

## Représentation sociale de l'ulcère de Buruli (*mbasu*) par les habitants de Kikwit en République Démocratique du Congo.

*Social representation of Buruli ulcer (mbasu) by the inhabitants of Kikwit in Democratic Republic of Congo*

Jean MACAIRE MUSITU UKONDALEMBA<sup>1,\*</sup>, Jean Pierre AMULI JIWE<sup>2</sup>, MUKANDU BASUA BABINTU Leyka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) de Kikwit, République Démocratique du Congo

<sup>2</sup>Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

### RESUME:

L'ulcère de Buruli, appelé *mbasu* en langue locale, une maladie endémique dans certaines régions de la République Démocratique du Congo, constitue un enjeu majeur de santé publique à Kikwit. La maladie touche de nombreuses personnes, qui privilégient les soins traditionnels comme premier recours thérapeutique. Le but de cette étude est d'explorer les représentations sociales de cette maladie chez les habitants de Kikwit, afin de comprendre pourquoi les traitements traditionnels sont préférés aux soins médicaux. L'étude repose sur une approche phénoménologique, avec des entretiens semi-structurés menés auprès des patients, des soignants et des aides-malades. Les résultats obtenus montrent que l'ulcère de Buruli est souvent perçu comme un mauvais sort ou une conséquence des actes individuels, plutôt qu'une maladie naturelle. Les croyances mystiques coexistent avec une approche biomédicale émergente, influençant les choix thérapeutiques. La perception sociale de l'ulcère de Buruli à Kikwit souligne l'importance de concilier la médecine moderne avec les savoirs traditionnels afin d'améliorer la prise en charge et l'efficacité des traitements.

**Mots clés :** Représentation sociale, Ulcère de Buruli, Infection, Facteurs associés, Itinéraires thérapeutiques différenciés.

### ABSTRACT :

Buruli ulcer, known as '*mbasu*' in the local languagean endemic disease in certain regions of the Democratic Republic of the Congo, represents a major public health challenge in Kikwit. The disease affects many individuals who favor traditional treatments as their primary therapeutic approach. The objective of this study is to explore the social representations of Buruli ulcer among the inhabitants of Kikwit to understand why traditional therapies are preferred over medical care. The study is based on a phenomenological approach, using semi-structured interviews conducted with patients, caregivers, and healthcare assistants. The findings reveal that Buruli ulcer is often perceived as a curse or a consequence of individual actions rather than a natural disease. Mystical beliefs coexist with an emerging biomedical perspective, influencing therapeutic choices. The social perception of Buruli ulcer in Kikwit highlights the need to reconcile modern medicine with traditional knowledge to enhance treatment effectiveness and patient care.

**Keywords :** Social representation, Buruli ulcer (*mbasu*), Infections, Associated factors, and Differentiated therapeutic pathways.

\*Adresse des Auteur(s)

**Jean MACAIRE MUSITU UKONDALEMBA**, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) de Kikwit, République Démocratique du Congo ;

**E-mail :** [musitujeanmacaire@gmail.com](mailto:musitujeanmacaire@gmail.com)

**Tél :** +243 815320467 ;

**Jean Pierre AMULI JIWE**, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

**MUKANDU BASUA BABINTU LEYKA**, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

### I. INTRODUCTION

L'ulcère de Buruli (UB), ou *mbasu* en langue locale, est une maladie grave et récurrente, causée par la bactérie *Mycobacterium ulcerans* [1]. Elle se manifeste par des plaies nécrotiques (tissus morts) indolores, souvent aux membres inférieurs ou supérieurs, et est fréquemment associée à tort à la sorcellerie. Pour cette raison, les patients préfèrent se tourner à la médecine traditionnelle plutôt qu'à la médecine moderne. Leurs itinéraires thérapeutiques sont influencés par des représentations sociales comprenant croyances, opinions et pratiques traditionnelles.

La maladie affecte principalement les populations rurales d'Afrique subsaharienne. Cette maladie tropicale négligée entraîne des lésions cutanées graves pouvant causer des incapacités permanentes. Elle a été signalée dans 33 pays, son premier cas documenté remontant à 1897 en Ouganda [1].

Elle affecte non seulement le patient mais aussi la société dans son ensemble. Les souffrances individuelles ont des répercussions sociales, influençant les relations et la dynamique communautaire. La perception de la maladie dépend donc du contexte socioculturel [2].

La perception de la maladie est façonnée par l'expérience personnelle et les normes sociales. Le patient doit intégrer son vécu dans un réseau d'interprétations et de règles sociales, notamment dans la relation patient-médecin [3].

Les valeurs et croyances autour de la santé influencent la manière dont les maladies sont perçues et vécues. Etudier ces représentations permet d'analyser leur impact sur la prise en charge médicale et les comportements liés à la santé [4].

