

COMMUNICATION ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DE
L'ULCÈRE DE BURULI DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE BONON EN
CÔTE D'IVOIRE

Kouassi Jules Yapo

Yapo.kouassijules@yahoo.com

Université Félix Houphouët-Boigny

Koffi Éric Atta, Enseignant-chercheur

Université Félix Houphouët-Boigny

akoffieric@gmail.com

Résumé :

L'objectif de cet article est d'analyser la contribution de la communication à la prise en charge de l'ulcère de Buruli à l'hôpital général de Bonon. Si la maladie continue de sévir dans cette localité, cette situation est due à un déficit de communication qui a pour corollaire les connaissances limitées et les perceptions erronées sur la maladie. Ainsi, on assiste à l'augmentation du taux de prévalence de l'ulcère de Buruli (11% tous les cinq ans) à Bonon. À partir de la théorie de la communication pour le changement de comportement, une analyse de la question a été faite grâce à une étude qualitative et quantitative. Les résultats issus de la collecte des données ont permis de déterminer le rôle que peut jouer la communication sociale dans la prise en charge de la maladie.

Mots clés : Communication, prise en charge, ulcère de Buruli, patients, perception

Abstract

The objective of this paper is to analyze the contribution of communication to the management of Buruli ulcer at Bonon General Hospital. If this disease continues to be rampant in this locality, it is due to a communication gap that results in limited knowledges and misperceptions about the disease. As a result, the prevalence of Buruli ulcer is increasing (11% every five years), in Bonon. Based on the theory of behaviour change communication, a qualitative and quantitative analysis of the issue was made. The results of the data collection helped

determine the role that social communication can play in the management of the disease.

Keywords: Communication, medical management, Buruli ulcer, Unpatients, perception

INTRODUCTION

L'ulcère de Buruli (UB) est une infection cutanée humaine due à une mycobactérie présente dans l'environnement, le *Mycrobacterium ulcerans*. Cependant, le mode de transmission exact n'est pas connu. C'est la mycobactériose la plus fréquemment rencontrée après la tuberculose et avant la lèpre dans un grand nombre de pays de la zone intertropicale.

La maladie a été découverte en 1948 par Peter Mac Callum en Australie. L'UB est une maladie infectieuse des régions tropicales qui sévit singulièrement en Afrique (OMS, 2012). C'est l'Ouest du continent qui est le plus touché, spécialement le Bénin, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Parmi ces États, la Côte d'Ivoire est le pays le plus atteint par la maladie. Le premier cas y a été signalé en 1978 au bord du barrage de Kossou, dans la région de Yamoussoukro (Abel Adjet, 2016).

Mais, c'est en 1980 que plusieurs cas ont été découverts dans la région de Daloa. Les professionnels de la santé qui y recevaient en consultation, de grandes plaies étaient confrontés à un problème de diagnostic. C'est de là qu'est venu le nom de « maladie mystérieuse de Daloa ». Aujourd'hui, la région est considérée comme l'une des zones endémiques du pays. Ainsi, Bonon, localité de cette étude, située dans le district sanitaire de Bouaflé, frontalier de la région du Haut-Sassandra (Daloa), n'échappe pas à la prévalence de l'endémie qui mutilé les patients en les rendant même invalides à vie. Par conséquent, les populations vivant à Bonon sont menacées par l'ulcère de Buruli qui est classé parmi les Maladies tropicales négligées (Pierre Aubry et Alex Bernard Gaüzère, 2019). Les Maladies tropicales négligées (MTN)¹ sont un groupe de maladies listées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que l'on peut, soit éliminer, soit éradiquer ou contrôler. Malheureusement, les politiques, le

¹ Propos recueilli par Jean Bavane Koulika à l'occasion de l'interview accordée par M. Kaloga Mamadou, coordonnateur national du PNLUB à www.fratmatinfo, consulté le 28 octobre 2022

monde scientifique, pharmaceutique et souvent les communautés ne s'y intéressent pas ou s'y intéressent peu. Alors, les ressources financières allouées sont faibles et négligeables par rapport à l'attention accordée à d'autres maladies.

