

# Connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population

## La trypanosomiase au Mayombe.

Par MUILA MAVINGA

La trypanosomiase ou maladie du sommeil est mortelle en dehors d'un traitement efficace. Elle sévit exclusivement dans 36 pays d'Afrique subsaharienne, dont la République Démocratique du Congo (RDC), où l'on trouve les mouches tsé-tsé qui transmettent la maladie. Les populations les plus exposées à la mouche tsé-tsé, et par conséquent à la maladie, sont les populations rurales qui dépendent de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage ou de la chasse.

Le Mayombe, terrain d'enquête de cette étude, est la partie forestière de l'extrême sud-ouest de la RDC et qui héberge d'importants foyers endémiques de la maladie. Les campagnes de dépistage, de traitement et de prévention de la maladie ne sont pas parvenues, à ce jour, à l'éradiquer. Cela signifie sans doute qu'il faudrait associer à ces démarches d'autres actions, notamment socio-culturelles, s'il est en effet vrai, comme le démontrent l'ethnomédecine et l'épidémiologie que la culture sociale peut jouer un rôle déterminant dans la transmission, l'expansion et la permanence d'une maladie infectieuse. Aussi cette étude se veut être une enquête qui cherche à savoir quels sont les connaissances, les attitudes et les comportements des populations face à la maladie du sommeil, à sa transmission et à son traitement et ce en vue d'apporter une contribution à sa réduction et à son éradication dans la région.

L'étude porte essentiellement sur la trypanosomiase humaine africaine (THA).

### La trypanosomiase humaine africaine (THA)

#### Définition

La trypanosomiase humaine africaine (THA), également connue sous le nom de maladie du sommeil, est une parasitose à transmission vectorielle. Le parasite est un protozoaire appartenant au genre *Trypanosoma*. Il est transmis à l'homme par la piqûre d'une glossine, ou mouche tsé-tsé, (du genre *Glossina*) qui s'est elle-même infectée à partir d'êtres humains ou d'animaux porteurs de parasites pathogènes.

#### Formes de la maladie

La trypanosomiase humaine africaine se présente sous deux formes, dues à deux parasites différents:

- ***Le Trypanosoma brucei gambiense***

Cette forme se retrouve dans 24 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale et représente actuellement plus de 98% des cas notifiés de maladie du sommeil. Elle provoque une infection chronique qui peut durer plusieurs mois voire des années sans présenter de signes ou de symptômes importants de la maladie. Quand les symptômes surviennent, la maladie est souvent déjà à un stade avancé et le système nerveux central est atteint.

## • ***Le Trypanosoma brucei rhodesiense***

On retrouve cette forme dans 13 pays d'Afrique orientale et d'Afrique australe. Aujourd'hui, cette forme représente moins de 2% des cas notifiés et provoque une infection aiguë. On trouve ces deux formes de la maladie uniquement en Ouganda. Les premiers signes et symptômes s'observent au bout de quelques mois ou quelques semaines après l'infection.

### - **Infection**

Les mouches tsé-tsé se rencontrent uniquement en Afrique subsaharienne. Seules certaines espèces transmettent la maladie. Pour des raisons encore inconnues, de nombreuses zones où les glossines sont présentes sont indemnes de trypanosomiase. Les populations les plus exposées sont les populations rurales vivant dans les régions où a lieu la transmission et qui dépendent de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage et de la chasse.

La maladie se transmet essentiellement par la piqûre d'une mouche tsé-tsé infectée, mais il existe aussi d'autres façons pour les populations de contracter la maladie du sommeil. Il y a notamment:

- La contamination mère-enfant: le trypanosome peut franchir la barrière placentaire et infecter le fœtus.
- La transmission mécanique par d'autres insectes hématophages est possible. Toutefois, il est difficile d'évaluer l'impact épidémiologique de cette transmission.
- Des Infections accidentelles se sont produites en laboratoire par piqûre accidentelle avec des aiguilles contaminées.
- La transmission du parasite par contact sexuel

### - **Signes, symptômes et durée de la maladie**

Les signes ou symptômes de la maladie s'observent au bout de quelques semaines ou quelques mois après l'infection. La personne infectée commence à sentir une fièvre, typiquement intermittente, des maux de tête et des douleurs articulaires. Un chancre apparaît au niveau du point d'inoculation. Les *ganglions lymphatiques* gonflent souvent et atteignent des tailles énormes. S'il n'y a pas de traitement, la maladie déborde progressivement les défenses de la personne infectée, et de nouveaux symptômes apparaissent, notamment l'*anémie*, les troubles *endocriniens*, *cardiaques* et *rénaux*. La maladie entre alors dans sa phase de troubles *neurologiques* quand le parasite traverse la *barrière hématoencéphalique*. Les symptômes de cette deuxième phase donnent son nom à la maladie: en plus de la *confusion mentale* et des troubles de la coordination, le cycle du sommeil est perturbé, ce qui entraîne des accès de *fatigue* alternant avec des périodes d'agitation maniaque apparaissant le jour avec un assoupissement et la nuit avec l'*insomnie*. Sans traitement, la maladie est mortelle, avec une détérioration mentale progressive aboutissant au *coma* et à la mort.