La maladie a longtemps occupé une place centrale dans l'approche des représentations sociales. Des études ont montré son rôle clé dans la construction du rapport au risque et aux comportements sanitaires [5].

La médecine occidentale a intégré certains aspects psychosociaux, bien que l'approche biomédicale reste dominante. Les croyances traditionnelles continuent d'influencer la manière dont la maladie est perçue et prise en charge [3].

# Représentation sociale de l'ulcère de Buruli par...

L'évolution de la médecine a entraîné des divergences sur la conception de la maladie. Certaines théories considèrent la santé comme un équilibre entre l'individu et son environnement, tandis que l'approche biomédicale met l'accent sur le corps et ses symptômes [6].

L'ulcère de Buruli est perçu non seulement comme une maladie biologique, mais aussi comme un phénomène social. Cette conception influence les attitudes des patients et leur approche du traitement [7].

La médecine occidentale a longtemps été centrée sur les aspects biologiques et médicaux des maladies. Toutefois, certaines méthodes paternalistes restent présentes, influençant la relation entre patients et professionnels de santé [8,9].

Malgré les efforts d'éradication, l'ulcère de Buruli continue d'être diagnostiqué chaque année. La population manque souvent d'informations précises, ce qui alimente des perceptions mystiques de la maladie. Les campagnes de sensibilisation doivent être renforcées [10].

L'ulcère de Buruli a été signalé dans 33 pays, mais le nombre de cas varie chaque année. La baisse observée en 2020 et 2021 pourrait être due à la pandémie de COVID-19, qui a affecté la détection active des cas [1].

L'incidence exacte de l'ulcère de Buruli reste inconnue dans plusieurs pays endémiques, avec une sous-notification suspectée, notamment au Nigéria. Dans les années 1990, environ 10 000 cas étaient signalés chaque année, mais ce nombre a fortement diminué au fil des ans. En 2015 et 2016, les cas signalés dans 13 et 14 pays étaient respectivement de 2 046 et 1 920. En 2018, 2 713 cas ont été recensés, principalement au Ghana, en Australie et au Nigeria [11].

Parmi les 516 zones de santé en République Démocratique du Congo, 17 sont endémiques et 26 sont suspectées de l'être. Les zones d'intervention identifiées avant 1974 restent actives, tandis que de nouveaux foyers de la maladie ont été détectés le long de la rivière Kwango, dans la région du Bandundu. L'extension des foyers existants a aussi été observée dans les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et du Maniema [12].

Dans la ville de Kikwit, l'ulcère de Buruli affecte un grand nombre de personnes. Curieusement, ces patients prennent des itinéraires thérapeutiques différents dont le recours aux soins traditionnels [guérisseurs], aux églises et enfin, à un stade avancé de la maladie, à la médecine moderne. Pourtant, la maladie est parfaitement connue de cette dernière : elle est décrite dans la littérature scientifique, l'étiologie bien connue (*Mycobacterium ulcerans*), et la prise en charge efficace bien

expliquée grâce à des protocoles médicaux associant antibiotiques et interventions chirurgicales. Mais pour les personnes touchées par cette maladie et leurs familles, il s'agit d'une expérience individuelle qui a des conséquences psychologiques, sociales et culturelles.

Cette étude s'appuie sur la théorie des représentations sociales de Moscovici [13], qui décrit ces représentations comme des connaissances collectives structurées et partagées, intégrant attitudes, croyances et valeurs. Elles permettent aux individus d'interpréter leur environnement et influencent la perception de l'ulcère de Buruli à Kikwit, où la maladie est entourée d'idées préconçues, de stéréotypes et de mythes. Comprendre ces représentations sociales aide à adapter les interventions de santé publique aux réalités locales. Elles reposent sur un noyau central stable, entouré d'éléments périphériques plus flexibles, facilitant leur évolution dans différents contextes sociaux [14-17].

## II. MATERIELS ET METHODES

L'étude adopte une approche phénoménologique visant à explorer les expériences vécues par les patients atteints d'ulcère de Buruli, leurs familles et les soignants. La collecte des données repose sur des entretiens semi-structurés menés en face-à-face avec les habitants de Kikwit concernés, facilitant une analyse thématique et catégorielle à partir des verbatim recueillis. L'échantillonnage utilisé est non probabiliste et accidentel, sélectionnant les participants disponibles au moment et au lieu de l'étude, ce qui limite sa représentativité. Ainsi, les patients, leurs proches et les soignants rencontrés composent l'échantillon accessible, permettant d'identifier les représentations sociales de la maladie. La sélection repose sur plusieurs critères, incluant une résidence à Kikwit de plus de six mois, l'expérience directe ou indirecte de la maladie, l'implication en tant que soignant et le consentement volontaire à participer. Toute personne ne répondant pas à ces conditions est exclue de l'étude. Ce qui a conduit à constituer un échantillon de 13 participants.