Présentée comme telle, le système de santé publique constitue le dernier rempart dans la lutte contre cette endémie. Si l'on admet que l'hôpital général de Bonon n'est pas un centre spécialisé dans le traitement de la maladie, il faut aussi reconnaître que les comportements et perceptions des patients et des personnels soignants ne favorisent pas sa prise en charge dans la localité. Aussi, ce phénomène de santé publique, qui suscite à la fois intérêt et angoisse, exige une communication et une sensibilisation accrues vu que ce fléau sanitaire semble être peu connu à l'hôpital général de Bonon où les malades atteints d'ulcère de Buruli sont traités comme les patients ordinaires. Les problèmes soulevés par la prise en charge des personnes souffrant de cette maladie sont légion. On peut évoquer par exemple, le manque de technique pour pratiquer la chirurgie sur des patients dont les cas deviennent désespérés. Cette situation sanitaire suscite des interrogations.

Comment la communication peut-elle contribuer à la prise en charge de l'ulcère de Buruli à l'hôpital général de Bonon ? Quelle perception les agents de santé de cet hôpital et leurs patients ont-ils de l'ulcère de Buruli ? Quel est le niveau d'information des patients et des agents de santé sur l'endémie ? Quelle stratégie de communication faut-il proposer pour une meilleure prise en charge de la maladie ?

Cette étude vise à analyser la contribution de la communication à la prise en charge des patients de l'ulcère de Buruli à Bonon.

De ce qui précède, découle l'hypothèse générale qui suit : « Le déficit de communication sur la prise en charge de l'ulcère de Buruli favorise sa prolifération à Bonon ».

1. Positionnement théorique

Cette étude s'inscrit dans la perspective de la théorie de l'action raisonnée (TAR) qui est un modèle de la psychologie sociale. Ce modèle est aussi utilisé en communication comme théorie de la compréhension.

La TAR a été développée par Martin Fishbein et Icek Ajzen (1975) et elle trouve son origine dans les recherches précédentes qui ont débuté avec la théorie de l'attitude. Elle a pour but d'expliquer la relation entre les attitudes et comportements au sein de l'action humaine. De nombreux chercheurs se sont servis de cette théorie pour étudier les comportements liés à des risques et dangers auxquels sont exposés les individus. Elle a fait l'objet de large diffusion en communication pour le changement de comportement social. Ainsi, une bonne stratégie de communication axée sur le changement de comportement, permettra de lutter contre la maladie à Bonon.

2. Approche conceptuelle

2.1. Communication sociale

Du point de vue étymologique, le mot communication dérive du latin « *communicare* » qui signifie mettre en commun, faire part, transmettre. Pour Bernard Lamizet et Amed Silem (1997, p. 20), la communication est l'action d'établir une relation avec quelqu'un ou de mettre quelque chose en commun avec une autre personne ou un groupe de personnes. En tant que discipline, la communication est une science sociale au croisement de plusieurs autres sciences telles que la science politique, la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, etc.

S'agissant de la communication sociale, qui est l'un des aspects de la communication, elle est un ensemble d'actes communicatifs dont l'objectif est de modifier certaines représentations ou certains comportements. Elle a pour fonctions d'informer, de persuader, d'éduquer, de sensibiliser en vue d'un changement de comportements. La communication sociale est pratiquée dans le cadre de projets de développement internationaux, et plus précisément, ceux ayant trait aux services essentiels, aux droits humains ou à la santé publique. Dans cette optique, la communication pour la santé (Lise Renaud et Carmel Rico de Sotelo, 2007) met en avant l'utilisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé. Elle s'inscrit dans un objectif d'intérêt général pour amener des populations cibles, groupes cibles ou communautés à

faire évoluer un ou plusieurs comportements afin d'améliorer leurs conditions de vie. Pour Jean-Claude Abric (2019), la communication sociale vise l'influence et la persuasion qui est un changement de croyances et d'attitudes résultant d'une exposition à une communication.

2.3. Prise en charge

Le Dictionnaire médical définit la prise en charge médicale comme l'action de prodiguer des soins à une personne présentant des symptômes dus à une maladie ou un accident. C'est donc l'obligation qu'ont les agents de santé de s'occuper des malades par des soins de santé convenables et continus. La continuité des soins (Philippe Schaller et Jean-Michel Gaspoz, 2008) est l'un des éléments clés de la qualité des services. Elle désigne la façon dont un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle. Elle obéit à un processus qui s'établit comme suit : l'accueil, l'écoute, le diagnostic, l'hospitalisation, le traitement, la guérison et la libération du patient.