La durée de la maladie varie selon le parasite en cause. Elle peut atteindre plusieurs années dans le cas du *Trypanosoma gambiense*.

## **Situation de la trypanosomiase ou maladie du sommeil dans le Mayombe**

La trypanosomiase connaît actuellement une recrudescence au Mayombe. Des foyers endémiques assez actifs s'observent particulièrement dans des localités périphériques de la ville de Boma et le long de la Nationale N°1 menant de Lovo vers la ville de Matadi en passant par Kionzo qui est l'un des foyers endémiques les plus virulents du Bas-Fleuve.

Les actions du Bureau de Contrôle de la Trypanosomiase (BCT) opérant à partir de l'Hôpital Général de Référence (HGR) ou Hôpital Central de Boma s'avèrent insuffisantes pour stopper l'expansion de la maladie. En effet, le recensement et le dépistage annuels dans les villages n'atteignent qu'une partie de la population et tous les malades ne se présentent pas nécessairement aux soins médicaux. Aussi d'autres interventions à associer aux actions de la BCT s'avèrent indispensables parmi lesquelles principalement l'éducation sanitaire de la population et la lutte entomologique.

L'éducation sanitaire est importante pour réduire l'ignorance et lutter contre des croyances en rapport avec la maladie et son expansion. Ignorance et croyances peuvent, en effet, entraîner de l'irresponsabilité, des attitudes et des comportements qui souvent concourent à favoriser la permanence et la propagation des maladies. La médecine classique reconnaît de plus en plus la place et le rôle de tels aspects dans la maladie. La population du Mayombe entretient et développe sans doute des croyances, des attitudes et des comportements autour de la maladie du sommeil comme autour de toutes autres maladies.

### **Méthodologie de l'étude**

Pour donner plus de profondeur à la recherche, il a fallu circonscrire au départ les foyers endémiques les plus importants et choisir en leur sein les localités ou agglomérations cibles pouvant permettre de mieux cerner le phénomène à l'étude. A l'intérieur des cibles, on a retenu des cas à analyser et des personnes considérées comme informateurs clés en raison de leur rôle ou de leur position sociale dans leur communauté.

#### ***Etude de cas: mise au point***

La démarche par étude de cas a l'avantage de permettre de faire plus facilement le tour complet de l'objet observé. Dans le cas de la présente recherche, l'on pourra circonscrire plus aisément les circonstances de l'apparition de la maladie du sommeil chez la personne patiente ainsi que l'environnement social et économique de l'évolution de la maladie.

L'examen attentif des cas suffirait pour savoir quels sont les connaissances, les croyances, les comportements et les attitudes de la population sur la trypanosomiase. S'il est bien conduit, un tel examen devra révéler ces réalités au niveau des personnes directement concernées par la maladie, c'est-à-dire les malades mêmes, mais également l'entourage immédiat, spécialement familial, qui partage le même contexte socio-culturel et économique avec ces derniers.

Cette démarche pose néanmoins une question importante, celle de la pertinence de la généralisation des conclusions de l'étude. L'objection est loin d'être négligeable. La réponse peut comporter trois éléments principaux et suffisants pour justifier la pertinence de la démarche : l'environnement socio-culturel et économique, la saturation de l'information et la profondeur qualitative de celle-ci.

Le premier élément concerne l'environnement socio-culturel et économique dans lequel se meut une population donnée. Lorsque des personnes ou des groupes sociaux évoluent dans un environnement socio-culturel et économique dont ils partagent les principales valeurs, ils se construisent et développent un univers de croyances, des schèmes de pensée et de connaissances similaires et adoptent des attitudes et des comportements relativement identiques devant les phénomènes qui marquent leur vécu quotidien et périodique.

Dans le cas du Mayombe, la culture générale des VC (villages cible) et de tous les villages du Mayombe est très peu différenciée en ce qui a trait à la maladie en général et aux autres phénomènes touchant à la vie quotidienne de la population (1). Les résultats de l'analyse des cas retenus pour cette enquête pourront légitimement être étendus à tout le Mayombe comme autant de traits caractéristiques des connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population des villages face à la trypanosomiase.

