



APPROCHE ETHOLOGIQUE DE L'OBSERVANCE DES TRAITEMENTS DE PREVENTIONS DE LA CECITE DES RIVIERES CHEZ LES POPULATIONS DE LA SOUS-PREFECTURE DE TAABO : CAS DU VILLAGE D'AHIREMOU 1

ETHOLOGICAL APPROACH TO THE OBSERVANCE OF THE TREATMENT OF PREVENTION OF RIVER BLINDNESS IN THE POPULATIONS OF THE TAABO SUB-PREFECTURE: CASE OF THE VILLAGE OF AHIREMOU 1

¹KOFFI N'guessan Martial

¹Doctorant en Anthropologie,
Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD),
Université Félix Houphouët-Boigny,
koffimartial07@gmail.com

KOFFI N'guessan Martial. Approche ethologique de l'observance des traitements de preventions de la cecite des rivieres chez les populations de la sous-prefecture de Taabo : cas du village d'Ahiremou 1. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 2 (4), 180-189. [En ligne] 2019, mis en ligne le 30 Décembre 2019, consulté le 2019-12-29 09:00:08, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=70>

Résumé

En 2002, l'onchocercose ou la cécité des rivières qui est une maladie invalidante, a été déclarée comme éradiquée. Mais depuis 2005, elle a refait surface dans ses zones de prédilection avec une prévalence qui atteint les 15 % en 2007. Cet article vise à montrer comment les facteurs comportementaux des populations et leurs origines peuvent influencer l'observance des traitements de l'onchocercose. Ainsi, le village d'Ahirémou 1

dans le département de Taabo est la localité choisie pour mener cette étude. Les entretiens semi-dirigés et les observations ont permis de montrer que des facteurs divers influencent la bonne observance du traitement. Au nombre de ces facteurs, on a le caractère de mobilité des populations pendant la période de distribution du traitement, les effets secondaires des premiers médicaments de l'ancienne campagne, l'oubli du fait de la durée entre les prises ainsi que le scepticisme et les croyances liées aux maladies. Aussi la cécité tardive est un châtiment de Dieu ou un envoutement. Cet article montre les facteurs comportementaux avec parfois des origines culturelles qui influencent à un certain niveau la bonne observance du traitement de l'onchocercose par les populations de ce village.

Mots clés : Cécité des rivières, approche éthologique, observance des traitements, village d'Ahirémou 1

Abstract

In 2002, onchocerciasis or river blindness which is a disabling disease, had been declared as eradicated. But since 2005, it has reemerged in its favorite areas, with a prevalence that reached 15% in 2007. This article aims to show how populations and their origins behavioral factors can influence onchocerciasis treatments observance. So, Ahiremou 1 in Taabo department is a locality chosen to conduct this study. The semi-directed interviews and observations showed that various factors influence treatment's good observation. Among those factors, there is population's mobility character during the first distribution period, the medicine's side effects during the former campaign against the disease, neglecting due to duration between the taking as well as skepticism and beliefs related to illnesses. Also, belated blindness is God punishment or a spell. This article shows the behavioral factors, sometimes with cultural origins, which influence at a certain level the good onchocerciasis treatment observance by this village's populations. This article shows behavioral factors with sometimes cultural origins that affects at some level, the good onchocerciasis treatment observance by that village's populations.

Keywords: River, blindness, ethological approach, treatment observance, Ahirémou 1 village

INTRODUCTION

L'onchocercose ou la cécité des rivières est une maladie particulière à cause de son caractère invalidant¹ chez les personnes atteintes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'onchocercose est une maladie parasitaire causée par le ver filaire *Onchocerca*

volvulus. Elle est transmise par les piqûres des mouches infectées de l'espèce *Simulium* qui se réfugient dans les ruisseaux et rivières au cours rapide² d'où l'appellation de la cécité des rivières.