3. Méthodologie

3.1. Milieu de l'étude

L'enquête qualitative et quantitative s'est déroulée du 1^{er} août au 4 octobre 2021 à Bonon, localité située dans la région de la Marahoué, au centre-ouest de la Côte d'Ivoire. Cette zone est arrosée par le fleuve Marahoué dont les confluent ont occasionné beaucoup de marécages dans la zone. La population, essentiellement agricole, est fréquemment au contact des marécages. Pour mener cette étude, nous avons eu recours à l'étude documentaire, à l'observation, à l'entretien et au questionnaire. L'étude documentaire a permis de rassembler documentation relative à la question traitée et de disposer d'informations nécessaires sur l'ulcère de Buruli. Quant à l'observation non participante, elle a porté sur les comportements et attitudes des différents acteurs (personnel médical, patients, populations, etc.). Pour le questionnaire, il faut dire qu'à partir de l'échantillonnage par choix raisonné, 44 malades dont 25 hommes et 19 femmes ont été interrogés. Les questions ont porté sur leurs connaissances, leurs opinions et leurs perceptions sur la maladie. Le

critère était que ces personnes puissent exposer et expliquer leur perceptions ou représentations de la question à l'étude. En ce qui concerne l'entretien individuel et de groupe, il a consisté à adresser un guide d'entretien à 3 infirmiers, 1 infirmière et 2 aide-soignantes parmi les personnels de santé, en vue d'avoir leurs opinions et perceptions sur les malades ainsi que sur la maladie. Ces différentes techniques ont favorisé une confrontation des réponses obtenues de manière pratique sur le terrain (Serge Théophile Balima et Véronique Duchenne, 2005, p.72).

4. Résultats

4.1. Présentation et analyse des résultats

4.1.1. Difficultés causées par les caractéristiques sociodémographiques des soignants

Le niveau d'instruction du personnel soignant est celui requis pour l'exercice du métier. Sur les six personnes enquêtées, il y a 3 infirmiers et une infirmière et une infirmière, tous titulaires du baccalauréat et 2 aides-soignantes qui ont le niveau du Brevet d'Étude du Premier Cycle (BEPC).

Concernant la maladie, on note qu'il s'agit d'un agent pathogène qui s'apparente fortement à celui de la tuberculose et à celui de la lèpre. Cependant, il nécessite une connaissance spécifique chez agents de santé ; ce qui peut leur permettre de comprendre la manifestation de la maladie.

4.1.2. Des connaissances limitées des agents de santé sur l'agent pathogène de la maladie

À la question « À votre avis, qu'est-ce qui cause l'ulcère de Buruli ? » Les réponses à cette questions fournies par les agents de santé de l'hôpital de Bonon laissent perplexes : « Je ne connais pas. »

Les connaissances limitées du personnel soignant sur la bactérie causant l'ulcère de Buruli entraînent leur incertitude sur les symptômes de la maladie. Ce problème observé chez les soignants peut déteindre sur la

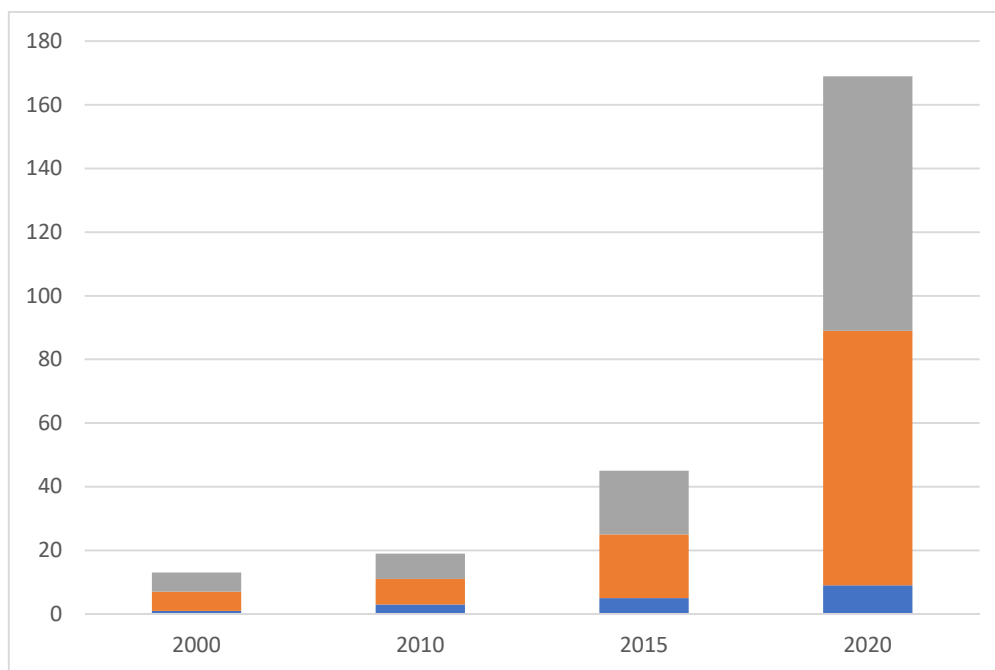
prise en charge des patients de l'ulcère de Buruli à l'hôpital général de Bonon.