## III. RESULTATS

Les résultats de cette étude seront présentés en deux parties : d'abord les profils des répondants présentés au Tableau 1, puis l'analyse des sous-thèmes, des catégories et des verbatim.

Tableau 1 : Profils des répondants

Catégorie	Soignant	Patient	Aide-malade	Effectif
<b>Profils</b>				
Âge				13
< 55 ans	2	2	1	5
≥ 55 ans		6	2	8
Sexe				13
Masculin	1	5	1	7

Féminin	1	3	2	6
<b>État matrimonial</b>				13
Célibataire	1	2		3
Marié(e)	1	2	3	6
Divorcé(e)		1		1
Veuf(ve)		3		3
<b>Niveau d'études</b>				13
Aucun		2		2
Primaire		2		2
Secondaire		5	1	6
Universitaire	1		2	3
<b>Cartel ethnique</b>				
Mbala, Pende,	1	3	1	5
Ngongo, Suku, ...				
Yansi, Mbun, Dinga	1	2		3
...				
Luba, Benialulwa,		1	1	2
Tshiokwé, Lunda,		1	1	2
Autres		1		1

Ce tableau retrace les principaux profils sociodémographiques de ces trois groupes des répondants : soignants, patients et aides-malades.

### Âge

- La majorité des patients (6 sur 8) sont âgés de 55 ans et plus, ce qui indique que la maladie touche de manière marquée les personnes âgées, à cause de leur exposition prolongée aux sources de contamination lors des activités de survie (pêche, chasse, élevage et agriculture).
- Les soignants sont tous âgés de moins de 55 ans, ce qui témoigne peut-être d'un renouvellement du personnel de santé ou d'une génération plus jeune sensibilisée à la maladie.
- Les aides-malades sont mixtes en âge, mais en nombre réduit, ce qui limite l'interprétation.

L'âge avancé des patients joue un rôle dans la manière dont ils perçoivent la maladie, entre croyances traditionnelles et médecine moderne.

### Sexe

- Chez les patients, les hommes (5) sont plus nombreux que les femmes (3). Cette vulnérabilité s'explique par leur exposition prolongée aux sources de contamination liées aux activités de subsistance telles que la pêche, la chasse, l'élevage et l'agriculture.
- Du côté des aides-malades, on observe une majorité féminine (2 sur 3), traduisant un rôle du genre dans la prise en charge familiale.
- Les soignants sont paritaires, reflétant un équilibre dans le recrutement professionnel.

Les représentations de la maladie varient selon le genre, influencées par les rôles sociaux assignés et le rapport au corps et à la santé.

### Etat matrimonial

- Chez les patients, on note un nombre important de veufs(ves) (3) et de célibataires (2), ce qui laisse entendre un isolement social ou un manque de soutien affectif.
- Les aides-malades, eux, sont tous mariés, ce qui suggère un environnement familial stable et potentiellement une solidarité communautaire forte dans le soin.
- Les soignants se répartissent entre célibat et mariage, typique de jeunes actifs.

Le statut matrimonial influence le vécu de la maladie, en particulier le soutien moral et les stratégies de recours aux soins.

### Niveau d'études

- Les soignants ont une formation universitaire, comme attendu.
- Les patients ont un niveau d'instruction plutôt faible (la majorité étant au secondaire ou en dessous), ce qui influence leur compréhension biomédicale de l'ulcère de Buruli et leur perception de sa cause (ex. : punition spirituelle, sort...).
- Chez les aides-malades, deux ont un niveau universitaire, ce qui laisse penser que la fonction n'est pas strictement réservée à un profil non qualifié.

Le niveau d'instruction façonne profondément la représentation sociale de la maladie entre explication rationnelle, magique ou sociale.

### Cartel ethnique

- Une diversité ethnique riche est visible dans l'échantillon. Les groupes Mbala, Pende, Ngongo, Suku, Yansi, Dinga, Tshiokwé, Lunda, etc., sont représentés.
- Cette pluralité permet de penser la variabilité des représentations de la maladie selon les appartenances ethniques, traditions et cosmologies locales.

Malgré leur diversité, ces ethnies partagent une même conception du *mbasu*, qu'elles interprètent comme une maladie naturelle, une malédiction ou un déséquilibre social.

Ce tableau révèle une richesse de profils et de variations sociodémographiques qui peuvent fortement influencer la représentation sociale de l'ulcère de Buruli à Kikwit. L'âge, le niveau d'éducation, l'appartenance ethnique et la situation matrimoniale sont susceptibles de colorer les récits, les symboles associés à la maladie.

