

**Sensibilisation communautaire et comportement
thérapeutique vis-à-vis de l'UB dans le département de
Zoukougbeu (Côte d'Ivoire)
Cas du village de Mandanou**

Konan Bah Modeste Gnamien

Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji

Département de Sociologie et d'Anthropologie,

Université Jean Lorougnon Guédé -Daloa, Côte d'Ivoire

Membre Fondateur de l'Association communautaire « Paroles Autour de la
Santé et de l'Environnement »

[Doi: 10.19044/esipreprint.1.2023.p27](https://doi.org/10.19044/esipreprint.1.2023.p27)

Approved: 09 January 2023

Posted: 11 January 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Gnamien K. B. M. & Houndji A. S. S. (2023). *Sensibilisation communautaire et comportement thérapeutique vis-à-vis de l'UB dans le département de Zoukougbeu (Côte d'Ivoire) Cas du village de Mandanou*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.1.2023.p27>

Résumé

Cette étude vise à comprendre les activités de sensibilisation délivrées par l'état de Côte d'Ivoire dans le cadre de la lutte contre l'ulcère de buruli et les comportements thérapeutiques générés par les populations de Mandanou Elle s'inscrit dans le cadre de l'Anthropologie Biologique et fait recours au courant culturaliste. Dans une démarche qualitative nous avons réalisé plusieurs entrevues avec des responsables à divers niveaux du programme et les populations de la localité de Mandanou. Le problème principal expliquant le long délai dans le diagnostic réside dans la connaissance approximative de l'UB par les professionnels de santé au premier échelon. Les analyses ont révélé que les populations ont compris que l'ulcère de Buruli se soigne et se guéri à l'hôpital. Mais elles ne sont pas en mesure d'identifier les comportements à risques, les dispositions préventives et les vecteurs de l'ulcère de Buruli auxquels elles sont exposées. Aussi nos analyses ont révélé que l'arrivée tardive des malades dans les centres de santé favorise la prépondérance des cas ulcérés de l'ulcère de Buruli.

Mots-clefs: Ulcère de Buruli ; Sensibilisation ; Anthropologie ; Culturalisme

Community Awareness and Therapeutic behaviour Towards BU in the Department of Zoukougbeu (Côte d'Ivoire) Case of the Village of Mandanou

Konan Bah Modeste Gnamien

Ahouansou Stanislas Sonagnon Houndji

Département de Sociologie et d'Anthropologie,

Université Jean Lorougnon Guédé -Daloa, Côte d'Ivoire

Membre Fondateur de l'Association communautaire « Paroles Autour de la
Santé et de l'Environnement »

Abstract

This study aims to understand the sensitisation activities delivered by the state of Côte d'Ivoire in the context of the fight against buruli ulcer and the therapeutic behaviours generated by the people of Mandanou. It falls within the framework of biological anthropology and uses the culturalist current. In a qualitative approach, we conducted several interviews with people in charge of the programme at various levels and with the people of Mandanou. The main problem explaining the long delay in diagnosis is the approximate knowledge of BU by health professionals at the first level. The analyses revealed that the population has understood that Buruli ulcer is treated and cured in hospital. But they are not able to identify the risk behaviours, preventive measures and Buruli ulcer vectors to which they are exposed. Our analyses revealed that the late arrival of patients in health centres favours the preponderance of ulcerated cases of Buruli ulcer.

Keywords: Buruli ulcer; Awareness; Anthropology; Culturalism

Introduction

L'ulcère de Buruli est une maladie tropicale qui sévit particulièrement dans les régions d'Afrique de l'ouest et centrale. L'ulcère de Buruli est une pathologie qui touche majoritairement les populations jeunes avec un taux d'invalidité important. En 2021, ces pays dont la Côte d'Ivoire ont rapporté à l'Organisation mondiale de la santé, RDC (334), Côte-d'Ivoire (231) et Cameroun (118). L'ulcère de Buruli a fait sa première apparition en Côte d'Ivoire en 1978, dans la région de Yamoussoukro. En Côte d'Ivoire, l'ulcère de Buruli affecte les 19 régions de la Côte d'Ivoire et touche particulièrement le monde rural (PNLUB, 2009). En Côte d'Ivoire, le