En ce qui concerne la situation dans le monde, il faut noter que la maladie est endémique dans 31 pays d'Afrique subsaharienne, trois pays d'Amérique latine (la Colombie, l'Equateur, le Mexique) et au Yémen (OMS, 2017, p. x). Depuis 2013, l'OMS a déclaré exempts d'onchocercose humaine les trois pays d'Amérique latine cités plus haut (OMS, 2017, p. xi). L'onchocercose touche plus de 37 millions de personnes à travers le monde et notamment en Afrique (OMS, 2010, p.141). Selon les estimations de 2005, 89 millions de personnes sont dans des zones à risques (A-S Lepori 2013, p. 40). Cette maladie est la principale cause de cécité en pays tropicaux. A l'échelle mondiale, elle représente la deuxième cause infectieuse de cécité derrière le trachome (*Chlamydia trachomatis*). Elle serait à l'origine de 500 000 déficiences visuelles et 270 000 cécités dans le monde. Cette parasitose sévit essentiellement en Afrique tropicale (90 % des cas), où elle représente un vrai problème de santé publique. Dans les communautés d'Afrique de l'Ouest où elle sévit le plus sévèrement, l'onchocercose a rendu aveugles jusqu'à 50% des hommes de plus de 40 ans (A-S. Lepori, 2013, p. 40). Selon les sources plus récentes, on estime à 198 millions le nombre de personnes vivant dans des zones où elles se trouvent exposées à un risque d'onchocercose. Dans la région africaine, le nombre total de traitements administrés contre l'onchocercose a été de 132 millions en 2016, en progression par rapport à 2015 (P. Aubry et B-A. Gaüzère. 2017, p. 3).

¹ L'onchocercose est considérée comme une maladie invalidante compte tenu de l'organe touché

² www.who.int/apoc/onchocerciasis/fr/

L'onchocercose se manifeste avec des symptômes très évolutifs et parfois insidieux. C'est après un à deux ans de vie sous-cutanée des microfilaires que le malade se rend compte de son réel état. Les signes cliniques surviennent suite à une phase d'incubation silencieuse de six (6) à 18 mois.

Cette maladie touche principalement les yeux et la peau, les atteintes à la peau se manifestant par des lésions cutanées sous forme de nodules onchocerquiens, onchodermite ou kystes (prurigo, lichénification, gale filarienne, dépigmentation³). En clair On parle "d'onchodermite papulaire aigue". Au début, les lésions cutanées, hyperpigmentées, sont difficiles à repérer sur peau noire. Les démangeaisons, insupportables, évoluent souvent par poussées. Les lésions de grattage qui en résultent laissent place à des cicatrices indélébiles. En ce qui concerne les yeux, il y a une réaction inflammatoire due à la mort des vers dans les tissus oculaires. Ce qui entraîne des lésions sévères au niveau de la cornée, de la rétine ou du nerf optique. C'est l'augmentation progressive, du fait des infections répétées, de la charge filarienne, qui entraîne l'apparition des complications. Les premiers symptômes sont des démangeaisons, un larmolement et une rougeur de l'œil. Ils s'accompagnent d'une photophobie, d'une gêne de la vision nocturne (héméralopie) puis diurne. Le champ visuel se rétrécit progressivement. La conséquence ultime de l'onchocercose est une cécité complète irréversible qui survient 10 à 15 ans après l'infection (A-S Lepori, 2013, p. 51 ; P. Aubry et A- B. Gaüzère, 2017, p. 2). Les individus à risque sont les adultes de plus de 35 ans infectés (A-S Lepori, 2013, p. 41 ; J. Mouchet, 1986, p. 2). Le traitement à l'ivermectine est depuis des décennies utilisé dans les programmes de lutte contre l'onchocercose dans les pays endémiques.

L'ivermectine (MECTIZAN®) est prescrite à la dose de 200 µg/kg, en une seule administration orale, que l'on renouvelle tous les six (6) ou 12 mois. L'ivermectine tue les larves, mais pas les vers adultes, ce qui fait que des traitements annuels ou semestriels sur une longue durée (11 à 14 ans) sont nécessaires pour parvenir à maîtriser la maladie en évitant toute résurgence (P. Aubry et A- B. Gaüzère, 2017, p. 2 ; OMS, 2017, p. x).

Par ailleurs en 2002 le Programme de Lutte Contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) dont faisait partie la Côte d'Ivoire a été interrompu parce que selon l'OMS l'objectif de ce programme était atteint c'est-à-dire l'éradication totale de la maladie. Alors qu'on la pensait éradiquer, une évaluation épidémiologique menée de juillet à septembre 2007 a découvert, que 14% des enfants de moins de cinq ans étaient infectés (OMS, 2010, p. 142).