4.1.3. Une prise en charge difficile des patients à l'hôpital général de Bonon

Les connaissances réduites des personnels de santé sur la maladie et le déficit d'informations l'agent pathogène de l'ulcère de Buruli, les empêchent de pratiquer un diagnostic différentiel sur les patients pour leur apporter les soins adéquats. La question : « *Comment soignez-vous l'ulcère de Buruli dans votre hôpital ?* » permet de comprendre le processus de la prise en charge des patients. En réalité, il n'existe pas de service de prise en charge spécialisé de la maladie dans la localité. Même les pansements quotidiens après le lavage à l'eau propre et le nettoyage au savon doux (savon à base d'huile de palme), puis des pansements humides de détergence en période d'ulcération tiennent une place peu significative pour les lésions de moins de 10 cm. Les pansements modernes adaptés aux plaies chroniques ont prouvé leur efficacité dans l'accélération de la guérison lorsqu'ils sont combinés avec le traitement antibiotique, la kinésithérapie et l'ergothérapie. Le problème est que les patients trouvent leur coût élevé. La majorité des patients issus de couches sociales dont les revenus sont économiquement faibles. Alors, ils sont conduits à l'endroit où l'on soigne les plaies banales pour panser leurs plaies béantes, séquelles laissées par le développement du *Mycobacterium ulcerans*. Cette prise en charge inadéquate favorise la prolifération de l'endémie.

4.1.4. Une évolution croissante de la maladie

Graphique 1 : L'évolution de l'ulcère de Buruli à Bonon.



Source : Données de l'enquête à Bonon, octobre 2021.

Les chiffres du diagramme montrent une contamination vertigineuse de l'ulcère de Buruli dans la zone de Bonon selon des relevés des passages des patients à l'hôpital général de 2000 à 2020. De près de 20 patients d'ulcère de Buruli en 2000, le nombre de contaminés s'est multiplié par 20, soit un taux de contamination de 11,1%. Ce taux élevé fait de Bonon une zone endémique. Aujourd'hui, c'est près de 180 malades de l'ulcère de Buruli qui vivent dans cette localité. Au nombre des facteurs ou variables qui constituent un obstacle à la prise en charge, il faut ajouter la perception des agents de santé sur la maladie et sur les patients.

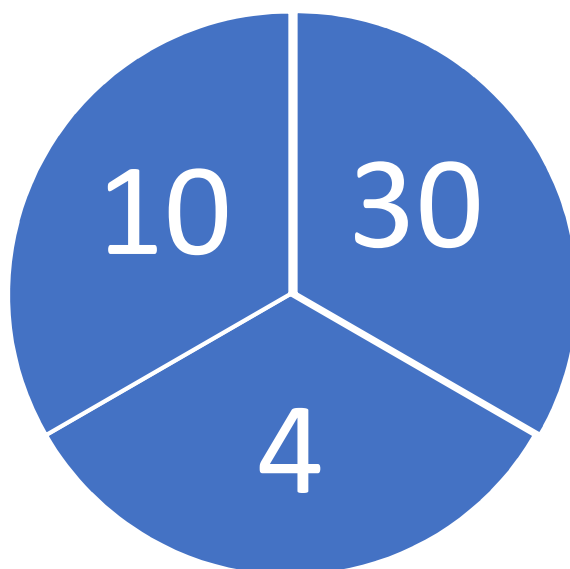
4.1.5. Une perception négative du personnel soignant

L'attitude des agents de santé envers leurs patients constitue un obstacle à la prise en charge de ces derniers à l'hôpital général de Bonon. Ces agents de santé estiment que les patients de l'ulcère de Buruli vivent sans règle d'hygiène rigide. Ici, l'idée que l'agent pathogène responsable de la contamination vit dans la boue ou dans les marécages se trouve écartée. Ils ne peuvent plus du coup, ni leur donner des conseils, ni les sensibiliser sur les zones à éviter. Toutes ces difficultés sont complétées par les obstacles liés à la prise en charge constitués par les patients eux-mêmes.