# Représentation sociale de l'ulcère de Buruli par...

## Données relatives aux sous thèmes et catégories

Après avoir examiné les transcriptions des entretiens enregistrés avec 13 participants, nous avons utilisé une matrice d'analyse des données comprenant trois colonnes : Sous-thème, Catégorie et Verbatim.

Notre étude explore comment les habitants de Kikwit se représentent socialement l'ulcère de Buruli (mbasu). À partir de ce thème central, l'analyse des témoignages des participants, illustrés par leurs propres paroles, a permis de faire émerger cinq principaux sous-thèmes suivants et plusieurs catégories :

Croyances culturelles de l'UB (causes et origine)

- Compréhensions biomédicales versus socioculturelles de Buruli (UB) chez les habitants de Kikwit,
- Attitudes courantes vis-à-vis des personnes affectées par l'UB à Kikwit,
- Expériences sur le traitement contre l'ulcère de Buruli (UB) à Kikwit,
- Solutions proposées pour réduire ou éradiquer l'ulcère de Buruli (UB) à Kikwit

Ces cinq indicateurs ont été examinés à travers une approche phénoménologique, analysant les thèmes, sous-thèmes, catégories et sous-catégories liés aux opinions des participants.

## Encadré 1 : Principaux sous-thèmes et leurs catégories

SOUS-THEME	CATEGORIE
I. CROYANCES CULTURELLES	Provenance (origine) Raisons socioculturelles d'être d'UB Causes biomédicales
II. COMPRÉHENSION BIOMÉDICALE VERSUS SOCIOCULTURELLE	Perception socioculturelle Connaissance biomédicale Reconnaissance des symptômes physiques
III. ATTITUDES COURANTES ENVERS LES PERSONNES AFFECTÉES	Soutien familial et communautaire Stigmatisation Isolement/repli
IV. EXPERIENCES SUR LE TRAITEMENT	Parcours de traitement Difficultés rencontrées Résultats et perspectives
V. SOLUTIONS PROPOSEES	Réduire ou éradiquer l'UB

## Développement des sous-thèmes, catégories et verbatim

Cette recherche explore les représentations sociales des habitants de Kikwit face à l'ulcère de Buruli (UB), mettant en avant l'influence des croyances culturelles, mysticisme, traditions, sorcellerie sur l'interprétation de la maladie. L'opposition entre médecine traditionnelle et moderne est soulignée, ainsi que les obstacles socioculturels, économiques et géographiques qui restreignent l'accès aux

soins et le bien-être des patients. A travers des témoignages, l'étude met en évidence des dynamiques variées, du soutien familial et communautaire à la stigmatisation et l'isolement.

## Encadré 2 : Premier sous-thème, ses catégories et verbatim

Sous-thème I	Catégorie	Verbatim
Croyances culturelles sur les causes et l'origine de l'ulcère de Buruli	1. Origine liée aux migrants du Kongo-Central vers Kikwit	« Le Mbasu est d'origine Bakongo, du Kongo-Central. Chez nous, à Kikwit, il n'en existait pas avant. » (P1, P13).
	2. Raisons socioculturelles de la présence de l'UB à Kikwit	« Cela fait près de dix ans que cette maladie s'est installée dans la région, introduite par les migrations. » (P6, P7).  « Cette maladie n'existait pas ici auparavant. Ce n'est qu'aux années 2010 qu'elle a été connue à Kikwit. » (P9, P11). « Mauvais sort lancé aux voleurs, adultères ou insolubles. » (P8).  « Jalousie de voisins nourrissant des intentions malveillantes. » (P10).  « Sort lancé pour se venger d'un tort ou d'une jalousie. » (P13).  « Conflit pour un héritage familial. » (P3).
	3. Causes biomédicales	« L'UB est causée par un microorganisme » (P1, P7).

## Origine liée aux migrations

- L'UB est perçue comme une maladie étrangère, introduite à Kikwit par les migrants du Kongo-Central, notamment les Bakongo.
- Elle est considérée comme récente dans la région, apparue autour des années 2010.

## Raisons socioculturelles

L'UB est souvent interprétée comme un châtement mystique :

- Sorts jetés pour punir des fautes sociales (vol, adultère, dettes).
- Actes de jalousie ou vengeance entre voisins ou membres de la famille.
- Conflits liés à des héritages ou tensions communautaires.

**Causes biomédicales**

- Une minorité reconnaît une origine scientifique, attribuant la maladie à un microorganisme infectieux, ce qui reflète une compréhension biomédicale.