Un deuxième élément de la réponse est la saturation de l'information. L'examen de cas similaires dans un secteur de recherche donné amène assez rapidement l'information recueillie à un seuil de saturation tel que la multiplication des cas devient fastidieux et inutile. Cela se comprend facilement à cause de la profondeur de l'information autour d'un phénomène creusé à partir du décryptage de cas concrets que l'observation peut embrasser entièrement dans toutes les facettes.

Le troisième élément de la réponse à la légitimité de la généralisation des conclusions d'une recherche par étude de cas se réfère à la profondeur qualitative de l'information. Le cas est comme un résumé, une totalité, quoique relative du phénomène. En creusant le cas, on rejoint le coeur de l'information recherchée. Celle-ci peut revêtir une profondeur et une précision que n'obtient pas nécessairement la recherche par échantillonnage et par moyennes statistiques.

Il fallait faire cette mise au point méthodologique avant de passer à la présentation du terrain de l'enquête et des cibles ainsi qu'à la cueillette des données.

### **Terrain de l'enquête et cibles**

La localisation du terrain de l'enquête et le choix des cibles ont été effectués avec la collaboration du BCT de Boma. Celui-ci a indiqué les contrées où la trypanosomiase sévit davantage au Mayombe. Ce sont principalement les alentours proches de la ville de Boma, sur un rayon approximatif de 60 km. Les cibles retenues sont cinq villages classés par le BCT parmi les foyers endémiques les plus intenses. Il s'agit de deux villages cités (VC) qui sont Lovo ou Manterne (km 22) et Lemba et de trois villages traditionnels (VT), soit Kai-Ndunda, Findu et Kuidi-Boma. Les deux VC sont des agglomérations à population flottante et en majeure partie "étrangère", c'est-à-dire non originaire de la localité. Lovo est à 22 km et Lemba à 45 km de Boma, sur la route asphaltée rejoignant la ville de Boma à Tshela, le plus grand centre politico-administratif et commercial de l'intérieur du Mayombe. Lovo est en outre au carrefour des routes conduisant à Boma, Tshela et Matadi.

Avec ses 1500 habitants environ, Lovo est essentiellement une agglomération de gens venus des villes et des villages à la recherche de terres agricoles vacantes. L'agriculture, essentiellement des cultures vivrières, est l'activité principale de la population de l'agglomération. On y pratique aussi le

petit élevage, celui du porc en particulier. Le désœuvrement est très remarquable parmi les jeunes peu intéressés au travail agricole.

La cité de Lemba est démographiquement plus importante que Lovo. Elle peut compter facilement 14000 habitants. C'est aussi une cité agricole, mais son origine est plus liée à la présence de deux entreprises agro-industrielles et forestières: l'AGRIUMBE et l'AGRIFOR. La décadence actuelle de ces entreprises donne aujourd'hui à la cité de Lemba un cachet spécifiquement paysan à l'instar de Lovo. Les terres environnant la cité appartiennent aux entreprises. Les cultivateurs sont obligés de parcourir des longues distances avant de trouver des terres disponibles où ils doivent vivre de nombreux jours avant de regagner leur domicile à la cité.

Les trois VT, Kai-Ndunda, Findu et Kuidi-Boma avec une population respectivement de 500, 300 et 250 habitants, se trouvent à 60 km de Boma et à 30 km sur la route menant à la cité côtière de Muanda. La population des trois villages est stable et elle est faite essentiellement d'autochtones". Ce sont des paysans vivant traditionnellement de la petite agriculture vivrière artisanale sur la terre du village ancestral.

Deux raisons principales ont motivé le choix des cinq villages comme cible de l'enquête. Premièrement, selon les données du BCT/Boma, les cinq villages offrent plus de cas de trypanosomiase dans leur population que bien d'autres villages. Deuxièmement, on a tenu compte du taux différentiel de participation des habitants au recensement médical annuel par la BCT/Boma. Les trois VT sont des bons participants (forte participation) et les deux VC sont des mauvais participants (faible participation).

La participation différentielle au recensement médical est intéressante à considérer. Elle laisse voir l'évolution de l'expansion de la trypanosomiase dans les conditions de participation faible et de participation forte. D'autre part, un tel comportement peut révéler, outre une certaine mobilité de la population, un état d'esprit impliquant négligence et ignorance face à la maladie du sommeil et à la maladie en général.