La crise militaro-politique de 2002 est la principale raison évoquée pour expliquer la recrudescence en entraînant l'arrêt du suivi épidémiologique (OMS 2010, p.142). Cependant le rapport technique annuel de la cinquième année du Projet TIDC (Traitement par Ivermectine sous Directive Communautaire) de Côte d'Ivoire (Comoé, Bandama, Sassandra, Cavally et leurs affluents) du Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose (APOC), stipule que les informations générales sur la pathologie en Côte d'Ivoire sont uniquement limitées à l'historique du contrôle de la maladie sans les facteurs qu'il faudra inclure (climat, hydrographie, centres de santé, etc.) qui vraisemblablement influencent l'épidémiologie et le contrôle (OMS, 2013. p. 21).

En effet, le constat du précédent rapport montre que plusieurs autres facteurs sont

³ Cette dépigmentation est connue sous le nom de « peau de léopard »

Approche éthologique de l'observance des traitements de préventions de la cécité des rivières chez les populations de la sous-préfecture de Taabo : cas du village d'Ahirémou 1 susceptibles d'influencer vraisemblablement l'épidémiologie. Ainsi, il est important d'explorer d'autres pistes incluant les facteurs comportementaux des populations pouvant influencer de façon négative observance du traitement contre l'onchocercose.

Le questionnement qui découle de cette situation est de savoir quels sont les facteurs comportementaux qui influencent de façon négative l'observance du traitement de prévention chez les populations du village d'Ahirémou 1 ? Autrement quels sont les comportements des populations ne permettant pas un meilleur suivi du traitement à l'ivermectine dans le village d'Ahirémou 1 ? Cette étude identifie les comportements des populations du village d'Ahirémou 1 susceptibles d'influencer de façon négative l'observance du traitement contre l'onchocercose.

1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Pour L. V. Campenhoudt et *al.* (2017, p. 21) la recherche scientifique consiste à mieux comprendre les significations d'un événement ou d'une conduite, à faire intelligiblement le point d'une situation, à saisir plus finement les logiques de fonctionnement d'une organisation, à réfléchir avec justesse aux implications d'une décision politique, ou encore à comprendre plus nettement comment de telles personnes perçoivent un problème et à mettre en lumière quelques-uns des fondements de leurs représentations. C'est dans cette optique scientifique que cette étude a été menée en avril 2018 sur une période de 15 jours dans le village d'Ahirémou 1 situé à 163 Km d'Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire. Ce village est inclus dans la région de l'Agneby-Tiassa précisément dans le département de Taabo. On y rencontre une végétation de savane et l'hydrographie est caractérisée par le fleuve Bandama et ses affluents. L'étude a porté sur un échantillon de

10 ménages sélectionnés dans les différentes couches sociales du village. Les personnes enquêtées sont les autorités coutumières (le chef du village), le président des jeunes, les chefs de ménage, les femmes et les enfants. La population totale de l'étude était de 14 enquêtés. La sélection des enquêtés était fondée sur la disponibilité, l'intérêt et la connaissance du sujet par ces derniers. La collecte des données s'est effectuée par le moyen d'entretiens semi-dirigés et d'observations directes. Le principal outil de collecte utilisé est le guide d'entretien. Il portait sur date de la dernière prise, la régularité des prises, l'arrêt du traitement, la participation aux réunions d'information et la disponibilité. Le dépouillement a permis d'identifier des comportements et leurs origines culturelles susceptibles d'influencer de façon négative l'observance du traitement. Et ce, après transcription, organisation et analyse de données collectées, ce qui a permis un rapprochement avec les études allant dans le sens que les problématiques au niveau de l'efficacité des traitements chez les populations vivant en milieux ruraux.

2. RESULTATS

Après avoir interrogé les enquêtés, il ressort de notre analyse que les habitants du village d'Ahirémou 1 manifestent un certain nombre de comportements et représentations ayant parfois des origines culturelles qui influencent de façon négative l'observance du traitement.