premier cas notifié a été celui d'un jeune Français de 7 ans vivant avec ses parents à proximité du Lac Kossou (Perraudin ML, Herrault A, Desbois JC, 1980), lac artificiel au centre du pays. L'ulcère de Buruli affecte la communauté et le pays tout entier en perturbant sérieusement son développement social et économique, constituant ainsi un véritable problème de santé publique. Au lendemain de la découverte d'un foyer endémique à Daloa (centre-ouest du pays) en 1989, la pandémie est devenue une préoccupation pour les autorités sanitaires. Malheureusement, par manque de moyens de lutte adéquats, les autorités ont assisté, impuissantes, à la progression de la maladie qui a touché d'autres villes du sud du pays, notamment la région d'Adzopé (au sud-est) où les populations traumatisées la qualifient de "maladie mystérieuse de Daloa. Cette affection est soumise à plusieurs facteurs liés à diverses circonstances culturellement polarisées dans les différentes communautés. Malgré quelques spécificités locales, les représentations de la maladie apparaissent identiques et semblent traduire une connaissance approximative de la maladie et de ses symptômes. Ces représentations influencent également les types de recours aux soins et les itinéraires thérapeutiques. Ceux-ci sont déterminés par la recherche d'une solution au problème de santé par le patient et son entourage. Les représentations contribuent, mais seulement partiellement, à la présentation tardive au niveau des services de santé. Quatre types de recours thérapeutiques (automédication, tradithérapie, église, centre de santé) sont identifiés chez les patients avec formes ulcérées étendues d'UB (\geq à 10 cm).

Cette étude vise à comprendre les actions sanitaires délivrées par l'état dans le cadre de la lutte contre l'ulcère de buruli et les comportements thérapeutiques générés par les populations de Zoukougbeu. Elle captera les croyances populaires et normes sociales au sujet de l'Ulcer de Buruli qui pourraient influencer la trajectoire thérapeutique et les actions sanitaires associées. Elle a été conduite dans le Département de Daloa qui constitue un pôle de forte endémicité en Côte d'Ivoire plus précisément dans la sous-préfecture de Zoukougbeu, dans le village de Mandanou. Cette recherche anthropologique s'inscrit dans le courant culturaliste. Le culturalisme (dit également culture et personnalité) qui prend le sens de la somme globale des attitudes, des idées et des comportements partagés par les membres de la société, en même temps que des résultats matériels de ces comportements, les objets manufacturés. Au-delà des particularismes et de la diversité sociétale, il s'agit d'isoler l'influence des institutions et des coutumes sur la personnalité.

I. Objectifs

Comprendre les actions délivrées par l'état dans le cadre de la lutte contre l'Ulcère de Buruli et les pratiques générées par au niveau communautaire dans la localité de Mandanou.

I. Methodologie

1. Terrain de recherche

L'étude a été réalisée dans la localité de Mandanou, campement de 133 habitants situé dans le département de Zoukougbeu, une zone endémique. Ce département fait partie de la Région du Haut-Sassandra et couvre une superficie de 187 km². Historiquement, c'est dans le haut sassandra (Daloa) qu'a été enregistrées les flambées de cas d'ulcère de Buruli (Marston et al., 1995). Zoukougbeu abrite un centre de référence de traitement de l'ulcère de Buruli, le Centre Saint Michel. Sa population est estimée à 110514 habitants (RGPH, 2014). Le village de mandanou a été choisi en raison de l'apparition récente de plusieurs de cas d'ulcère de Buruli au sein de sa communauté (Enquête exploratoire).

II. Production des données

1. Méthode et outils de collecte de données

Les instruments de recueil de données sont le guide d'entretien et la grille d'observation. L'entretien et l'observation correspondent à des approches généralement descriptives des faits sociaux : pour celui qui enregistre ce qu'il entend et ce qu'il voit, il s'agit d'abord de savoir de quoi sont faites les existences des gens qu'il étudie ; il va tenter de relever les discours et les situations lui permettant d'accéder aux croyances, aux représentations et aux pratiques. Ces guides destinées à des entrevues semi-structurées, étaient constituées de questions ouvertes.