4.1.6. Les obstacles causés par les patients à leur prise en charge

Les patients semblent être lésés par leurs catégories sociodémographiques. Parmi les 44 patients de l'échantillon, 30 personnes ont le niveau d'étude primaire, 10 personnes ont le niveau du Brevet d'Étude du Premier Cycle (BEPC) et 4 personnes ont le niveau du baccalauréat. Les effets de la variable « niveau d'étude » sont à considérer dans la prise en charge des patients de l'ulcère de Buruli. Le diagramme de secteur à barres ci-dessous revient sur l'importance du nombre de patients ayant un niveau d'étude relativement bas.

Graphique 2 : Les personnes les moins instruites atteintes de l'ulcère de Buruli



Source : Données de l'enquête à Bonon, octobre 2021.

Les chiffres du diagramme de secteurs à barres témoignent de l'ignorance des patients à se faire une idée de la maladie dès l'apparition des premiers signes. Ils sont également révélateurs de leur perception de la maladie. 68,44% des malades reconnaissent avoir des occupations agricoles susceptibles de lieux de contamination

4.1.7. Les lieux de contraction de la maladie

À la question : « *Le jour où vous avez commencé à sentir le mal, où étiez-vous la veille ?* » La presque totalité des réponses tournent autour des travaux champêtres. Le tableau ci-dessous décrit ces lieux.

Tableau 1 : Les lieux de contamination des 44 patients de l'ulcère de Buruli à Bonon

		Patients de l'UB à Bonon		
Âge Activités		De 12 à 18 ans	De 19 à 50 ans	Pourcentages
	Labours		06	10
Nettoyage des champs		12	12	54
Fouille aux marigots		03	01	10
Total		44		100

Source : Données de l'enquête à Bonon, octobre 2021.

Les enquêtés ont été contaminés dans les marais, dans les labours et les nettoyages des champs. De manière générale, toutes ces activités se déroulent dans des zones humides. Le nettoyage des champs récolte le plus gros score, soit 54% de contaminés contre 36% pour les labours des champs. On note enfin, que la maladie concerne tous les âges, des enfants aux adultes selon le tableau. Alors, il convient de s'interroger sur le degré d'information des patients sur la maladie.

4.1.8. Le degré d'information des patients de l'ulcère de Buruli sur la maladie

La question : « *Quel est le nom du microbe qui cause vos grandes plaies ?* »

Tableau 2 : Degré d'information des patients de l'ulcère de Buruli sur la maladie

Nombre de patients interrogés	Nombre ignorant l'agent pathogène	Nombre connaissant l'agent pathogène
44	39	5
Pourcentage (%)	88 ,63	11 ,36

Source : Données de l'enquête à Bonon, octobre 2021

Les réponses contenues dans ce tableau donnent une idée nette sur le degré d'information des patients sur l'agent pathogène. 39 patients sur 44 (88,63%) affirment avoir contracté l'ulcère de Buruli à force de soigner un proche malade. Ainsi, l'ignorance de la dangerosité des endroits foyers de contamination conduit les patients à se faire des

Représentations erronées de l'ulcère de Buruli.

4.1.9. Les représentations sociales de l'ulcère de Buruli à Bonon

Tableau 3 : Représentations sociales de l'ulcère de Buruli à Bonon

Nombre de patients interrogés	Nombre de réponses identiques	Pourcentage (%)
44	44	100

Source : Données de l'enquête à Bonon, octobre 2021

À la question : « *Comment avez-vous eu l'ulcère de Buruli ?* », 100% des patients affirment : « *La maladie est venue comme ça sur moi* ». L'opinion des patients de l'ulcère de Buruli fait croire que cette endémie est une malédiction à conjurer en faisant intervenir les tradipraticiens. Le manque d'agent de santé spécialisé qui pourrait faire une prise en charge idoine des patients, ne les encourage pas à aller à l'hôpital de Bonon. Cet état de fait renforce leurs représentations de l'ulcère de Buruli qui, à leurs yeux, est un sort ou une malédiction.