2.1. Facteurs comportementaux

2.1.1. Mobilité des populations : Cause de problème de suivi du traitement

La connaissance du traitement de l'onchocercose se révèle être partagée par la majorité des habitants du village d'Ahirémou 1. Cependant des entretiens avec les enquêtés ont montré que le caractère sédentaire des habitants vu leurs activités originaires n'est plus un atout pour les campagnes de

distribution du traitement l'onchocercose. En effet, de nouvelles habitudes prennent de l'ampleur dans ces communautés. La distribution se fait pendant les vacances scolaires parce que les enfants sont censés rentrer au village à la fin de l'année académique. On remarque que les enfants partent soit dans les grandes villes chez des parents, soit dans d'autres localités à la recherche d'activités génératrices de revenus. Cela se révèle dans les assertions d'un de nos enquêtés :

« ... Avant les enfants ne partaient pas à l'école donc ce n'était pas trop compliqué, il fallait les nourrir et les soigner seulement. Maintenant, l'école coûte cher donc on leur demande de se débrouiller un peu un peu pour nous aider à payer leur étude à la rentrée, car ici on n'a pas de cacao. Pour ceux qui ont la chance d'avoir leur frère à Abidjan, ils envoient leurs enfants chez leurs frères et puis au retour ils achètent les fournitures scolaires. » (Enquêté âgé de 47 ans).

Un autre enquêté ajoute :

« ... Quand j'étais jeune j'ai travaillé à LAMTO, nous étions constamment piqués par les moches, au village on nous donnait des médicaments, mais après je suis allé à Azaguié pour travailler. Là-bas j'ai été opéré de quatre boules sur mes fesses. C'était dans les années 80 mais je n'ai plus pris de médicament. Arrivé à Abidjan c'était difficile d'en avoir aussi et puis je n'ai plus accordé d'importance au traitement. C'est quand j'ai commencé à avoir des problèmes d'yeux que j'ai repris le traitement en 2009 » (enquêté âgé de 66 ans).

2.1.2. Conséquences liées à la durée entre les campagnes de distribution de l'ivermectine cause d'oubli

Le temps entre deux campagnes est de 12 mois avant un nouveau passage des agents communautaires. Cette irrégularité et cette durée entre les prises sont des facteurs qui agissent sur la disponibilité des habitants, qui

ont des tâches quotidiennes. En effet l'oubli des prises de médicaments est inhérent aux patients sous traitement et cela est fréquent même chez les patients avec des prises quotidiennes. On comprend aisément que malgré les prises rapprochées, l'oubli survient chez les patients sous traitement, à fortiori chez des patients qui doivent attendre six (06) à 12 mois pour une nouvelle prise. Sachant que Le facteur temps ou durée influence grandement la mémoire dans le sens de l'oubli, les habitants sont alors plus enclins à leurs tâches quotidiennes qu'aux activités sporadiques comme la prise de l'ivermectine. Aussi avec les nouvelles religions, les jours de repos traditionnels ne sont plus respectés. Chrétiens, musulmans, animistes ont tous des jours de repos différents. Ainsi la probabilité d'administrer le traitement à tous les habitants pendant la même période est très réduite. Pour réussir à administrer le traitement à une grande majorité de la population, une période de distribution assez longue est donc requise, ce qui n'est pas toujours le cas.

Un enquêté le révèle bien dans ces propos :

« Il est vrai que le chef du village nous informe quand les agents doivent venir distribuer les médicaments. Mais il arrive que tout le monde ne soit pas présent à cause de l'oubli. Le temps entre les prises de comprimés est très long donc nous on ne met pas cela dans notre programme car avec le temps on oublie facilement. Et puis il y a des jours où cela coïncide avec une autre activité. » (Enquêté âgé de 41 ans).

Au regard de ce qui précède, il est révélé que la constante mobilité des populations, la durée entre les campagnes source d'oubli sont autant de facteurs comportementaux qui influencent négativement l'observance des traitements. Aussi est-il important de relever un autre aspect qui est important à considérer dans la compréhension des comportements des habitants du village d'Ahirémou 1, c'est entre autre les représentations traditionnelles.

