

Endémicité des plaies et facteurs socioculturels de prise en charge dans le district sanitaire de Tiassalé, Côte d'Ivoire.

Auteurs : Coulibaly ID^{1,2}, Koné BV^{2,3*}, Djané KA¹, Koffi DY^{2,3}, N`krumah RSAT^{1,2}, Bonfoh B²

1. Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire
2. Centre Suisse de Recherches Scientifiques en Côte d'Ivoire, Abidjan, Côte d'Ivoire
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : email : bognan.kone@csrs.ci / Tél : +2250757300208

Résumé

Contexte

En Côte d'Ivoire, la lutte contre les plaies à travers la maîtrise des facteurs de risques et l'adhésion précoce des populations aux soins restent des défis majeurs. Cette étude a pour objectif d'analyser les facteurs d'expositions aux plaies, les connaissances, attitudes et pratiques les entourent dans le district sanitaire de Tiassalé.

Méthode

Une enquête transversale de type mixte a été conduite d'août à décembre 2019, auprès de 34 patients souffrant de plaies chroniques, pris en charge au pavillon de l'ulcère de Buruli de l'hôpital général de Taabo. Les données ont été collectées à l'aide d'un guide d'entretien et d'un questionnaire. Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyse statistique tandis que les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultats

Les activités dans l'environnement agricole ont été citées par 71% des patients comme le facteur d'exposition aux plaies. La chronicité tient au recours tardif car culturellement, les plaies sont classées en langue locale baoulé comme « *Kani* » ou plaies simples, ordinaires et « *Kani têh* » ou plaies anormales, métaphysiques. « *Kani* » et « *Kani têh* » et sont respectivement prises en charge à travers l'automédication et les tradithérapeutes. Le retard aux soins hospitaliers est lié aux coûts, à la perception de l'efficacité et à la durée du traitement.

Message de santé publique

La sensibilisation des populations à l'usage d'équipements de protection lors des activités agricoles, l'implication des agents de santé communautaire dans la prise en charge précoce contribuent à réduire le poids sociétal des plaies sur les ménages.

Mots clés : Plaies, facteurs socioculturels, facteurs de risques, Côte d'Ivoire

Abstract

Background

In Côte d'Ivoire, the fight against wounds through the control of risk factors and early adherence of the population to care remain a major challenges. The aim of the study was to analyse the factors of exposure to wounds, the knowledge, attitudes and practices surrounding them and the preferred care practices in the Tiassalé health district.

Method

A cross-sectional mixed method survey was conducted from August to December 2019, among 34 patients with chronic wounds, referred to the Buruli ulcer ward of Taabo General Hospital. Data were collected using an interview guide and a questionnaire. Quantitative data as well as thematic content were analysed.

Results

Activities in the agricultural environment were cited by 71% of patients as the factor of exposure to wounds. The chronicity is due to the late recourse because culturally, wounds are classified in the local Baoule language as "*Kani*" or simple, ordinary wounds and "*Kani têh*" or abnormal, metaphysical wounds. "*Kani*" and "*Kani têh*" are respectively managed through self-medication and traditional therapists. Delay in late hospital care is related to cost, perceived effectiveness and duration of the treatment.

Public health message

Raising awareness among the population about the use of protective equipment during agricultural activities, and involving community health workers in early detection and care, help to reduce the societal burden of wounds on households.

Key words

Wounds, socio-cultural factors, risk factors, Côte d'Ivoire

Introduction

En Afrique subsaharienne, les plaies sont issues de blessures traumatiques, de brûlures et d'ulcères infectieux liés aux maladies tropicales négligées endémiques (1). En Côte d'Ivoire, les zones rurales sont confrontées à une forte prévalence de maladies tropicales négligées à manifestation cutanée et à de nombreuses autres causes de plaies (1). La lutte contre les ulcères infectieux cutanés a donné un élan aux initiatives de traitement des plaies, en particulier pour l'ulcère de Buruli dans les zones endémiques (2). Ces initiatives ont inclus la construction de centres de soins spécialisés et l'intégration du traitement de l'ulcère de Buruli dans le système de santé national (2). En plus de ces initiatives spécifiques aux ulcères infectieux, d'autres services de traitement des plaies, notamment la chirurgie, sont intégrés dans le système de santé national dans les centres de santé primaire, les hôpitaux généraux et les centres spécialisés. Cependant, malgré ces efforts et les initiatives mises en œuvre, l'exposition des populations aux plaies et les difficultés liées à leur prise en charge précoce, restent des préoccupations majeures. En effet, les populations vivant dans les zones rurales restent fortement confrontées à de multiples facteurs de risque de plaies à la précarité de leur condition de vie et les activités de routine quotidiennes. L'ulcère de Buruli retrouvé principalement dans les zones rurales est corrélé aux activités des populations et aux modifications environnementales intervenues dans ces espaces ces dernières années (3). De même, l'insuffisance des services sociaux de base comme l'accès à l'eau potable dans ces milieux renforce par manque d'hygiène, l'exposition des populations à cette maladie cutanée responsable de plaies chroniques. D'autres études ont ciblé les outils du travail agricole comme des facteurs prépondérants de blessures. Ces outils seraient fréquemment impliqués dans les blessures en particulier chez les agriculteurs (4). Enfin, la pollution de l'air à travers la poussière, a été également soulignée comme un facteur favorable au développement de certaines maladies de peau responsables de plaies telles que les eczémas, dans les zones rurales d'Afrique subsaharienne (5). Sur le plan de la prise en charge, la gestion des plaies dans le contexte rural reste confrontée à des barrières sociales, économiques, infrastructurelles et politiques. Les facteurs socioculturels qui s'expriment sous la forme de croyances, de savoirs populaires et de pratiques endogènes restent dominants et struc-