Le choix des VC à population flottante par rapport aux VT à population plutôt stable est également intéressant du point de vue de l'expansion de la maladie du sommeil et donc des stratégies possibles de lutte pour freiner une telle expansion et enrayer la maladie. La cueillette des données dans les villages cible (VT et VC) s'est effectuée à deux niveaux: essentiellement auprès des **cas** de personnes des deux sexes ayant souffert ou souffrant encore de la maladie du sommeil et secondairement auprès d'informateurs clé.

## **Sujets de l'enquête et cueillette des données**

### ***Les cas***

L'examen des cas s'est effectué selon une démarche et une grille reprenant des matériaux et des éléments conceptuels visant à circonscrire localement et concrètement le phénomène de la maladie du sommeil. Après avoir livré son identité sociale, le sujet malade ou ancien malade racontait librement l'histoire de sa maladie, de l'origine à l'état actuel. Pour chaque cas, la rencontre se déroulait au domicile de la personne malade ou ancien malade.

Le récit terminé, le malade ou l'ancien malade était invité à décrire aussi son attitude et son comportement personnels vis-à-vis de son entourage (famille, voisins, village et autres) ainsi que

l'attitude et le comportement de celui-ci à son égard par rapport notamment aux risques de contagion. Le sujet était également amené à dire s'il connaissait des moyens pouvant aider à enrayer la maladie et quels étaient ses souhaits autour de cette maladie.

La cueillette des données dans les VT et les VC s'est étendue à des informateurs autres que les cas. Le but était d'élargir les données des cas et de les conforter éventuellement. Ces informateurs sont ceux que nous avons appelés informateurs clé.

### ***Les informateurs clé***

Les informateurs clés ont été pris parmi les notables et les cadres des villages c'est-à-dire autorités coutumières, ministres de culte, agents de santé et enseignants ainsi que les jeunes des deux sexes. Les notables concernaient tous les chefs de village, auxquels étaient souvent associés leurs collaborateurs les plus proches, à raison de 3 personnes par village, soit 15 notables au total.

Parmi les cadres figuraient 1 curé de paroisse catholique, 1 directeur d'école primaire, 1 infirmier, 1 employé de l'administration publique, soit 4 cadres au total. On a pris 4 jeunes par village, soit au total 20 jeunes.

Outre les 17 cas, on a donc eu à interviewer 39 autres informateurs. L'information recueillie auprès de ces sujets a été obtenue sur la base d'une grille reprenant les étapes suivantes. Il leur était demandé de dire s'ils connaissaient la maladie du sommeil et si dans leur village il y avait des gens qui en souffraient ou qui en avaient déjà souffert. Ils devaient ensuite raconter tout ce qu'ils savaient de cette maladie. On les aidait à approfondir leur récit par des questions telles que: comment attrape-t-on la maladie du sommeil ? Quels sont les signes qui l'accompagnent ? Comment peut-on la soigner ? Peut-on en guérir ? Est-il possible de l'enrayer et par quels procédés ? Formuleraient-ils des souhaits ou des recommandations face à cette maladie et à sa propagation ?

Après l'enquête, le dépouillement des données s'est fait cas par cas pour le volet "étude de cas" et par informateurs ou groupe d'informateurs pour le second volet. On a ensuite compilé les données en comparant celles des cas entre elles et celles des autres informateurs également entre elles. On a ensuite confronté les données des deux volets. L'objectif poursuivi par la démarche était d'aboutir à une synthèse faisant ressortir les similitudes et les différences de perception de la maladie, des croyances, des attitudes et des comportements des gens face à celle-ci. La synthèse permettra, comme déjà noté, la définition des pistes d'actions pratiques de lutte contre la trypanosomiase dans la région.

### **Résultats de l'enquête**

A travers les récits des "cas" et des informateurs clé se dégagent des informations intéressantes sur l'agent causal de la trypanosomiase, ses manifestations ou ses signes chez une personne qui semble en être atteinte, sur les remèdes pouvant soigner la maladie, sur les attitudes et les comportements de la personne malade et de son entourage, sur les moyens susceptibles d'aider à freiner la propagation de la maladie et à contribuer à sa disparition dans le village et la région.

L'information livrée spontanément, que ce soit au niveau des cas ou à celui des informateurs clé, s'arrête généralement à relever, comme suivant une grille identique, les signes de la présence de la maladie chez une personne ainsi que les réactions et les comportements de la personne malade et de ses proches: parents, amis et connaissances. Pour en savoir plus, il a fallu introduire des questions

sur l'agent causal de la trypanosomiase, le mode de transmission de la maladie, les moyens de lutte pour la faire disparaître dans le village et dans la région et enfin les souhaits ou recommandations autour de la présence et de l'évolution de cette maladie.