2.2. Représentations traditionnelles expliquant les facteurs comportementaux

2.2.1. Cécité comme châtiment ou envoûtement

Selon S. Fonga, (2014, p. 29), l'origine de la maladie dans la médecine traditionnelle africaine est en lien avec la communauté dans son ensemble. Ainsi les punitions, les avertissements, les attaques ou les vengeances sont évoqués. De ce fait, il est difficile pour les traditions africaines de réduire toutes les pathologies à des causes naturelles. Cette pensée a été plusieurs fois évoquée chez les enquêtés.

« Parfois, les gens te lancent des sorts pour te freiner. Si tu ne vois plus tu peux faire quoi encore ? La maladie c'est vrai on peut avoir ça comme les blancs le disent. Nous on voit les mouches ''Kplékpé''⁴ qui nous piquent. Mais quelqu'un peut te rendre aveugle, car on est en Afrique. Je sais de quoi je parle. De fois aussi c'est Dieu lui-même qui punit ceux qui ont trop fait de mal dans leur vie en les rendant aveugle. » (Enquêté âgé de 54 ans).

2.2.2. Analogie des croyances entre onchocercose et maladie incurable comme le VIH/SIDA : La durée du traitement.

La durée du traitement complet à l'ivermectine est relativement longue 15 ans. Ce rappel constant de prise de médicament pendant un temps assez long crée chez les populations une idée de la présence permanente de la maladie et cette situation est rapidement associée au VIH/SIDA. Pour eux, la prise de médicament sur une longue durée pour une maladie révèle en réalité son caractère incurable. Le VIH/SIDA étant la maladie incurable la plus connue des populations rurales à cause de sa vulgarisation mais aussi de la stigmatisation qui l'entoure. Ainsi, le lien entre l'onchocercose et le VIH/SIDA est établi par nos enquêtés, comme cela est signifié dans les propos qui suivent :

« On comprend bien qu'il est important de se soigner, car qui veut devenir aveugle ? Mais prendre médicament pendant 15 ans ce n'est pas petit. Ça ressemble à une maladie à vie, on dirait SIDA. Les autres maladies, tu prends les médicaments pendant une semaine ou deux et puis tu es guéri, mais ça là... » (Enquêté âgée de 49 ans).

Un autre évoque le fait que la durée du traitement amenuise les espoirs de guérison :

« Si chaque année tu prends des médicaments et qu'à la fin tu n'es pas guéri, tu fais comment ? Après toutes ces années de lutte contre cette maladie, on dit qu'elle est revenue. C'est comme le SIDA on ne peut pas guérir. Je ne souhaite pas ça à quelqu'un. En tout cas, ça décourage » (Enquêté âgé de 48 ans).

2.2.3. Conséquences liées l'apparition tardive de la cécité cause de négligence chez les habitants

La représentation traditionnelle de la maladie chez les habitants d'Ahirémou 1 met l'accent sur le fait que toute maladie qui est considérée comme telle conduit le malade à être alité, ce qui n'est pas le cas de l'onchocercose. Ainsi, ils arrivent à vaquer à leurs occupations longtemps avant l'apparition des signes de faiblesse visuelle, aussi les témoignages montrent que ces derniers essaient de s'accommoder avec les nodules présents sur leurs corps :

« Nous savons que c'est une maladie. Cependant que voulez-vous qu'on fasse ? Nous vivons avec les mouches. Quand nous allons nous soulager en brousse ou autour de la maison les mouches nous piquent. Comme nous pouvons toujours nous déplacer, nous continuons de faire nos activités. Aussi c'est Dieu qui nous protège. » (Enquêté de 45 ans).

⁴ '' Kplékpé'' nom locale de la similie
Chez les Baoulé (groupe Akan de Côte d'Ivoire)

3. DISCUSSION

Les facteurs comportementaux influençant de façon négative l'observance du traitement de l'onchocercose initié par la campagne de lutte contre l'onchocercose en Côte d'Ivoire sont de divers ordres. En Effet, les résultats de cette étude ont mis en évidence les facteurs comportementaux essentiellement liés aux perceptions psycho-sociales et aux croyances traditionnelles.

