹, GUINAN JC¹, AKÉ AJ², YAO A²

1- Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
2.MAP International Côte d'Ivoire

Correspondant : Ouattara N. Djeneba
E-mail : ouattaragnoh@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction. L'ulcère de Buruli est une maladie invalidante entraînant une atteinte de l'intégrité physique. En effet, le handicap physique que peut provoquer cette maladie fait de l'individu atteint un fardeau pour la famille, la communauté et la société. Dans les pays en développement, les croyances et les pratiques socioculturelles influent fortement sur la demande de soins médicaux par les sujets atteints de pathologies diverses. Une enquête a été menée sur le sujet de la zone de Taabo (Côte d'Ivoire) qui est une zone d'endémie de la pathologie. L'objectif de cette étude était d'étudier les déterminants du recours aux soins dans l'ulcère de Buruli.

Population et méthodes. Une étude descriptive rétrospective à visée analytique a été menée. Des informations sur le ménage, les informations sur la personne en charge du malade, sur l'accompagnant et la connaissance de la maladie ont été recueillies dans 148 ménages répertoriés au cours de l'année 2006 dans la zone de Taabo.

Résultats. L'enquête a montré que les ménages ont eu recours au centre de santé dans 57.4% des cas mais 42.6% ont eu au moins deux recours entre le centre de santé, la médecine traditionnelle et l'automédication.

Conclusion. Les caractéristiques de la population ne prédisposaient pas à une bonne utilisation des services de santé. Cependant une intervention de sensibilisation et de formation sur la communauté ont eu pour conséquence la rareté des formes invalidantes.

Mots-clés : Ulcère de Buruli, Recours aux soins, Interventions communautaires, Médecine traditionnelle.

ABSTRACT

Introduction. Buruli ulcer is a debilitating disease resulting in an impairment of physical integrity. Indeed, physical disability that can cause this disease makes the individual reaches a burden to family, community and society. In developing countries, the socio-cultural beliefs and practices strongly influence the demand for health care by patients with different pathologies. A survey was conducted on the subject area Taabo (Côte d'Ivoire) is an endemic area of the disease. The objective of this study was to investigate the determinants of care seeking in Buruli ulcer.

Population and methods. A retrospective descriptive study referred to was conducted analytical. Information about the household, information on the person in charge of the patient, and the accompanying knowledge of the disease were collected in 148 households listed in 2006 in Taabo.

Results. The survey showed that households have used the health center in 57.4% of cases but 42.6% had at least two actions between the health center, traditional medicine and self-medication.

Conclusion. Characteristics of the population do not predispose a good use of health services. However, intervention on education and training community has resulted in the scarcity of disabling forms.

Keywords: Buruli ulcer, Health care, Community interventions, Traditional medicine

INTRODUCTION

L'ulcère de Buruli (BU) est une maladie bactérienne nécrosante de la peau causée par *Mycobacterium ulcerans*. L'UB a été rapporté dans 33 pays répartis surtout dans les régions tropicales à climat chaud et humide. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 4888 nouveaux cas d'ulcère de Buruli ont été signalés en 2010, principalement chez les enfants de moins de 15 ans¹. C'est une maladie négligée, rarement mortelle mais dont le fardeau en termes de morbidité est considérable.

Le traitement traditionnel est souvent leur premier recours. En dehors du coût élevé du traitement chirurgical, la peur de l'intervention et les inquiétudes à propos des cicatrices et d'éventuelles amputations peuvent influencer sur le comportement des malades. A cause des préjudices esthétiques, l'exclusion sociale est un problème qui empêche souvent les sujets atteints de chercher à se faire soigner. En conséquence, la plupart des patients consultent trop tard et les coûts directs et indirects sont alors considérables. La maladie a un impact énorme sur les quelques établissements de santé se trouvant dans les zones d'endémie. L'hospitalisation fait souvent plus de trois mois en moyenne. Elle entraîne une perte de productivité considérable lorsqu'il s'agit d'adultes et des proches qui s'occupent d'eux et réduit le potentiel scolaire des enfants. Les soins sur le long terme des handicapés, dont la plupart sont des enfants de moins de 15 ans, font peser une lourde charge financière sur les familles concernées.

Dans les pays en développement, les croyances et les pratiques socioculturelles influent fortement sur la demande de soins médicaux par les sujets atteints de pathologies diverses.