## **Données des cas dans les VT**

### ***Signes de la maladie***

Les signes fréquemment cités par les personnes victimes de la maladie et par leurs proches sont assez nombreux et peuvent s'exprimer ainsi : Fièvre et céphalées tenaces, gonflement du corps, douleurs physiques généralisées et aiguës, somnolence, éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons douloureuses, grippe, gonflement des avant-bras, fatigue générale, irascibilité extrême, dégoût de tout, loquacité, vertiges, sensation de glacé dans la bouche à l'eau tiède, douleurs comme des éclairs à la tête, sensation de froid le soir, amaigrissement, tendance à travailler sans arrêt, perte d'appétit, pesanteur dans les jambes et coma.

Les signes les plus mentionnés sont, en ordre d'importance:

- Céphalées: 11 mentions sur 43, soit un peu plus du quart: 25,6 %
- Somnolence: 5 mentions sur 43: 11,6 %
- Fatigue et éruptions cutanées: respectivement 4 mentions sur 43, soit 9,3 %
- Fièvre: 3 sur 43 mentions soit 7 %
- Douleurs musculaires aiguës: 2 sur 43 mentions soit 4,6 %

Les autres signes, soit 14 mentions sur 43: 32,6 % reviennent chacun 1 fois sur 43.

Tableau 1:

Signe de la maladie	Nombre de réponses	%
Mal de tête	11	25,6
Somnolence	5	11,6
Fatigue	4	9,3
Eruptions cutanées	4	9,3
fièvre	3	7,0
Douleurs musculaires aiguës	2	4,6
Autres signes	14	32,6
Total	43	100

### ***Attitudes et comportements face à la maladie***

A l'apparition des signes, généralement la personne concernée ne sait pas qu'il s'agit de la maladie du sommeil. Habituellement la victime se présente au centre de santé le plus proche pour examens et soins. Dans beaucoup de cas, le centre de santé ou parfois le BCT de Boma ne

découvrent pas immédiatement qu'on a affaire à la maladie du sommeil. Le dépistage ne se fait que plus tard après plusieurs traitements inappropriés et, par conséquent, inefficaces.

La maladie du sommeil une fois reconnue, le plus souvent la victime n'hésite pas à se présenter au centre de traitement approprié, spécialement au BCT Boma, mais aussi à d'autres centres de santé habilités à traiter cette maladie, notamment Iovo, Lemba, Kangu, Kizu et Kionzo.

La famille proche - conjoints, père, mère et enfants adultes - entoure toujours la victime de la plus grande sollicitude : aide financière et accompagnement psychologique et social. L'intervention de la famille plus éloignée - oncles, tantes, cousins, cousines... - est moins ressentie dans la majorité des cas.

Dans tous les cas, les malades et la famille ont confiance en l'efficacité du traitement de la médecine moderne. A l'exception d'un cas, tous ignorent l'existence possible d'un traitement traditionnel, c'est-à-dire avec des plantes médicinales ou autres produits locaux. A leur connaissance ces plantes et produits locaux n'existent pas. Ils n'en ont jamais entendu parler. Un seul cas est en train d'expérimenter ce type de traitement. Celui-ci est encore à ses débuts. On ne peut donc pas encore en apprécier les effets.

Après le traitement au centre de santé, les malades se soumettent fidèlement au repos et aux visites périodiques de contrôle obligatoires. C'est là le gros des informations qui se dégagent des récits spontanés des cas enquêtés. Ceux-ci sont muets sur l'agent causal et sur leurs croyances autour de la maladie dont ils sont victimes. Ils ne disent rien non plus sur le mode de transmission de la maladie et sur les moyens possibles pour freiner son expansion et l'enrayer. L'interview autour de ces questions a révélé que les personnes concernées avaient également des souhaits et des recommandations à formuler en rapport avec leur situation et avec la présence de la maladie du sommeil en général dans la région.

### ***Agent causal, modes de transmission de la maladie et croyances***

Plus du tiers des réponses attribue à la mouche tsétsé la transmission de la maladie du sommeil à l'homme. Près du quart pense que c'est « Satan »<sup>1</sup> ou ne sait pas. D'autres, respectivement 10,7 %, rendent Dieu, le porc et l'eau malsaine responsables de la maladie, deux réponses citent chacune les moustiques et des mauvaises herbes que l'on frôle dans l'eau tôt le matin.