3.1. Facteurs comportementaux associés à la mauvaise observance des traitements chez les habitants d'Ahirémou 1

Le déplacement des populations, leur mouvement constant à la recherche du bien-être et des moyens de subsistance motivé par les nouveaux besoins de la vie sociale sont des facteurs qui agissent sur l'observance des traitements. Les réalités économiques motivent le mouvement des habitants d'Ahirémou 1 pendant la période de distribution du traitement contre l'onchocercose. L'étude menée par P. Enyong, et *al.*, (2006, p. 35) et S. Diarrassouba et *al.*, (1996, p.59) montre que les facteurs socio-économiques sont importants dans la prise en charge du traitement de l'onchocercose. Ceux-ci déterminent à un certain niveau le comportement des populations vis-à-vis de la prise en charge d'une maladie. S'agissant des comportements des populations à prendre en compte dans le traitement des maladies en Afrique O. Reveyrand (1983, p. 144-145) fait une remarque pertinente sur les travaux de A Zemplini concernant l'approche anthropologique de la maladie et des comportements afférents. Ainsi selon les Directives pour la fourniture du traitement antiretroviral aux migrants et aux personnes affectées par les crises en Afrique, (2015, p.7) le déplacement des populations entraîne des perturbations voire l'arrêt des traitements continus. On peut le constater pour le traitement de l'onchocercose dans notre étude.

En outre, les résultats des enquêtes menées auprès des habitants révèlent que l'espace entre les prises de médicaments qui est le temps mis entre une prise de médicament et la suivante est très long (un an). Ce qui est une cause profonde de l'oubli. En effet, ayant des occupations qui courent toute l'année du fait des travaux champêtres et des activités de diverses sortes qui sont ancrées depuis des lustres dans leur calendrier. Il est donc difficile pour eux d'intégrer de façon prioritaire un événement de courte durée, de quelques minutes et qui est vu comme une action facultative tant elle ne rime pas la vie de tous les jours. Cette représentation psychique de la place du traitement dans la vie des habitants est corroborée par le fait que selon l'étude de A. Golay, et *al* (2004, p1) l'observance médicamenteuse est de 50% pour toutes les maladies confondues. Aussi l'apparition tardive de la maladie et sa manifestation silencieuse sont des facteurs qui ont pour conséquence une mauvaise observance des traitements (A. Golay, et *al.*, 2004, p. 4). L'oubli est un facteur majeur qui influence du point de vue psychologique l'observance médicamenteuse chez les patients, en effet comme le montre l'enquête menée par le professeur C. Tourette-turgis (2015, p. 1), 44% des individus (n=1191) justifient leur non-observance des traitements par l'oubli. Même pour le patient l'oubli constitue une auto-thérapie psychologique car cela permet au patient d'oublier sa maladie. C'est ce que stipule C.Tourette-turgis, (2015, p. 1) en ces termes : « oublier son traitement c'est oublier sa maladie, ou tout du moins, l'ignorer durant quelque temps ». Il est donc clair que l'oubli est un facteur influence le comportement d'observance médicamenteuse. D'autres facteurs peuvent s'ajouter, ces derniers sont le plus souvent liés à la psychologie des sujets. M. Antignac et *al.*, (2003, p. 2). Ces résultats vont dans le même sens que ceux de E. N.

Approche éthologique de l'observance des traitements de préventions de la cécité des rivières chez les populations de la sous-préfecture de Taabo : cas du village d'Ahiremou 1 Essomba et al (2015, p. 3) sur les sujets infectés sous antirétroviraux dans un hôpital de référence de Douala. Pour ce qui de la négligence, il est important de signifier que ce facteur est souvent associé à l'état émotionnel des patients ce qui détermine l'attitude des patients vis-à-vis de leurs traitements (M. Antignac, 2003, p. 3). Cette négligence s'explique bien à travers le Health compliance Model (HCM) qui signifie le modèle de compliance en santé. Il permet de prendre en compte l'impact du traitement médicamenteux dans sa durée en intégrant les attitudes et comportements du patient (attitudes personnelles et croyances) (G.-N. Fischer et C. Tarquinio, 2006, p. 172).