Pour mieux organiser la lutte contre cette maladie, le gouvernement ivoirien en accord avec l'OMS² a défini des mesures à travers la création du Programme National de lutte contre les Ulcères à Mycobactéries (PNUM) en 1995. Depuis 2005, le PNUM est devenu le Programme National de Lutte contre l'Ulcer de Buruli (PNLUB) par Arrêté N° 268/CAB/MEMSP du 04 Août 2005.

MAP International est une organisation non gouvernementale qui œuvre aux côtés du programme National de Lutte contre l'Ulcer de Buruli en visant la décentralisation de la lutte par le renforcement de capacités des districts d'endémie.

En Côte d'Ivoire une équipe de recherche transdisciplinaire appelé GRETMUCI a été créée afin de contribuer à une meilleure connaissance de l'épidémiologie de l'ulcère de Buruli par l'étude

écosystémique des modes de transmission de *Mycobacterium ulcerans* et à la mise en place de mesures de prévention.

Le présent travail examine les déterminants du recours aux soins chez les malades de l'ulcère de Buruli afin d'orienter les actions à entreprendre pour en améliorer la prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

Site d'étude et population étudiée

L'étude s'est déroulée dans la commune de Taabo, localité du sud de la Côte d'Ivoire située dans le département de Tiassalé à environ 185 kilomètres d'Abidjan. Cette localité est drainée par de petites rivières qui confluent dans le Bandama, un des quatre grands fleuves ivoiriens. La présence du barrage hydroélectrique de Taabo a été à l'origine d'une modification environnementale aux retombées socio-économiques certaines dans la région. Taabo par le lac est producteur de poissons et en amont du barrage, les aménagements effectués se prêtent aux cultures vivrières. La commune est divisée en quatre aires sanitaires dont Ahondo, Leleble, Sokrogbo et Taabo.

L'échantillonnage a porté sur 120 ménages abritant un cas d'ulcère de Buruli confirmé en 2006 et dont la prise en charge a fait l'objet d'une consultation dans un des centres de santé de l'aire sanitaire de Taabo. Le sujet malade, le chef de ménage ou la personne à charge du malade ont été interviewés après l'obtention de leur consentement. Le ménage a été considéré comme un groupe de personnes, apparentées ou non, vivant dans le même logement ou dans la même concession, prenant leur repas ensemble ou par petits groupes, mettant une partie ou la totalité de leurs revenus en commun pour la bonne marche du groupe, et dépendant du point de vue des dépenses d'une même autorité appelée « chef de ménage ».

Collecte de données

Le questionnaire a été administré aux enquêtés à l'aide d'une fiche d'enquête par les agents de santé communautaire (ASC) sous la supervision des infirmiers à charge des malades d'ulcère de Buruli. Les ASC ont fait l'objet d'une formation initiale pour la standardisation de l'administration du questionnaire. Les informations collectées portaient sur la structure du ménage, les données épidémiologiques cliniques du malade et les connaissances et attitudes face à la maladie.

Analyse de données

L'analyse des données a été faite à l'aide des logiciels SPSS 12 et STATA 9.

Les différents types de recours aux soins pris comme variables d'intérêts ont été croisés avec les variables indépendantes à l'aide du test exact de Fisher et le test V de Cramer pour la force des associations décelées. Le seuil d'erreur alpha de première espèce consenti a été fixé à 0,05.

RESULTATS

Tableau I: Répartition des malades en fonction du lieu des premiers soins

Lieu	n	%
Centre de santé	122	82,4
Tradi-praticien	21	14,2
Automédication	5	3,4
Total	148	100

Tableau II: Répartition des malades en fonction du nombre de recours

n recours	Type de recours	Total	%
1	Centre de Santé (CS)	85	57,4
2	CS + Médecine Traditionnelle (MT) (18) CS + Automédication (5)	23	15,5
3	CS + MT + Automédication	40	27,1
TOTAL	148	100	100

Les ménages ont la plupart du temps recours au centre de santé mais on constate que 42,6% ont eu au moins deux recours.