turent en général les attitudes des populations face aux plaies. Ces croyances influencent à la fois la perception de leur gravité et les modalités de prise en charge nécessaires à la guérison (6). Elles conduisent dans certains cas à des retards de consultation des services de santé avec à la clé une aggravation des plaies entraînant des infirmités, des amputations même à la mort.

En Côte d'Ivoire, les données sur les conditions d'exposition des populations aux plaies et les croyances qui les entourent, sont encore en grande partie limitées à l'ulcère de Buruli (3,7). Au-delà de cette maladie cutanée, les travaux relatifs aux circonstances d'exposition aux plaies en général en milieu rural et les croyances et pratiques qui les entourent sont parcellaires. L'objectif général de cette étude était donc d'analyser les circonstances d'exposition aux plaies, les croyances populaires qui les entourent et les pratiques de soins privilégiés dans le district sanitaire de Tiassalé en Côte d'Ivoire.

Méthodes

Une enquête transversale suivant une approche transdisciplinaire a été conduite d'août à décembre 2019 auprès d'un échantillon de 34 patients souffrant de plaies orientées à l'unité de traitement de l'ulcère de Buruli de l'hôpital général de Taabo. Les malades ont été recrutés au fur et à mesure avec l'appui des agents de santé communautaire dans la détection des cas à référer au service de santé pour leur prise en charge durant la période de l'étude. La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien individuel. Le questionnaire a été administré à l'ensemble des patients tandis que pour le volet qualitatif, les entretiens individuels ont été conduits auprès des patients âgés, adultes ou de parents accompagnants certains malades. Un total de 22 interviews individuelles a ainsi été réalisées. Les informations quantitatives recherchées étaient relatives aux circonstances courantes d'expositions aux plaies et aux facteurs de risques qui en sont liés. Au niveau qualitatif, les thématiques abordées étaient relatives aux connaissances attitudes et pratiques autour des plaies. L'ensemble des données ont été analysées dans la perspective de la sociologie compréhensive de Max Weber, visant à dégager le sens que les acteurs sociaux donnent à leurs comportements dans l'environnement social.

Autorisation du comité éthique national

Cette étude a été enregistrée sous le numéro : #2 : IRB000111917 auprès du comité national d'éthique de la science de la vie et de la santé de Côte d'Ivoire. Pour garantir les droits des participants, un consentement éclairé (oral et écrit) a été obtenu de leur part avant la collecte des informations. Tous les patients ont suivi le traitement gratuit jusqu'à la guérison en utilisant le protocole standard de l'OMS associé à un complément alimentaire.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et économiques des répondants

Le sex-ratio Hommes/Femmes était de 0,88 avec 53% (=18) de femmes et 47% (n=16) d'hommes. La catégorie d'âge la plus représentée était celle de 10-20 ans (56%). Les répondants avaient majoritairement un niveau d'étude primaire (68%). Les conditions d'exposition aux plaies et les facteurs de risques incriminés sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : Contexte d'exposition et principaux facteurs incriminés dans la pathologie en cours

Environnement et facteurs de risques	Fréquences
Circonstances courantes d'exposition aux plaies	
Pendant les activités agricoles	71
Pendant les travaux domestiques	29
Principaux facteurs de risques	
Outils de travail : machettes et daba	56
Débris de bois	18
Animaux	14
Jeux : natation, chasse etc...	12

Pour plus de la moitié (71%) des patients, les plaies surviennent principalement au cours des activités agricoles. Les principaux facteurs couramment responsables de plaies dans le cadre de ces activités, étaient les instruments de travail (56%). Les entretiens individuels ont traduit de manière plus explicite cette réalité à travers les récits suivants.