3.2. Les représentations traditionnelles de la maladie et leurs impacts sur les traitements

L'observance des traitements est étroitement liée à la perception que se fait le patient de sa maladie. En fait, l'hostilité que manifeste le patient vis-à-vis de son traitement se rapporte au rapprochement psychologique qu'il fait avec les maladies dites « incurables ». La crainte qui est associée aux maladies chroniques, se transfère à l'onchocercose par la durée du traitement. Une ou deux prises annuelles sur 10 à 15 ans donnent aux habitants sous traitement une impression de chronicité de la maladie donc un caractère incurable. Cela conforte leur perception de malade apparenté au VIH/SIDA, ou autres maladies chroniques. Dans nombre de sociétés traditionnelles d'Amérique latine et d'Afrique, comme celles de la Côte d'Ivoire, on appréhende la maladie en relation avec ses origines. O. Reveyrand (1983, p. 145) explique qu'une maladie est repérée et parfois nommée en fonction de sa causalité explicitée par le diagnostic. Celui-ci s'effectue par divination. Par l'intermédiaire soit du rêve, soit de l'inspiration éveillée, le médium ou le devin reçoit et retransmet un message. Ces pratiques aboutissent souvent

par la désignation d'une cause mystico-religieuse, l'œuvre de Dieu, à travers une punition pour un acte de méchanceté commis par le malade, la transgression d'un interdit et parfois l'œuvre d'un envoutement, un sort jeté par un sorcier ou une personne qui veut du mal au malade. Cette perception se rencontre dans l'étude menée par O. Y. Koffi et al. (2018 p. 15) sur les facteurs associés au retard du diagnostic et du traitement de la lèpre en Côte d'Ivoire : Cas des patients sous traitement à l'institut Raoul Follereau d'Adzopé Les résultats de cette étude sont superposables aux nôtres en ce qui concerne le caractère surnaturel de l'origine des maladies. Les représentations que se font nos enquêtés de l'origine de la cécité montrent à quel point leurs itinéraires thérapeutiques accordent moins d'importance à l'observance médicamenteuse.

Conclusion

En dépit des programmes de lutte contre l'onchocercose et la disponibilité des traitements, la réalité est qu'il y a une régression des résultats obtenus dans le passé. Les recherches que nous avons menées font état de l'importance de la prise en compte des comportements des populations dans l'observance des traitements de lutte contre l'onchocercose. Il apparaît dans notre étude que les enquêtés ont des comportements spécifiques liés aux pressions psycho-sociales et aux considérations traditionnelles de la maladie et surtout de la cécité. Ces facteurs influencent considérablement la perception de l'onchocercose et par ricochet les traitements proposés. En effet, la mobilité des populations à la période de distribution des traitements due aux motivations économiques cause un réel problème de suivi du traitement contre l'onchocercose. Ajouté à cela notre analyse montre que l'oubli et la négligence sont des caractéristiques propres aux enquêtés, vu que

le temps entre deux prises est très long (un an) et aussi que la cécité apparaît tardivement dans la vie des populations. En face, la durée et la prise cyclique des médicaments pendant une durée assez longue pour les populations, l'onchocercose est vite associée aux maladies comme le VIH/SIDA. Cette perception apparaît comme un facteur de démotivation. Pour la plupart de nos enquêtés, devenir non-voyant ou être atteint de cécité relève du mystico-religieux comme châtiment divin ou un envoiement jeté par une personne qui vous veut du mal ou encore des génies pour avoir transgressé des interdits. Vu l'ancrage de toutes ces considérations psycho-sociaux et culturelles, il est impérieux de les associer aux campagnes avenir de lutte contre les maladies dites négligées dont fait partie l'onchocercose pour une meilleure prise en charge chez les populations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANTIGNAC Marie, GARSULT Sophie, GOLMARD Jean-Louis, JUNOT Helga, FIEVET Marie-Hélène et THUILLIER Alain, 2003, «Évaluation des facteurs influençant l'observance aux traitements médicamenteux chez des patients infectés par le VIH», *Journal de Pharmacie Clinique*, 22(2), p. 78-87.

AUBRY Pierre et GAÛZERE Bernard-Alex, 2017, *Onchocercose chez une jeune femme Burundaise. Cas clinique*, MEDECINE TROPICALE, Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale, Université de Bordeaux, 33076 Bordeaux (France) www.medicinetropicale.com.