Schématisons ces situations dans un tableau

Tableau 2: Agent causal de la maladie

Agent causal	Nombre de réponses	%
Mouche tsétsé	9	32,1
Satan	4	14,3
Ne sait pas	4	14,3
Dieu	3	10,7

---

<sup>1</sup> « Satan » : entendez ici le mauvais esprit agissant dans le sorcier ou « *ndoki* » en langue locale





moustiques et autres insectes susceptibles de transmettre la maladie. Il faut aussi améliorer la qualité de l'eau potable et de l'eau en général. On cite également comme moyen de lutte la main (protection) de Dieu et les pièges à glossines.

Schématisons par un tableau

Tableau 3: Moyens de lutte et souhaits

Moyen de lutte et souhaits	Nombre de réponses	%
traitement	8	38
Habitude du recensement médical	4	19
Assainissement du milieu	2 3	
Eloigner les porcs	1 1	9,5
Pesticides	1 1	14,3
Eau	1	4,8
Pièges	1	4,8
Main de Dieu		4,8
Gratuité du traitement		4,8
Total	21	100

Le parcours de cueillette des données des cas effectué dans les villages traditionnels s'est répété dans les villages cités avec les mêmes étapes.

### **Données des cas dans les VC**

#### ***Signes de la maladie***

En rapport avec leur cas personnel, les victimes de la trypanosomiase évoquent comme signes les plus fréquents :

- Sensibilité et douleurs corporelles : 6 fois
- Fatigue générale: 6 fois
- Fièvre continue: 3 fois
- Mal de tête: 3 fois
- Manque d'appétit: 2 fois

D'autres signes reviennent une fois :

- Chaleur dans le corps : 1 fois
- Obscurcissement de la vue : 1 fois



### 3. Vent :

Homme gravement infecté                      homme sain

### 4. Nourriture

Homme gravement infecté                      homme sain

Etant donné que la majorité des gens ne croient pas aux modes de transmission de la maladie par contact physique et par le vent, les attitudes et les comportements de l'entourage des malades sont généralement positifs. Les malades ne sont ni craints ni rejetés par la famille et la communauté. Ils se sentent à l'aise et ne souffrent pas de complexe.

### ***Moyens de lutte contre la maladie et souhaits***

Tout le monde avance comme principaux moyens de lutte contre la trypanosomiase : le traitement médical, le recensement et le dépistage. Il faudrait aussi des pesticides aux points d'eau et des préventifs.

L'on souhaite plus d'examens médicaux, plus de médicaments dans les centres des soins même s'ils ne sont pas gratuits. Le recensement et le dépistage devraient concerner toute la population. Les malades doivent manger mieux et plus. Il faudrait construire un hôpital à lovo vu le nombre croissant des cas de trypanosomiase. L'aide locale et extérieure devrait s'intensifier.

### **Données des informateurs clé dans les VT**

La cueillette des données auprès des autres informateurs désignés ici par « informateurs clé », suit en gros le modèle des cas. A partir d'une question introductive : « connaissez-vous la maladie du sommeil ? », les informateurs interviewés généralement en groupe, ont été amenés à l'agent causal, de mode de transmission, les signes et les traitements de l'entourage face à la personne atteinte de cette maladie. Les informateurs ont également mentionné ce qu'ils considéraient comme les moyens de lutte contre celle-ci.

### ***Signes de la maladie***

D'après les groupes des informateurs clé dans les VT, les manifestations de la maladie du sommeil chez les patients- es sont essentiellement :

- On n'arrête plus de parler (loquacité)
- On n'arrête plus de rire (hilarité)
- On est porté à se fâcher et à se quereller facilement et souvent (irascibilité)
- Somnolence
- Perte du contrôle de soi frôlant la folie
- Abêtissement
- Perte d'endurance au soleil

### ***Agent causal, mode de transmission de la maladie et croyances***

Dans les VT, les informateurs clé pensent généralement que la trypanosomiase est causée par la piqûre de la mouche tsétsé. Celle-ci transmet la maladie, lorsqu'après avoir piqué une personne atteinte ou un animal porteur de cette maladie, elle va ensuite piquer une personne saine. Certains

informateurs distinguent, selon la taille, 3 sortes de mouches tsétsé. Il y en a de petite, de moyenne et de grande taille. Ils ne savent pas laquelle des trois est responsable de la maladie du sommeil.

Des jeunes de 14-16 ans attribuent la transmission de la maladie aux moustiques et à la mouche tsétsé, mais aussi à des personnes jalouses et au sorcier – « Ndoki » - qui peuvent « jeter » la maladie à certaines personnes.