« C'est durant les activités au champ que nous nous blessons le plus souvent ici. Et c'est soit la machette ou la daba en général. Souvent tu travailles et quand tu veux couper quelque chose, la machette peut rater soit le bois soit la semelle et venir frapper ton corps ou tes pieds ou tes mains. Le sang commence alors à couler en même temps. Enfants oh, grand oh, personne ne peut te dire qu'il ne se blesse pas beaucoup ici avec machette ou bien daba ». **K. L, 65 ans (H)**

« Vous savez qu'on est toujours dans les champs, on ne porte pas de bottes, de longues chaussures là-bas. Donc, il y a des choses qui nous font mal sans qu'on le sache. Mais ce qui est important, ce sont les blessures de machette et le bois qui pique quand on monte dessus. Aussi la plupart du temps, nous voyons des serpents et malheureusement, ils nous mordent parfois. Nous le savons mais, c'est notre travail ». **K. D, 25 ans(H).**

Avec l'émergence des plaies, les systèmes de croyances et pratiques de soins sont exposés dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Catégorisation locale des plaies et pratiques de soins privilégiés

Noms locaux	Type de plaies	Nature biomédicale	Perception de la gravité	Pratiques de soins privilégiés
"Kani"	Plaies naturelles (liées aux activités quotidiennes et dont l'origine est connue)	Plaies traumatiques	Faible et marginale (n'est pas une maladie)	Automédication (plantes, poudres, médicaments achetés hors pharmacie)
"Kani tēh"	Plaies métaphysiques (attribuées au mysticisme)	Plaies chroniques (ulcère de Buruli)	Forte et sévère (Maladie réelle)	Guérisseurs traditionnels ou tradithérapeutes

Culturellement, il ressort que les plaies sont localement distinguées en deux grandes catégories à savoir celles dites simples ou ordinaires « Kan » et celles dites anormales ou métaphysiques « Kani têh ». Les « Kani » sont principalement gérées avec l'automédication tandis que les « Kani têh » font recours à des tradithérapeutes. Les propos des patients illustrent bien ces faits :

« Ce qu'on dit "Kani" là, c'est des plaies normales dont on sait d'où elles viennent. Quand une machette t'a coupé, tu sais que ça qui t'a blessé, tu peux voir et toucher. Quand un bois te blesse aussi, c'est pareil. Donc ce qu'on appelle "Kani", ce n'est rien, ce sont juste des blessures qu'on voit tous les jours et que tu sais ce qui a provoqué. Ces plaies sont faciles à soigner et guérissent rapidement et puis ça passe [...] Mais dès qu'on dit "Kani têh", c'est que c'est une mauvaise plaie. Ce ne sont pas de simples blessures à la machette, etc. Vous voyez l'ulcère de Buruli, par exemple, c'est ce qu'on appelle une mauvaise plaie. Ça ne finit pas vite et tu ne sais même pas d'où ça sort. Pour soigner, tu es obligé d'aller chercher quelqu'un qui connaît bien la maladie là, je veux dire un guérisseur. Sinon toi seule tu vas faire fatiguer à la maison, mais ça ne va pas finir même. Ça va te gêner ». Z. C, 33 ans (F)

Dans ce contexte, le recours systématique vers les services de santé n'est le plus souvent pas privilégié. D'après la majorité des patients ou de leurs parents (81%), les soins hospitaliers sont perçus comme coûteux et parfois moins efficaces par rapport aux soins endogènes tels que l'automédication ou le guérisseur traditionnel.

« On ne se lève pas comme ça pour aller à l'hôpital quand on a une plaie. Ce qui nous fatigue avec l'hôpital ce sont les problèmes de moyens comme consultations et ordonnance. On n'a pas de l'argent et puis tu vas aller, tu vas devoir faire des dépenses alors que y'a pas petites dépenses là-bas. Tu peux aller là-bas avec 500 Fcfa. Si tu n'as rien sur toi c'est au moins 5000 Fcfa. pour aller à l'hôpital » K. A, 53 ans (F).