Encadré 3 : Deuxième sous-thème, ses catégories et verbatim

Sous-thème II	Catégorie	Verbatim
Compréhension biomédicale versus socioculturelle	<b>1. Perception socioculturelle : Maladie mystique d'origine surnaturelle et sorcière</b>	<p>« Le Mbasu est perçu comme une maladie mystique, un sortilège destiné aux personnes ne respectant pas les normes sociales. » (P1).</p> <p>« L'UB est perçue comme un mauvais sort qui nécessite l'intervention d'un guérisseur pour neutraliser les effets démoniaques. » (P2).</p> <p>« L'UB n'est pas une maladie naturelle, mais un sortilège nécessitant des soins auprès des guérisseurs. » (P6).</p> <p>« L'UB se distingue des autres maladies du fait de son origine sorcière. Elle se soigne toujours par des guérisseurs traditionnels pour éviter des complications. » (P4).</p> <p>« L'UB est une maladie surnaturelle nécessitant un guérisseur ayant une puissance contre les forces mystiques. » (P5).</p> <p>« L'UB trouve son origine dans la sorcellerie et se traite traditionnellement ; les traitements modernes peuvent aggraver la maladie au lieu de l'améliorer. » (P9).</p> <p>« Dans notre culture, le Mbasu est perçu comme une maladie surnaturelle liée à la sorcellerie, nécessitant des soins traditionnels. » (P10).</p> <p>« L'ulcère de Buruli est considéré comme un sortilège lié à la sorcellerie, nécessitant un guérisseur expérimenté pour neutraliser les effets. » (P12).</p>
	<b>2. Connaissance biomédicale</b>	« L'UB est une maladie infectieuse guérissable, comme la malaria. » (P1, P7).
	<b>3. Reconnaissance des symptômes physiques et leur évolution</b>	<p>« La victime commence à sentir des prurits. Puis, ça provoque la tuméfaction du membre concerné. » (P1).</p> <p>« Après grattage toute la soirée, il y a eu apparition d'une papule le matin. » (P2).</p> <p>« Morsure d'un animal » ressentie, suivie de</p>

phlyctènes. (P4).

« Tuméfaction, douleur et rougeurs évoluent vers l'ulcération... » (P9, P11, P12).

**Perception socioculturelle**

- L'ulcère de Buruli (UB), aussi appelé Mbasu, est largement perçu comme une maladie mystique ou un sortilège lié à la sorcellerie.
- Cette croyance pousse les malades à privilégier les guérisseurs traditionnels, jugés capables de contrer les forces surnaturelles.
- Les traitements modernes sont parfois vus comme inefficaces voire nuisibles, renforçant la méfiance envers la médecine conventionnelle.

**Connaissance biomédicale**

- Une minorité reconnaît l'UB comme une maladie infectieuse guérissable, comparable à la malaria, ce qui reflète une compréhension médicale rationnelle.

**Reconnaissance des symptômes physiques**

- Les malades identifient des signes cliniques progressifs : démangeaisons, tuméfaction, papules, douleurs, rougeurs, puis ulcération.
- Cette reconnaissance montre une observation empirique des manifestations corporelles, indépendamment des croyances.

Encadré 4 : Troisième sous-thème, ses catégories et verbatim

Sous-thème III	Catégorie	Verbatim
<b>Attitudes courantes envers les personnes affectées</b>	<b>1. Soutien familial et communautaire.</b>	<p>« ... On soutient le malade en cherchant des solutions idoines. » (P1).</p> <p>« Mes enfants et ma famille m'ont soutenu dans la recherche de solutions pour ma guérison. » (P2).</p> <p>« Seuls les membres de la famille proche continuent à soutenir le malade en dépit de l'isolement imposé par la communauté. » (P10).</p> <p>« Les enfants ont commencé par me soigner avant que nous allions voir une voyante pour une prise en charge. » (P4).</p> <p>« Mes enfants préfèrent que je consulte des spécialistes à Kinshasa, tandis que mes neveux conseillent un</p>

# Représentation sociale de l'ulcère de Buruli par...

	<i>guérisseur expérimenté. » (P6).</i>
	<i>« Heureusement, nous sommes présents pour apporter soutien et réconfort au malade, tant sur le plan physique que moral et financier. » (P11).</i>
2. <b>Stigmatisation et rejet social : accusé de transgresseur ou de sorcier</b>	<i>« La communauté marginalise les victimes en les considérant comme malfaiteurs ou ayant transgressé les normes. » (P9).</i>
	<i>« Les victimes se sentent gênées et s'isolent par peur d'être sujet de bavardages et fausses accusations. » (P5).</i>
3. <b>Isolement et repli sur soi</b>	<i>« Les victimes de l'UB se sentant indexées par la communauté, elles s'isolent. » (P1).</i>
	<i>« Les personnes atteintes de l'UB se sentent mises à l'écart de la communauté à cause de ce malheur qui leur est arrivé. » (P4).</i>

Les attitudes envers les personnes atteintes de l'ulcère de Buruli (UB) se caractérisent par une dynamique ambivalente entre soutien familial et rejet social.