Tableau III: Répartition du premier recours en fonction de l'âge du malade

Premier recours	Age des malades par groupe					Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40 ans et plus	
Automédication	0 (0%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (20%)	5 (100%)
Centre De Sante	56 (45,9%)	38 (31,1%)	12 (9,8%)	11 (13,2%)	5 (4,1%)	122 (100%)
Tradi-praticien	4 (19%)	8 (38,1%)	4 (19%)	4 (19%)	3 (4,8%)	21 (100%)
Total	60 (40,5%)	49 (33,1%)	16 (10,8%)	16 (10,8%)	7 (4,7%)	148 (100%)

Fisher's exact : 0,313 Fisher's exact > 0,05

Variables indépendantes

V de Cramer [0,2-0,4] Faible corrélation

Malgré la faible corrélation qui existe entre l'âge et le premier recours nous pouvons dire que les enfants dont l'âge est compris entre 0 et 9 ans ont en majorité eu le centre de santé comme premier recours.

Tableau IV : Répartition du premier recours en fonction des croyances des chefs de ménage

Croyances	Premiers recours			
	Automédication	Centre de sante	Tradi-praticien	Total
Consommer et utiliser les eaux souillées	2 (40%)	10 (8,2%)	1 (4,8%)	13 (8,8%)
Culture dans les marres et bas fonds	0 (0%)	22 (18%)	2 (9,5%)	24 (16,2%)
Epidémie	0 (0%)	24 (19,7%)	6 (28,6%)	30 (20,3%)
Maladie mystique	0 (0%)	17 (13,9%)	2 (9,5%)	19 (12,8%)
Non respect des interdits	0 (0%)	8 (6,6%)	4 (19%)	12 (8,1%)
Présence d'étrangers	0 (0%)	7 (5,7%)	2 (9,5%)	9 (6,1%)
Proximité du fleuve et des marécages	1 (20%)	11 (9%)	1 (4,8%)	13 (8,8%)
Saleté de la ville	2 (40%)	23 (18,9%)	3 (14,3%)	28 (18,9%)
Total	5 (100%)	122 (100%)	21 (100%)	148 (100%)

Fisher's exact : 0,313

Fisher's exact > 0,05

Variables indépendantes V de Cramer : 0,2

Il n'y a pas de relation entre les croyances de la maladie et les croyances. Tous les chefs de ménage et les malades reconnaissent la gravité de la maladie (100%). Ce qui fait qu'ils ont recours au centre de santé dans la grande majorité. La distance de l'agent de santé n'influence pas le recours aux soins.

DISCUSSION

Il existe plusieurs groupes socioculturels à Taabo. Les croyances des chefs de ménage sont variées, mais la plupart des croyances mises en cause dans l'apparition de l'ulcère de Buruli, concernent les facteurs environnementaux, l'hygiène, le non respect des interdits et les causes mystiques. Nos résultats sont en accord avec ceux de Kouadio³ L'ulcère de Buruli est bien connu par cette population avec des perceptions négatives et superstitieuses dominantes qui présentent la maladie comme un mal mystique et surnaturel. Malgré ces perceptions, la majorité des ménages croient en la guérison du malade et ont un recours à un traitement.

Dans le district sanitaire de Taabo, les agents de santé sont accessibles à la population. En effet, 83.8% des ménages sont à moins de 5 km d'un centre de santé. Le dépistage précoce à base communautaire est largement pratiqué dans la zone de Taabo. Selon Acton⁴, plus la distance est grande moins les services de santé concernés sont utilisés. Il y a une baisse considérable des formes ulcéreuses de la maladie à cause du dépistage précoce volontaire ou assisté. Le diagnostic est actuellement précoce dans la majorité des cas. Kacou et al.⁵, ont montré que le recours aux soins de santé moderne dépend pour une grande part de la gravité de la maladie.

L'ulcère de Buruli avec les vastes ulcérations qu'elles causent, est perçue d'emblée comme une maladie grave par tous les chefs de ménages interrogés. Comme l'indique également les travaux de Kouadio³, la majorité des chefs de ménages considèrent la maladie comme non contagieuse, même si bon nombre d'entre eux pensent à une épidémie de la maladie⁶.

Ces données confirmées par Kouadio³ et Kanga⁷ montrent l'inversion des tendances nationales qui indiquent 70% de cas de formes ulcéreuses de la maladie contre 30% de formes non ulcéreuses à l'entrée des malades.