Discussion

Dans cette étude, les activités agricoles ont été identifiées selon les répondants comme le principal contexte d'exposition aux plaies. Culturellement, celles-ci sont distinguées en catégories dites « Kani » plaies simples ou ordinaires, « Kani

têh » plaies anormales ou métaphysiques et sont principalement prises en charge à travers l'automédication et auprès des tradithérapeutes. Les soins hospitaliers sont perçus comme coûteux et moins efficaces par rapport aux soins endogènes. Au Cameroun, Landier *et al* ont également relevé que dans les régions rurales, les blessures survenaient essentiellement dans le cadre des activités agricoles (9). Les croyances culturelles autour des plaies et les pratiques de soins privilégiées sont les mêmes que celles trouvées au Ghana et au Congo-Brazzaville sur les facteurs culturels autour des plaies d'ulcère de Buruli (6, 10). Il ressort de ces études que les plaies y sont distinguées en plaies dites simples et d'autres jugées mystiques lorsque la durée du traitement s'allonge (6). Le recours prépondérant aux soins endogènes à la gestion des plaies a été fortement mis en évidence dans une étude socioculturelle au Congo (10). Le rôle des agents de santé communautaire a été utile dans la détection des cas et leur référence.

Conclusion

Les activités agricoles en milieu rural constituent des pratiques d'exposition aux plaies. Les sensibilisations axées sur la protection et l'hygiène corporelle peuvent avec l'appui des agents de santé communautaire réduire l'exposition aux plaies dans le cadre de ces activités en milieu rural. Par ailleurs, la mise en œuvre d'une approche communautaire de recours précoce aux soins des plaies pourrait améliorer la santé des patients dans un contexte de confiance aux services de santé.

Remerciements

La recherche pour cet article a été menée dans le cadre de l'initiative DELTAS Afrique One-ASPIRE /DEL-15-008]. Afrique One-ASPIRE est financé par un consortium de donateurs comprenant l'Académie africaine des sciences (AAS), l'Alliance pour l'accélération de l'excellence scientifique en Afrique (AES), l'Agence de planification et de coordination du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), le Wellcome Trust [107753/A/15/Z] et le gouvernement britannique. L'étude a reçu le soutien financier de la Fondation Allemande Else Kröner Fresenius Stiftung.

Références Bibliographiques

1. Toppino, S., N'Krumah, R. T., Kone, B. V., Koffi, D. Y., Coulibaly, I. D., Tobian, F., & Junghanss, T. (2022). Skin wounds in a rural setting of Côte d'Ivoire: Population-based assessment of the burden and clinical epidemiology. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 16(10), e0010608.
2. Kanga JM, Kacou ED, Kouamé K, Kassi K, Kaloga M, Yao JK, et al. La lutte contre l'ulcère de Buruli. *Expérience de la Côte d'Ivoire*. *Bull Soc Pathol Exot*. 2006 ;99(1):34-8.
3. N'krumah RTAS, Koné B, Tiembre I, Cissé G, Pluschke G, et al. (2016). Socio-environmental factors associated with the risk of contracting Buruli ulcer in Tiassalé, South Côte d'Ivoire: A case-control study. *PLoS neglected tropical diseases*, 10(1), e0004327.
4. Bang F, McFaul S, Cheesman J, Do MT. Original quantitative research - The rural-urban gap: differences in injury characteristics. *Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract*. déc 2019;39(12):317-22.
5. Yotsu RR, Kouadio K, Vagamou B, N'guessan K, Akpa AJ et al. (2018). Skin disease prevalence study in schoolchildren in rural Cote d'Ivoire: Implications for integration of neglected skin diseases (skin NTDs). *PLoS neglected tropical diseases*, 12(5), e0006489.
6. Koka E, Yeboah-Manu D, Okyere D, Adongo PB, Ahorlu CK. Cultural understanding of wounds, Buruli ulcers and their management at the Obom sub-district of the Ga south municipality of the Greater Accra region of Ghana. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016 ; 10(7):e0004825.
7. Adjet AA, Adou DL, et Konan DO. (2016). Itinéraires thérapeutiques pluriels et recours tardif des malades de l'ulcère de Buruli dans les centres de prise en charge dans le district sanitaire de Yamoussoukro (Côte d'Ivoire). *European Scientific Journal*, 12(30), 268.
8. Julie Fortin, L'ABC des méthodes d'échantillonnage (partie 2), En ligne], <https://blogue.som.ca/l-abc-des-methodes-d-echantillonnage-partie-2/>, consulté le 22/12/2022
9. Landier J, Boisier P, Fotso Piam F, Noumen-Djeunga B, Simé J, Wantong FG, et al. Adequate wound care and use of bed nets as protective factors against Buruli Ulcer: results from a case control study in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis*. nov 2011;5(11): e1392.
10. Kibadi K, Aujoulat I, Meyers WM, Mokassa L, Muyembe T et Portaels F. (2007). Étude des appellations et des représentations attachées à l'infection à *Mycobacterium ulcerans* dans différents pays endémiques d'Afrique. *Med Trop*, 67(3), 241-8.