2. Echantillonnage

Un échantillonnage à choix raisonné a été utilisé et un guide d'entretien a été élaboré et administré aux participants de l'enquête. La taille de notre échantillon s'est établit à 16 personnes selon la méthode de saturation et se répartit comme suit :

- Médecin du PNLUB (1)
- 1 Infirmier (1)
- Les leaders communautaires (3)
- Des personnes atteintes d'ulcère brulis (2)
- Des anciens malades (5)
- Populations (5)

3. Technique d'analyse des données

L'analyse de contenu utilisée dans cet article est une démarche d'analyse s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondé sur la déduction ainsi que l'inférence. Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité (L. Bardin, 1977). L'analyse de contenu telle qu'appliquée ici est organisée autour de trois phases chronologiques : la pré analyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation.

4. Courants utilisés

Le courant utilisé est le culturalisme. Les principaux représentants de cette tendance sont R. Linton (1936), A. Kardiner, R. Benedict (1934), M. Mead. Linton donne un contenu psychologique à la culture, par :

- L'insistance qu'il accorde à la transmission et la structuration des conduites grâce à l'éducation ; dans l'importance qu'il attribue aux modèles ou « formes » culturelles, c'est à dire aux manières typiques de penser et d'agir propres à une culture et différentes des purs idéaux de conduite ;
- Dans la distinction qu'il établit entre 'culture réelle', avec ses modèles intériorisés par les individus, et 'culture construite', à partir de fréquences maximales d'apparition de certains comportements ;
- Dans sa théorie de l'acculturation, propulsée par le changement culturel et par les contacts et influences, dont le paradigme s'est construit avec Herskovits (1948).

Le contenu tel qu'exposé a été appliqué à notre sujet de recherche

Aspects éthiques

Pour assurer le caractère éthique de la démarche, nous avons demandé des autorisations à différents des autorités sanitaires expliquant le cadre et l'objet de l'étude De plus des explications verbales portant sur les mesures d'anonymat prises en vue de préserver la confidentialité ont été fournies à tous les participants qui ont choisis de prendre part volontairement à l'étude.

III. Resultats

1. Au niveau des actions sanitaire

Au niveau des actions sanitaires et relativement aux activités de sensibilisation conduites par les structures étatiques, au sujet de l'UB, tous estiment en effet que les populations ont, avant tout, besoin d'information concernant l'ulcère de Buruli. Les principales satisfactions concernent les

prises en charge des malades qui sont gratuites et se font au niveau périphérique, c'est-à-dire dans les centres de santé les plus reculés.

« *Les mesures préventives sont difficiles à prendre pour l'UB, nos actions se concentrent sur la détection précoce des signes ...* » *Mèdecin au PNLUB*

Cependant, pour tous les responsables, les attentes ne sont pas encore totalement comblées. La satisfaction demeure partielle. Ainsi, ils s'accordent tous sur un point, c'est qu'il reste encore beaucoup à faire. Tous les malades doivent être dépistés précocement pour simplifier la prise en charge et les activités en vue du dépistage actif sont à promouvoir et perpétuer.

Au niveau des populations bénéficiaires des activités de sensibilisation (Localité de Mandanou), par contre, la question fait moins l'unanimité, et ce, même s'ils ont en général apprécié les quelques activités de sensibilisation concernant la lutte contre l'ulcère de Buruli qualifiée de très enrichissante du point de vue enseignements.

Ainsi, les acteurs du programme, aussi bien les responsables que les bénéficiaires, expriment une satisfaction non optimale et partielle quant aux résultats produits par les activités de lutte. Pour les uns comme pour les autres il y a encore à faire. Les objectifs ne sont donc pas encore totalement atteints. Avec les responsables à divers niveaux du programme et du district sanitaire, nous avons aussi cherché à identifier les principaux facteurs ayant influencé l'atteinte des résultats escomptés. Ceux-ci seront maintenant présentés.

Nous avons par la suite objectivé les facteurs ayant limité les interventions dans le cadre de la lutte. Les facteurs ayant facilité l'obtention des résultats décrits plus haut sont de divers ordres et englobent: 1) les moyens financiers; 2) les stratégies d'intervention; 3) les attitudes des acteurs impliqués ; 4) la contribution des médias. Les moyens financiers constituent le facteur de succès le plus fréquemment mentionné par nos interlocuteurs. En effet, selon la plupart des responsables interviewés, les résultats obtenus sont dû à l'obtention de financements, de subventions de certains partenaires. La disponibilité de moyens financiers a donc favorisé la mise sur pied des services et l'acquisition d'équipements au niveau de divers centres de santé de Côte d'Ivoire

Du point de vue des stratégies adoptées, la sensibilisation a été identifiée comme une approche gagnante dans l'organisation des activités de lutte. Au-delà de cette approche, le plateau technique des centres de santé au niveau périphérique a été renforcé et les personnels de santé formés pour la prise en charge des malades.