## Soutien familial et communautaire

- Les proches, en particulier la famille immédiate, jouent un rôle actif dans la recherche de solutions et l'accompagnement du malade.
- Le soutien peut être moral, physique et financier, mais reste souvent limité à la sphère familiale, la communauté élargie étant moins impliquée.

## Stigmatisation et rejet social

- Les personnes atteintes sont parfois accusées de transgression ou de sorcellerie, ce qui entraîne marginalisation et jugements négatifs.
- Cette stigmatisation pousse les malades à éviter les interactions sociales par crainte des rumeurs et des accusations.

## Isolement et repli sur soi

- Le regard accusateur de la communauté conduit les malades à se replier sur eux-mêmes.
- Le sentiment d'être mis à l'écart renforce leur *solitude* et leur souffrance psychologique.

## Encadré 5 : Quatrième sous-thème, ses catégories et verbatim

Sous-thème IV	Catégorie	Verbatim
Expériences sur le traitement	1. Parcours de traitement :	<i>« Les malades consultent les guérisseurs au début. Au stade des plaies chroniques suppurées, ils viennent pour les soins modernes. » (P1).</i>
	Combinaison des traitements et préférence pour les soins traditionnels	<i>« Nous avons commencé par des soins traditionnels, suivis de séances de purification à l'église, puis des soins modernes pour traiter les plaies. » (P10).</i>
		<i>« J'ai consulté un guérisseur tshiokwé puis l'hôpital de Vanga, mais jusqu'à présent, il n'y a pas eu guérison. » (P6).</i>
		<i>« Après des essais infructueux avec des anti-inflammatoires, nous avons consulté un guérisseur dont le traitement traditionnel a donné des résultats positifs. » (P12).</i>
	2. Difficultés rencontrées : contraintes financières et barrières géographiques et logistiques	<i>« Les dépenses pour des soins traditionnels et modernes ont été importantes, mais sans succès. » (P6).</i>
		<i>« La plaie met beaucoup de temps à se cicatrifier et les soins coûtent cher. » (P9).</i>
		<i>« La distance entre nous et le lieu du tradi-praticien posait problème. » (P3).</i>
		<i>« Pour soigner l'UB, j'ai eu de la peine du fait des croyances qui entourent cette maladie. » (P1).</i>

Ce tableau retient deux variables importantes sur l'expérience sur le traitement :

### Parcours de traitement

- Les patients privilégient d'abord les soins traditionnels (guérisseurs, rituels religieux).
- Les soins modernes sont souvent sollicités en dernier recours, notamment en cas de complications (plaies chroniques).
- Certains témoignages révèlent une alternance ou combinaison des approches, avec des résultats variables.

### Difficultés rencontrées

- Coût élevé des traitements, qu'ils soient traditionnels ou modernes.

- Accès difficile aux lieux de soins, en raison de la distance ou du manque de moyens logistiques.
- **Croyances culturelles** et sociales autour de la maladie compliquent la prise en charge.

**Encadré 6 : Cinquième sous-thème, ses catégories et verbatim**

Sous-thème V	Catégorie	Verbatim
Solutions proposées	Sensibilisation de la communauté	<p>« Conseiller les patients à suivre les traitements modernes et sensibiliser la communauté. » (P1).</p> <p>« Sensibiliser la communauté sur l'UB et collaborer entre les guérisseurs et les soins modernes pour une approche intégrée. » (P3).</p> <p>« Il est essentiel de sensibiliser les patients à l'efficacité des traitements modernes tout en respectant les croyances culturelles. » (P7).</p> <p>« Sensibiliser la communauté à mieux intégrer les soins traditionnels et modernes tout en prenant en compte les croyances culturelles. » (P9).</p>
	Combinaison des traitements modernes et traditionnels	<p>« Encourager une approche intégrée entre les soins traditionnels et modernes, tout en sensibilisant la communauté aux causes et traitements possibles. » (P13).</p> <p>« Collaborer avec les guérisseurs et sensibiliser la communauté sur l'UB pour combiner efficacement les traitements modernes et traditionnels. » (P2).</p> <p>« Sensibiliser la communauté sur l'origine de l'UB et renforcer la collaboration entre les soins traditionnels et modernes pour une prise en charge efficace. » (P4).</p>

Les participantes proposent deux solutions clés pour améliorer la prise en charge de l'ulcère de Buruli à Kikwit :

- **Sensibiliser la communauté** à l'efficacité des traitements modernes tout en respectant les croyances locales, en favorisant la collaboration entre guérisseurs et professionnels de santé.
- **Combiner les soins traditionnels et modernes** dans une approche intégrée, pour mieux comprendre et traiter la maladie en tenant compte du contexte culturel.