5. Discussion des résultats

5.1. Les variables sociodémographiques et le processus de la prise en charge des patients

Les variables « niveau d'étude et profession » influencent négativement les comportements des patients aussi bien que ceux du personnel de santé notamment, les aide-soignants. Les représentations sociales de l'ulcère de Buruli chez les patients à Bonon dénotent d'une vision simpliste et populaire liée à leur terroir et à leur manière de vivre. La non application du protocole des traitements contre l'ulcère de Buruli par les agents de santé de Bonon découle d'une connaissance limitée de la pathologie qui sévit dans leur zone de compétence.

Les caractéristiques socioprofessionnelles telles que le niveau d'étude et la profession constituent des obstacles chez les patients. La majorité issue du cycle de l'enseignement primaire est à la limite, analphabète. Elle croit aux phénomènes paranormaux comme l'ulcère de Buruli qui serait un sort ou une malédiction. Ces malades vont même se confier à des tradipraticiens. Dès lors, la médecine traditionnelle (Amangoua Paul Claver Vonan et Boa Delphin Acho, 2017, p.100) constitue l'option thérapeutique des malades. Issus de couches sociales défavorisées économiquement, les patients éprouvent des difficultés pour assurer les frais de leur prise en charge médicale. Par conséquent, le choix de la médecine traditionnelle par les patients se justifie par son coût peu élevé, son efficacité et le niveau d'instruction des patients. C'est ce qui ressort également de l'étude de Roch Christian Johnson et al (2004). Ainsi, l'analphabétisme et la pauvreté sont des facteurs entravant la sensibilisation des populations contre les maladies. Face aux préjugés et à l'ignorance, la communication devient un instrument indispensable dans l'information, la sensibilisation, l'éducation et la prise en charge des populations en général, et des patients en particulier.

5.2. L'apport de la communication dans la prise en charge des patients

À ce stade de la réflexion, il faut confronter les résultats de la recherche à l'hypothèse de départ qui stipulait que le déficit de communication sur la prise en charge de l'ulcère de Buruli favorise sa prolifération dans la zone de Bonon. Les résultats montrent que les connaissances limitées de l'ulcère de Buruli de part et d'autre, contribuent à sa prévalence élevée dans la zone de Bonon. Les 50 individus composant l'échantillon ont fourni des réponses qui révèlent la menace liée à cette endémie. Les

chiffres montrent une contamination vertigineuse de l'ulcère de Buruli dans la zone de Bonon selon des relevés des passages des patients à l'hôpital général. En effet, de 2000 à 2020, le nombre de contaminés s'est multiplié par 20, soit un taux de contamination de 11,1%. Ce taux élevé fait de Bonon une zone endémique. Aujourd'hui, c'est près de 180 malades de l'ulcère de Buruli qui vivent dans cette localité selon l'enquête.

On se rend compte que les attitudes des individus qui ne sont pas rassurés par le traitement de la maladie par la médecine moderne, les font recourir à la médecine traditionnelle. Ainsi, déconnectés, ils ont du mal à comprendre la réalité de la maladie. Et, l'hôpital général de Bonon, ne leur inspire plus la sécurité sociale dont ils ont besoin. C'est dans cet engrenage que les patients de l'ulcère de Buruli sont pris en tentant de comparer la maladie à ce qu'elle n'est pas. Ainsi, leur jugement les éloigne de la lutte contre l'endémie. Leurs attitudes sont donc à la base de leur perception de l'UB, qui constitue l'un des obstacles à la prise en charge. Pour surmonter ces obstacles en vue d'une prise en charge rigoureuse au plan médical, une place de choix doit être accordée à la communication, car « communiquer, c'est soigner ».² Ainsi, la communication devient un remède dans la prise en charge. Elle requiert par conséquent, la contribution de tous les canaux de communication adaptés favorisant l'information, la sensibilisation et l'éducation des populations.

CONCLUSION

Il est nécessaire de rappeler cette étude s'était proposée de répondre à la question générale qui suit : « Comment la communication peut-elle contribuer à la prise en charge de l'ulcère de Buruli à l'hôpital général de Bonon ? ». L'étude visait à analyser la contribution de la communication à la prise en charge des patients de l'ulcère de Buruli à Bonon. L'hypothèse générale formulée était la suivante : Le déficit de communication sur la prise en charge de l'ulcère de Buruli favorise sa prolifération dans la zone de Bonon.