### **Remèdes**

On pense généralement que la maladie du sommeil ne peut pas se soigner par des traitements à l'indigène (plantes médicinales locales). Seule la médecine moderne est capable de la traiter et de la guérir. Aussi doit-on étendre et intensifier le traitement médical dans les villages voire le rendre gratuit ; son coût actuel élevé constitue un handicap aux soins de la majorité des villageois.

### **Attitudes et comportements de l'entourage**

Les attitudes et les comportements de l'entourage face aux victimes de la trypanosomiase sont en général positifs. Les malades ne sont ni craints ni rejetés par la famille et les voisins parce qu'on croit que la maladie du sommeil ne se transmet pas par contact physique de personne à personne.

### **Moyens de lutte contre la maladie**

On souligne 2 types de moyens pour lutter contre la maladie du sommeil. Ce sont le traitement médical de la médecine moderne et l'assainissement du milieu. En vue d'assainir le milieu, on recommande d'éloigner les porcs et de saupoudrer l'environnement de pesticides pour supprimer mouches et moustiques.

Le schéma de l'enquête auprès des informateurs clé dans les VT s'est répété dans les VC.

## **Données des informateurs clé dans les VC**

### **Signes de la maladie**

On retrouve ici les mêmes signes que ceux indiqués par les informateurs des villages traditionnels, c'est-à-dire : parler et rire sans arrêt, irascibilité extrême, somnolence continuelle, perte du contrôle de soi frôlant la folie, abêtissement. La perte d'endurance au soleil n'a pas été signalée ici.

### **Agent causal, mode de transmission de la maladie et croyances**

Près du tiers des informateurs attribuent à la mouche tsétsé la transmission de la maladie du sommeil. Un peu plus du cinquième déclare ne pas savoir d'où vient cette maladie. Le reste des répondants l'attribue à divers agents, notamment les porcs, les moustiques, les taons, « satan », des mauvaises herbes dans l'eau, des eaux malsaines, les mouches et la sous-alimentation.

L'on peut synthétiser ainsi ces résultats:

Tableau 5 : Agent causal de la maladie

Agent causal	Nombre de réponses	%
Ne sait pas	8	22,22
Mouche tsétsé	14	38,88

Porcs	4	11,11
Satan, sorcier <i>Ndoki</i>	2	5,55
Moustiques	2	5,55
Taons	1	2,75
Mauvaises herbes dans l'eau	1	2,75
Mauvaises eaux	1	2,75
Mouches	1	2,75
Sous-alimentation	1	2,75
Total	36	100,00

### ***Remèdes***

En gros, les réponses sont similaires à celles exprimées par les informateurs des villages traditionnels (cf. page 20). On ajoute ici le recours à Dieu qui seul peut enrayer complètement cette maladie.

### ***Attitudes et comportements de l'entourage***

A cet endroit également, tout se passe comme dans les villages traditionnels (cf. pages 11-12).

### ***Moyens de lutte contre la maladie***

Comme dans les VT, on préconise également les mêmes types de moyens pour lutter contre la maladie du sommeil, à savoir le traitement de la médecine moderne et l'assainissement du milieu. Le milieu s'assainirait, si l'on appliquait des pesticides et éloignait les porcs. Il faut aussi nettoyer et améliorer la qualité des eaux et mieux se nourrir. On doit compter également sur la puissance de Dieu. C'est là le gros des informations recueillies dans les VC. Il s'agit d'en saisir le sens afin de mieux comprendre et interpréter les connaissances, les croyances, les attitudes et les comportements de la population face à la maladie du sommeil, mais aussi en vue de déceler des pistes concrètes d'interventions socio-sanitaires possibles comme contribution à la lutte contre la trypanosomiase.

### **Signification des données de l'enquête et pistes d'interventions socio-sanitaires**

L'objectif poursuivi ici, s'il faut le rappeler, est de dégager, par comparaison des données recueillies aux différents niveaux de l'enquête, une synthèse analytique qui fasse ressortir le plus exactement possible la perception que les gens du Mayombe ont de la maladie du sommeil, leurs croyances, attitudes et comportements de lutte face à cette maladie. L'analyse suggèrera en corollaire les pistes d'actions socio-sanitaires de lutte possibles et pour induire un changement de mentalité des gens vis-à-vis de cette maladie voire de toute maladie.

### ***Signes de la maladie***

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est la multiplicité et une certaine diversité des signes évoqués comme manifestations de la maladie du sommeil chez ceux qui en sont atteints. Cela

démontre sans doute la particularité de chaque cas, mais que la même personne malade peut présenter divers signes à la fois.