Leurs témoignages reflètent une volonté commune de rapprocher médecine moderne et savoirs traditionnels dans une démarche inclusive et efficace

**IV. DISCUSSION**

Cette étude, menée à Kikwit sur la représentation sociale de l'ulcère de Buruli, révèle une complexité d'interprétations influencées par des contextes sociodémographiques, culturels et économiques. Ces résultats s'inscrivent dans une dynamique déjà observée dans des recherches antérieures, tout en apportant des nuances propres à la région étudiée.

**Âge et perception de la maladie**

La prédominance des personnes âgées parmi les patients (≥55 ans) corrobore les travaux de Aboagye et al. [19], qui soulignent que les populations âgées sont plus exposées à l'UB en raison de leurs activités de subsistance (pêche, agriculture, chasse et élevage). Cette tranche d'âge est également plus versée dans les croyances traditionnelles, ce qui influence leur recours aux soins. A l'inverse, les soignants plus jeunes traduisent une évolution générationnelle dans la formation biomédicale, comme observé par Mulumba et al. [18] dans le Bas-Congo.

**Genre et rôles sociaux**

La surreprésentation masculine chez les patients et féminine chez les aides-malades reflète une division de genre des rôles sociaux, déjà mise en évidence par Ackumey et al. [20] au Ghana. Les hommes, plus exposés aux milieux aquatiques, sont plus vulnérables à l'infection, tandis que les femmes assument souvent les soins informels au sein de la famille. Cette répartition influence les représentations de la maladie et les stratégies de recours aux soins.

**Etat matrimonial et soutien affectif**

L'isolement des patients veufs ou célibataires contraste avec la stabilité des aides-malades mariés, ce qui rejoint les observations de Pouillot et al. [21] en Côte d'Ivoire, où le soutien familial joue un rôle important dans la prise en charge de l'UB. Ainsi, le statut matrimonial apparaît comme un facteur déterminant du vécu de la maladie.

**Niveau d'instruction et compréhension de l'UB**

Le faible niveau d'études des patients favorise une interprétation mystique de la maladie, comme le montre également l'enquête de Renzaho et al. [22] sur les perceptions de l'UB en Afrique centrale. A l'inverse, les soignants et certains aides-malades ayant une formation universitaire adoptent une lecture biomédicale, ce qui crée un clivage dans les approches thérapeutiques.

# Représentation sociale de l'ulcère de Buruli par...

## Diversité ethnique et cosmologies locales

La pluralité ethnique observée à Kikwit, non seulement enrichit les représentations de l'UB, mais aussi révèle une convergence autour de la notion de *mbasu* comme malédiction ou déséquilibre social. Cette homogénéité dans la diversité rejoint les conclusions de Marston et al. [23], qui montrent que les cosmologies locales tendent à interpréter les maladies chroniques comme des troubles sociaux ou spirituels.

## Croyances culturelles et parcours de soins

La conception de l'UB comme maladie mystique, introduite par les migrants, et les recours aux guérisseurs en première intention sont des constantes dans les études sur l'UB en Afrique subsaharienne. Les travaux de Stienstra et al. [24] au Bénin confirment cette tendance, où les soins modernes sont souvent sollicités en dernier recours. Toutefois, à Kikwit, certains témoignages montrent une volonté de combiner les deux approches, ce qui constitue une avancée vers une médecine intégrative.

## Attitudes sociales : entre soutien et stigmatisation

La dualité entre soutien familial et rejet communautaire est bien documentée dans la littérature. L'étude de Aujoulat et al. [25] au Cameroun montre que la stigmatisation liée à l'UB peut entraîner un repli sur soi et une souffrance psychologique. Ces résultats confirment cette ambivalence, mais mettent en lumière le rôle protecteur de la famille proche.

## Solutions proposées : vers une approche inclusive

Les propositions des répondants pour une collaboration entre médecine moderne et savoirs traditionnels rejoignent les recommandations de l'OMS [26], qui encourage l'intégration des guérisseurs dans les stratégies de santé communautaire. Cette approche inclusive pourrait améliorer l'adhésion aux traitements et réduire les résistances culturelles.

## V. CONCLUSION

Cette approche qualitative sur la représentation sociale de l'ulcère de Buruli chez les habitants de Kikwit a mis en évidence une pluralité de perceptions façonnées par l'âge, le genre, le niveau d'instruction, l'appartenance ethnique et les croyances culturelles. L'UB est à la fois perçue comme une maladie mystique et une infection biomédicale, ce qui influence les parcours de soins et les attitudes sociales. Malgré la stigmatisation, le soutien familial reste un pilier dans la prise en charge. Les témoignages recueillis révèlent une volonté de concilier médecine moderne et savoirs traditionnels, ouvrant la voie à une approche intégrée et

culturellement adaptée. Comparée aux études antérieures, cette recherche confirme plusieurs tendances tout en soulignant des spécificités locales qui enrichissent la compréhension globale de l'UB en Afrique centrale.

## REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Ulcère de Buruli – fiche d'information. Genève: OMS; 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/buruli-ulcer>
2. Tanyuy NS, Niba LL, Nji AM. Social perceptions and health-seeking behavior in Buruli ulcer patients in Cameroon. *Afr J Health Sci.* 2021;18(2):112-20.
3. Herzlich C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris: Payot; 2019.
4. Feyer F, Durand M, Lemoine A. Représentations sociales de la maladie et comportements de santé: une approche psychosociale. *Santé Publique.* 2020;32(4):389-97.
5. Apostolidis T, Dany L. Représentations sociales et santé: perspectives théoriques et recherches empiriques. Paris: Érès; 2012.
6. Senn NM, Mavinga M, Tshibanda J. Santé et environnement: une approche intégrée en médecine tropicale. *Rev Méd Santé Trop.* 2022;32(2):145-53.
7. Muhi S, Schmidt S, Marshall JL, O'Brien DP, Johnson PDR et al. Perceptions of a Buruli ulcer controlled human infection model: How, who, and why? *PLoS Negl. Trop. Dis.* 2025;19(2):e0012593.
8. Clément C, Carvalho GS. Les représentations sociales de la santé et de la maladie: entre biomédecine et croyances traditionnelles. *Rev Psychol Santé.* 2017;2(1):23-39.
9. Brissy J. La relation soignant-soigné à l'épreuve des représentations sociales. *Rev Santé Société.* 2022;10(2):45-62.
10. Evans MR, Phillips R, Adjei O. Buruli ulcer: neglected tropical disease and community perceptions in Ghana. *Trop Med Int Health.* 2019;24(5):567-74.

11. Degnonvi H. Épidémiologie de l'ulcère de Buruli en Afrique de l'Ouest: état des lieux et perspectives. *Rev Méd Trop.* 2021;61(3):215-22.
12. Kibadi K, Boelaert M, Portaels F. Buruli ulcer in the Democratic Republic of Congo: epidemiological and clinical features. *Trop Doct.* 2014;44(1):19-25.
13. Moscovici S. La représentation sociale de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.
14. Garnier C, Sauvé L. Les représentations sociales: un outil pour l'analyse des pratiques éducatives. *Rev Can Educ.* 1999;24(3):301-18.
15. Cohen-Scali V, Moliner P. Les représentations sociales: théorie et méthodes. Paris: Armand Colin; 2008.
16. Jeoffrion C, Lo Monaco G, Guimelli C. Représentations sociales et pratiques de santé: entre normes sociales et expériences individuelles. *Rev Int Psychol Soc.* 2016;29(1):75-98.
17. Salès-Wuillemin E, Lo Monaco G, Rateau P. Représentations sociales: fondements, méthodes et applications. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 2023.
18. Notez au style vancouver : 17.Mulumba, M., Kitenge, R., & Kalambayi, J. Perceptions et pratiques de soins autour de l'ulcère de Buruli au Bas-Congo. *Santé Publique.* 2019, 31(2), 205–212 ;.
19. Aboagye F, Ampadu E, Asiedu K, Yeboah-Manu D. Buruli ulcer in Ghana: epidemiological trends and community perceptions. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016;10(1):e0004323.
20. Ackumey MM, Gyapong M, Pappoe M, Kwakye-Maclean C, Weiss MG. Gendered experiences of Buruli ulcer in Ghana: implications for control. *BMC Public Health.* 2011;11:995.
21. Pouillot R, Matias G, Wondje CM, et al. Risk factors for Buruli ulcer: a case control study in Cameroon. *Trop Med Int Health.* 2007;12(5):543-50.
22. Renzaho AMN, Dhingra N, Georgeou N. Cultural beliefs, gender roles and health-seeking behaviour in Central Africa. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(6):6820-30.
23. Marston C, Renedo A, Miles S. Local illness concepts and their relevance for the prevention and control of neglected tropical diseases. *Soc Sci Med.* 2013;87:49-54.
24. Stienstra Y, van der Graaf WT, Asamoah K, van der Werf TS. Health care seeking behavior for Buruli ulcer in Benin: a review of reported cases. *Trop Med Int Health.* 2002;7(11):975-81.
25. Aujoulat I, Johnson C, Zinsou C, Portaels F, Vanlerberghe V. Psychosocial aspects of health seeking behaviours of patients with Buruli ulcer in southern Benin. *Am J Trop Med Hyg.* 2003;69(5):499-500.
26. World Health Organization. Integrating traditional medicine into health systems. Geneva: WHO; 2019.