Un dernier facteur, non le moindre, mais cependant moins souligné que les autres, c'est le rôle des médias qui à travers les radios, les télévisions passent leurs

messages pour permettre aux populations de mieux connaître l'ulcère de Buruli.

Au titre des facteurs limitants, le manque de moyens financiers est le point le plus souligné par les différents acteurs et vient expliquer la difficulté dans le temps pour maintenir la continuité et l'intensité des actions de sensibilisations. Cette insuffisance de moyens a eu pour corollaires le manque d'équipements et de personnel pour les activités. Cette situation se ressent systématiquement sur le déroulement des activités qui s'en trouvent alors moins encadrées. En effet, par manque de moyens financiers, le personnel dédié à la sensibilisation a été réduit. Les quelques intervenants qui y sont maintenus s'en retrouvent débordés et sont donc obligés bien des fois de prioriser certaines activités aux dépens des autres. Il en résulte une baisse des activités en fréquence et en intensité.

2. Capacité des populations à identifier les vecteurs et symptômes de la maladie

La totalité des personnes rencontrées dans la localité de Mandanou connaissent l'UB avec soit un parent ou une connaissance malade ou elles même l'ayant été. Ce qui confirme le statut de zone endémique de la localité de Zoukougbeu.

Nous avons noté une grande confusion des différents stades de la maladie chez les populations qui assimilent le nodule au furoncle et la plaque à la teigne. Cette méconnaissance favorise l'apparition de la forme ulcérée avant que le patient ne se rende à l'hôpital.

« Les infirmiers eux-mêmes ne maîtrisent pas bien la maladie, ils ne nous parlent pas clairement, on ne sait pas ce qu'on doit faire pour éviter la maladie, quand c'est comme ça nous devons aussi consulter nos tradipraticiens » Ancien malade de la communauté de Mandanou

« Il ya des gens ici qui soigne cette maladie. » Membre de la communauté de Mandanou

« Sincèrement on ne sait pas vraiment ce qui donne la maladie, peut-être que c'est la lèpre mal soignée qui devient Ulcère de Buruli...Vraiment one sait pas..... » Malade de la communauté de Mandanou

Des populations ont développé des indicateurs de reconnaissance de l'ulcère de Buruli qui malheureusement favorisent la progression vers la forme ulcérée. En effet après apparition du nodule, elles ont pour réflexe de s'orienter vers les guérisseurs. Après constatation de l'incapacité de ce dernier à guérir la maladie, les populations concluent au cas d'ulcère de Buruli et décident de se rendre à l'hôpital. La maladie étant à un stade avancé (ulcère) rend difficile sa prise en charge et explique la prépondérance des cas ulcérés. Cette prépondérance des cas ulcérés s'expliquerait aussi dans l'itinéraire thérapeutique de ces guérisseurs qui sont les premiers

interlocuteurs des malades. Cet itinéraire thérapeutique consiste à favoriser la transformation du nodule en plaie par des scarifications, pour faire ressortir le mal et appliquer un traitement empirique. Au niveau des vecteurs, l'on a noté une méconnaissance dans la grande majorité des enquêtés. Les quelques rares réponses recueillies attribuent l'ulcère de Buruli soit à la présence de certaines étendues d'eaux dans la zone soit à un insecte dont le nom est ignoré ou soit à des causes surnaturelles.

3. Connaissance et prises, par les populations, des options et dispositions pour éviter l'UB

La quasi-totalité de nos enquêtés ne connaît aucunes dispositions pouvant éviter de contracter la maladie. Certains évoquent la focalisation des séances de sensibilisations sur le dépistage au détriment des mesures préventives. Pour d'autres cette situation de manque d'informations sur les dispositions préventives s'expliquerait par l'incapacité de la science à cerner tous les aspects de cette maladie. Situation qui laisse prospérer les préjugés surnaturels sur les causes de l'ulcère de Buruli et amène les populations à baisser la garde.