² Slogan du ministère français de la Santé et de la Prévention

Au terme de l'étude, les résultats de l'enquête quantitative et qualitative ont montré que les difficultés liées à la prise en charge des patients émanent des caractéristiques socioprofessionnelles comme le niveau d'instruction des patients qui ne leur permet pas de comprendre ce qui leur arrive. À la limite analphabète, ces malades sont également issus de couches sociales défavorisées en raison de la faiblesse de leurs revenus économiques basés essentiellement sur l'agriculture. Déclarée comme une maladie tropicale négligée, l'ulcère de Buruli est pourtant une maladie qui peut rendre invalides les patients. Cette maladie est même devenue une cause importante de mortalité dans la localité de Bonon. La progression de la maladie dans la zone de Bonon s'explique par un déficit de communication sur l'endémie. Pour rectifier le tir, il faut mettre en place une stratégie de communication appropriée, tenant compte de la spécificité de la maladie et de la localité, impliquant tous les acteurs à travers des canaux de communication appropriés (radios locales, langues locales, leaders communautaires, sketches, etc.). En somme, la stratégie de communication doit porter sur les symptômes, l'épidémiologie, la transmission, le diagnostic et le traitement de la maladie. Elle a pour objectifs de vaincre les préjugés et faire comprendre aux populations que l'ulcère de Buruli est une maladie naturelle qui peut se guérir médicalement.

Références bibliographiques

ADJET Abel, 2017, « Itinéraires thérapeutiques des malades de l'ulcère de Buruli et difficultés de prise en charge hospitalière à Djékanou (Côte d'Ivoire) », *European Scientific Journal*, n° 03, Vol. 13, pp.197-130.

AUBRY Pierre et GAÜZERE Bernard Alex, 2020, « Ulcère de Buruli : actualité », disponible sur www.medecinetropicale.com, consulté le 14 septembre 2022.

BALIMA Serges Théophile et DUCHENNE Véronique, 2005, *Méthodologie de la recherche en sciences de l'Information et de la Communication : L'élaboration du mémoire de maîtrise*, Ouagadougou, Éditions Sankofa/Sidwaya.

Dictionnaire médical, disponible sur <https://www.dictionnaire-medical.fr/definition.prisenchargemedical/>, consulté le 10 octobre 2022.

FISHBEIN Martin et Ajzen Icek, 1980, *Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction of theory research*, Addison-Wesley, Reading Mass.

JOHNSON Roch Christian et al., 2004, « Le traitement traditionnel de l'ulcère de Buruli au Bénin : analyse de l'itinéraire thérapeutique des patients, les grandes étapes du traitement traditionnel, le coût et l'efficacité », *Med tropical*, N64, pp. 238-242.

KOFFI Yao Didier, 2017, *Approche nutritionnelle dans la prise en charge de l'ulcère de Buruli : les expériences du centre de santé Saint-Michel de Zoukougbeu et de l'hôpital général de Djekanou en Côte d'Ivoire*, Master en Développement de l'Université Senghor d'Alexandre, Département Santé, Politiques Nutritionnelles, 2015-2017, <https://memoires.usenghor-francophonie.org/memoire>, consulté le 15 octobre 2022.

OMS, 2012, *Diagnostic de l'ulcère de Buruli au laboratoire : un manuel destiné au personnel de santé*.

RENAUD Lise et RICO de Sotelo, Carmen, 2008, « Communication et santé : des paradigmes concurrents », *Santé publique*, N1, Vol. 19, mise en ligne sur [Cairn.info](http:// Cairn.info) le 01/01/2007, <https://doi.org/10.3917/spub.071.0031>, pp 31-38.

SCHALLER Philippe et GASPOZ Jean-Michel, 2008, « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique », *Revue Médicale Suisse* – www.revmed.ch – 24 septembre 2008, N°172, pp 2034-2039, consulté le 10 octobre 2022.

VONAN Amangoua Pierre Claver et ACHOBoa Delphin, 2017, « Paradoxe thérapeutique de l'assogo (ulcère de buruli et/ou érysipielle) dans le département d'Adzopé (Sud, Côte d'Ivoire) », *GUREP*, N°26, pp. 95-109