CAMPENHOUDT Luc Van, MARQUET Jean et QUIVY Raymond, 2017, *Manuel de recherche En sciences sociales 5e édition Entièrement revue et augmentée*, Maquette de couverture : Atelier Didier Thimonier Maquette intérieure : www.atelier-du-livre.fr (Caroline

Joubert) Dunod, 11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff ISBN 978-2-10-076541-6.

DIARRASSOUBA Sangaré, TRAORE Soungalo et RIVIERE François, 1996, *L'endémie onchocercarienne en zone forestière de Côte d'Ivoire, taux de prévalence et densités microfilariennes*, Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées Le Pharo-Marseille, volume 56 numéro 1.

ENYONG Peter, TRAORE Soungalo, LOUANGO E., FOBI Grâce, NOMA Mounkaila, YAMEOGO Laurent., KAYEMBE David et SEKETELI Azodoga, 2006, *Programme Africain de Lutte Contre L'onchocercose (APOC) : Transmission d'onchocerca volvulus par simulium damnosum s. l. dans deux régions de la république centrafricaine*, p. 35-44.

ESSOMBA Emmanuel Noël, ADIOGO Dieudonné, KOUM Danielle Christiane Kedy, AMANG Baudouin, LEHMAN Léopold Gustave et COPPIETERS Yves, 2015, *Facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala*, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Cameroun.

FISCHER Gustave-Nicolas et TARQUINIO Cyril, 2006, «L'observance thérapeutique», dans *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod, p. 163-187.

FONGA Sabrina, 2014, *Représentation de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France*, Thèse de doctorat de médecine spécialisée, Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), Faculté de médecine.

GOLAY Alain, NGUYEN Howles, et AMATI Francesca, 2004, «Améliorer l'observance médicamenteuse», *Rev Med Suisse*,

Approche éthologique de l'observance des traitements de préventions de la cécité des rivières chez les populations de la sous-préfecture de Taabo : cas du village d'Ahiremou 1 <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2480/23788>

KOFFI Yao Olivier, TIA Yomi Felicien, KOUAME Atta, YORO Blé Marcel et KONE Drissa, 2018, «Facteurs Associés Au Retard Du Diagnostic Et Du Traitement De La Lèpre En Côte D'ivoire : Cas Des Patients Sous Traitement A L'institut Raoul Follereau D'adzope», *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé, 1 (1), p. 08 – 119*, mis en ligne le 08 juillet 2018 <https://www.retssaci.com/index.php?page=detail&k=17>

LEPORI Anne-Sophie, 2013, *L'onchocercose : Données actuelles et nouvel horizon thérapeutique ; Le rôle de la doxycycline dans le traitement de l'onchocercose*, Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Lorraine.

MOUCHET Jean, 1986, *L'onchocercose, ou cécité des rivières, revue du palais de la découverte*, vol.14, n° 138, O.R.S.T.O.M.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2010, *Maladies transmissibles profil épidémiologique Côte d'Ivoire ; Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence (DCE)*, Département alerte et action au niveau mondial (GAR), who/hse/gar/dce/2010.3.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2013, *Programme Africain de lutte Contre l'Onchocercose (APOC)*, Rapport de la 37ème session du Comité Consultatif Technique (TCC) Ouagadougou, 09 – 13 septembre 2013, *dir/coord/apoc/rap/cct37 03/04/2014*.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2017, *Lignes directrices pour l'arrêt de l'administration de masse de médicaments et la vérification de l'élimination de l'onchocercose humaine : critères et procédures*, [Guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of

human onchocerciasis. Criteria and procedures], ISBN 978-92-4-251001-0, <http://apps.who.int/iris>.

REACH Gerard, 2006, *Clinique de l'observance : l'exemple des diabètes*, John Libbey eurotext, Formation, 188 p.

REVEYRAND Odile, 1983, *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Premier colloque national d'anthropologie médicale, p.144- 148, Paris.

TOURRETTE-TURGIS Catherine, 2015, *Et si nous écoutions les patients ? L'enquête « Vos traitements et vous ? »*, Université des Patients, en partenariat avec Pfizer, Communiqué de presse, www.pfizer.fr.Observance.