« Les infirmiers nous montrent comment reconnaître la maladie et non comment l'éviter » Membre de la communauté de Mandanou

Par ailleurs les responsables du centre de santé nous ont confié que les mesures préconisées ne garantissent pas totalement la protection contre la maladie mais diminuent néanmoins le risque de la contracter. Il s'agit entre autres des règles d'hygiène et de protection vestimentaires surtout dans les milieux ruraux et pendant les activités agricoles.

4. Suggestions d'amélioration

Après le diagnostic des facteurs facilitants et des contraintes ayant influencé l'atteinte des résultats visés, il apparaît nécessaire d'explorer les pistes d'amélioration possibles des interventions de lutte.

Selon les responsables rencontrés, le personnel des Centres de santé doit être renforcé, tant en effectif qu'en compétences. Mais un renforcement du Centre en personnel et en équipement requiert plus de moyens et c'est pourquoi il est mis de l'avant aussi la nécessité de trouver des ressources tant au niveau étatique qu'avec les partenaires au développement. Il est aussi nécessaire d'intéresser les médecins et les infirmiers à la spécialisation concernant l'ulcère de Buruli.

Le mécanisme d'amélioration doit prendre en compte la révision des modules d'informations vulgarisés en mettant l'accent sur les dispositions préventives et la confusion qui existe entre les symptômes de l'ulcère de Buruli et d'autres affections.

Enfin, les responsables ont suggéré de sensibiliser davantage les médias afin d'accroître la diffusion de certains messages en lien avec la lutte contre l'ulcère de Buruli. L'exposition aux médias est de plus en plus importante dans nos sociétés que ces messages permettront de toucher un public plus large.

Les suggestions des bénéficiaires rejoignent celles des responsables à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne le personnel à renforcer et l'acquisition d'équipements et matériel de sensibilisation et d'animation.

Les bénéficiaires suggèrent aussi que les activités soient mieux organisées et davantage variées, bref que la programmation soit rehaussée. Enfin, les répondants rejoignent aussi les responsables dans leurs suggestions touchant la nécessité de disposer de modules de formation sur l'ulcère de Buruli dans les écoles.

5. Discussion

L'objectif fixé au début de cette étude, est de comprendre les croyances populaires et normes sociales au sujet de l'Ulcer de Buruli qui pourraient influencer la trajectoire thérapeutique. Plus spécifiquement il s'est agi de connaître le niveau de connaissance de l'UB, ses mesures préventives et autres mesures d'hygiène et identifier les dispositions au niveau de la gouvernance sanitaire qui orientent positivement ou négativement le respect des mesures de prévention. Mais comme l'a convenu l'OMS dans son rapport d'évaluation publié en 2004 l'un des problèmes majeurs se situe au niveau de l'arrivée à un stade tardif des malades à l'hôpital.

Or, comme on peut le constater dans nos résultats, les besoins des bénéficiaires s'expriment en termes d'informations relative à l'ulcère de Buruli recourent les besoins identifiés par les responsables du programme et du district sanitaire.

Mais comme l'a convenu l'OMS dans son rapport d'évaluation publié en 2004 l'un des problèmes majeurs se situe au niveau de l'arrivée à un stade tardif des malades à l'hôpital. Dans la localité de Zoukougbeu ce fait est avéré et complique les prises en charge des cas ayant atteint le stade ulcéré.

Nos résultats sont corroborés par plusieurs auteurs cités par Nendaz (2015). En effet, il est prouvé par plusieurs auteurs que les patients attendent un certain temps avant d'avoir recours à des soins quels qu'ils soient (Johnson et al., 2004, p.145; Mulder et al., 2008, p.917). Dans certains cas, les 24 personnes atteintes ne vont même jamais chercher de traitement (Stienstra et al., 2002, p.210). Dans les stades précoces l'ulcère de Buruli est souvent banalisé car il arrive couramment aux personnes d'avoir des symptômes semblables, par exemple, à cause des piqûres d'insecte. Cette banalisation a pour conséquence directe une augmentation de la durée d'hospitalisation (Agbenorku, Agbenorku, Amankwa, Tuuli, & Saunderson, 2011, traduction

libre, p.459 ; Aujoulat, Johnson, Zinsou, Guédénon, & Portaels, 2003, p.751 ; Peeters Grietens et al., 2012, p.6 ; Stienstra et al., 2002, p.212).