Notre étude sur les déterminants du recours aux soins dans le cadre de l'ulcère de Buruli nous a néanmoins révélé comme dans les précédentes études³, que Bien que le Centre de Santé soit le recours le plus utilisé par les malades de l'ulcère de Buruli dans la zone de Taabo, la médecine traditionnelle constitue également un recours qu'il faut prendre en considération. Dans toutes les études socio-économiques⁸, les facteurs démographiques, socioculturels, économiques, l'accessibilité géographique et les perceptions de la maladie jouent un grand rôle dans la décision du recours aux soins. Les travaux menés en Côte d'Ivoire sur ce sujet montrent qu'en milieu rural, le recours aux services de santé modernes était très faible⁶. Dans l'ulcère de Buruli, cette logique de faible recours aux soins de santé moderne en zone rurale n'est pas respectée. En effet, aucun des déterminants du recours aux soins n'est corrélé au premier recours dans notre étude. Ces tendances montrent l'importance du travail de sensibilisation et de dépistage précoce réalisé sur place par le projet MAP international. En utilisant des données sur la Côte d'Ivoire, Gertler P. et al⁹ ont analysé les déterminants de la demande de soins et le choix des praticiens en milieu rural ivoirien. Selon eux, en dehors de l'état de santé de l'individu, les facteurs économiques sont les

facteurs les plus importants dans l'utilisation des soins de santé. Ces facteurs comprennent les coûts des soins (ou prix des prestations de santé) et le revenu du ménage.

La sensibilisation sur la gravité de la maladie et ses conséquences, le faible coût des soins voire la gratuité, et l'accessibilité aux agents de santé ont pesé favorablement dans le recours aux soins, de sorte à réduire l'effet des autres facteurs.

La consultation spontanée des professionnels de la santé est devenue un réflexe visible au sein de la population, dès l'apparition de signes suspects.

L'analyse approfondie des différentes variables pouvant influencer le recours aux soins n'a pas montré de liens directs entre les différents facteurs

Recommandations

Au vu de nos travaux sur les déterminants du recours aux soins des malades atteints de l'ulcère de Buruli dans le District de Taabo, nous pouvons faire les recommandations suivantes :

1. La prise en charge des frais médicaux de tous les malades de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire est une nécessité.
2. Une étude plus approfondie sur les facteurs de risques doit être menée afin de les caractériser afin de réduire l'incidence de la maladie.
3. Les efforts de mobilisation communautaire doivent être maintenus et étendus dans toutes les zones d'endémie pour un dépistage précoce et une prise en charge totale de tous les cas.
4. Au regard des données collectées, l'extension du projet de lutte contre l'ulcère de Buruli à d'autres zones touchées par la maladie devrait être une priorité pour le gouvernement et pour le programme de lutte contre l'ulcère de Buruli.

CONCLUSION

la plupart des croyances mises en cause dans l'apparition de l'ulcère de Buruli, concernent les facteurs environnementaux, l'hygiène, le non respect des interdits et les causes mystiques. La consultation spontanée des professionnels de la santé est devenue un réflexe visible au sein de la population, dès l'apparition de signes suspects. L'analyse approfondie des différentes

variables pouvant influencer le recours aux soins n'a pas montré de liens directs entre les différents facteurs.

REFERENCES

1. World Health Organisation, Buruli ulcer: Number of new cases of Buruli ulcer reported, 2010. http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/buruli/buruli.html (Consulté le 21 novembre 2012)
2. Buntine J, Croft K, Ulcère de Buruli: Prise en charge de l'infection à Mycobacterium Ulcerans, Genève, OMS, 72 p, 2001
3. Kouadio P., Nanga A. Ulcère de Buruli : Quelles stratégies de communication ? (Mémoire de DESS Marketing)
4. Acton J-P. Non-monetary factors in demand for medical services : some empirical evidence. *Journal of Political Economic*, Vol. 83 n°3, 1975
5. Kanga J.M, Kacou D E, «Aspects épidémiologiques de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête nationale.» *Revue Santé publique* n° 2193, 6p, 2000.
6. Institut National de la statistique. Séminaire de présentation des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1998 (RGPH-98), Abidjan, Octobre 2001
7. Kanga J.M, Kacou D E, «Aspects épidémiologiques de l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête nationale.» *Revue Santé publique* n° 2193, 6 p, 2000.
8. Banque Mondiale. Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde. 1993
9. Gertler P., Locay L., Sanderson et al. Health care financing and the demand for medical care. LMS, Working Paper, World Bank. Washington D.C, 1988