Aussi les populations n'arrivent pas à identifier les comportements qui les exposent à ulcère de Buruli et ne connaissent aucune disposition pour éviter de contracter la maladie. Nos résultats ont révélé que cela est dû à la focalisation des séances de sensibilisation sur le dépistage précoce au détriment des dispositions préventives. Notre étude vient appuyer les résultats des études précédentes en recommandant qu'un accent particulier soit mis sur les dispositions préventives, l'identifications des vecteurs et l'éducation pour éviter la confusion entre les symptômes de la maladie et ceux d'autres affections comme les furoncles.

Conclusion

Nous avons adopté une approche méthodologique essentiellement qualitative pour aller chercher d'une part le degré d'atteinte des objectifs et, d'autres parts, les appréciations des bénéficiaires des activités de sensibilisation et le degré de satisfaction de leurs besoins.

Nous avons fait une analyse de contenu des informations ainsi recueillies. Il ressort De l'analyse que les activités de sensibilisation ont eu un effet notable sur les populations de Mandanou qui ont reconnu des changements dans leurs comportements face à l'ulcère de Buruli. Toutefois, le degré d'atteinte des objectifs n'a pas été jugé totalement satisfaisant. Aussi bien du point de vue des responsables que de celui des populations. Ces populations ne sont pas en mesure d'identifier les comportements à risques, les dispositions préventives et les vecteurs de l'ulcère de Buruli. Il est nécessaire que des ajustements soient apportés aux interventions. Dans ce sens, nous avons formulé, des suggestions et des observations pour l'amélioration des activités.

References:

1. Agbenorku P., Agbenorku M., Amankwa A., Tuuli L. & Saunderson P. (2011). Factors enhancing the control of Buruli ulcer in the Bomfa communities, Ghana. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 105(8), 459–465. <http://doi.org/10.1016/j.trstmh.2011.05.003>
2. Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu*. 9e édition. Paris, Presses Universitaires de France. 291p.
3. Lowie, R. (2005), *Primitive Society*, Motilal UK Books of India
4. Benedict, Ruth. (1950). *Échantillons de civilisation*, Paris, Gallimard.
5. Johnson, RC., Makoutode, M., Hougnihin, R., Guedenon, A., Ifebe, D., Boko, M., & Portaels, F. (2004). *Le traitement traditionnel de*

- l'ulcère de Buruli au Bénin. *Médecine Tropicale*, 64, 145-150. <http://lib.itg.be/pdf/itg/2004/2004mtro0145.pdf>
6. Kardiner, A. (1969). *L'individu dans sa société*, Paris, Gallimard.
 7. Mead, M. (1963). *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris Plon, Terre Humaine
 8. Melville, J. H. (1967). Payot, *Les Bases de l'anthropologie culturelle* Melville Jean Herskovits, Payot,
 9. Hors-série (ancienne formule) N° 42 - Septembre-octobre-novembre 2003
 10. Mulder et al. (2008) ; huurman M, De Marez, & Ballon (2013). These activities could be grouped in terms of exploration and exploitation (Almirall & Wareham, 2011).
 11. NENDAZ, L. (2015). *Ulcère de buruli : éléments déterminant l'itinéraire thérapeutique des personnes atteintes en afrique* laura nendaz travail de bachelor déposé et soutenu à genève en 2015 en vue de l'obtention d'un bachelor of science en physiothérapie.
 12. Perraudin M L., Herrault A, Desbois J C. (1980). *Ulcère cutané à Mycobacterium ulcerans (ulcère de Buruli)*. *Ann Pediatr (Paris)*.Déc ;27(10):687-92.
 13. Ralph, L. (1936), *De l'homme*. Paris: Éditions de Minuit, 1967, 535 pages. Collection : Le sens commun.
 14. Stienstra Y, Van Der Graaf WT, Asamoah K & van der Werf TS. (2002). *Beliefs and attitudes towards Buruli Ulcer in Ghana*. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 67, 207– 213.
 15. TUO P. (2020). *Itinéraires thérapeutiques des malades de l'Ulcère de Buruli : cas des localités rurales du département de Zoukougbeu* , *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* ,[En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2022-09-19 13:10:44, URL: <https://retssa.ci.com/index.php?page=detail&k=117>