L'examen des signes mentionnés montre que ceux cités par les informateurs autres que les « cas » indiquent plutôt la perception des expressions « anormales » ou « morbides » que l'entourage constate chez les victimes de la maladie. Les signes nommés par les cas disent au contraire les sensations et constatations intimes vécues personnellement par eux-mêmes.

La liste des signes présentés par les « cas » dans les VT est plus développée que celle des « cas » dans les VC. Chez tous les « cas dans les deux milieux, on retrouve cependant les mêmes principaux indices de la maladie, à savoir la fièvre et le mal de tête tenaces, la sensation de fatigue générale, les douleurs corporelles aiguës, la somnolence, l'irascibilité excessive, la loquacité et la perte de l'appétit. Beaucoup de ces signes, notamment la loquacité, l'irascibilité et la somnolence sont constatés également par les informateurs qui ne sont pas les « cas ».

De tels signes partagés en commun par les malades et constatés, pour beaucoup, par l'entourage, doivent retenir l'attention des chercheurs et des agents de santé. Ils constituent des indicateurs non négligeables que devrait prendre en compte l'intervention socio-sanitaire pour l'éducation de la population, le dépistage des cas de trypanosomiase et les soins aux malades, surtout dans les contrées endémiques. Ce sont des indices qui aideraient à orienter, dans une mesure relative, s'entend, les interventions afin d'éviter des tâtonnements souvent inutilement coûteux et gravement dommageables à la santé des malades.

Outre les signes, d'autres indices, à savoir les attitudes et les comportements des malades et de l'entourage doivent retenir l'attention particulière du chercheur, mais également et surtout, sur le plan pratique, de l'intervenant socio-sanitaire.

### ***Attitudes et comportements face à la maladie.***

La population, les malades et leur entourage entretiennent une attitude et un comportement généralement positifs devant la maladie du sommeil quand elle est dépistée. On la craint parce qu'on sait qu'elle est grave et facilement mortelle, mais aussi on redoute son traitement réputé douloureux.

Sachant que la maladie du sommeil tue et qu'aucun traitement « indigène » ne peut la soigner et la guérir, on est généralement disposé à suivre le traitement médical moderne qui a démontré son efficacité non magique, mais réelle lorsqu'on s'y applique à temps et qu'on reste fidèle à ses prescriptions.

La soumission aux exigences du traitement incluant le repos et les visites périodiques ainsi que la mobilisation familiale pour faire face au coût relativement élevé de ce traitement et pour accompagner psychologiquement et socialement le malade, démontrent assez la perception et/ou l'expérience de la gravité mortelle de la maladie, la volonté collective de guérison et la « foi » en l'efficacité du traitement médicale moderne.

Là où paraît embrouillée la perception des gens des deux milieux cibles (VT et VC) et de toutes les catégories d'informateurs, c'est lorsqu'il est question de dire la provenance de la maladie du sommeil et son mode de transmission. Ici s'entremêlent connaissances, ignorances et croyances magico- religieuses.

### ***Agent causal, modes de transmission de la maladie et croyances.***

La mouche tsétsé est l'agent causal de la maladie du sommeil le plus fréquemment cité par les informateurs. La proportion est de 36,6% de l'ensemble des réponses récoltées dans les VT (32,1%) et les VC (41,1%) auprès des « cas ». C'est dans les mêmes proportions environ que les autres catégories d'informateurs dans les VT et les VC reconnaissent à la mouche tsétsé la causalité de la maladie du sommeil. Il faut noter que dans la plupart de ces réponses, il n'y a pas d'affirmation absolue attribuant à la mouche tsétsé la causalité de la maladie. On évoque aussi souvent en même temps l'intervention de causes magico-religieuses : Dieu et Satan. Même chez ceux qui désignent d'autres sources de la maladie, à savoir le porc, l'eau malsaine, les mouches, les moustiques, les taons, des herbes aquatiques ou la sous-alimentation, il y a rarement de certitude absolue dans les affirmations.

On peut faire la même constatation lorsque les informateurs parlent de l'agent transmetteur de la maladie du sommeil. La mouche tsétsé est le responsable de la transmission le plus cité. On pense aussi que la maladie peut provenir directement de Dieu ou être « jetée » à la personne par « Satan ». La transmission peut se faire aussi, pense-t-on, par les moustiques, par l'eau, par des herbes aquatiques ou de personne à personne par contact.

Cette incertitude et la disparité des réponses allant d'agents naturels à des forces magico-religieuses en passant par l'ignorance tout court démontrent que l'information véhiculée par le BCT dans les localités de son rayon d'action sur l'identité réelle du vecteur (agent causal et transmetteur) de la maladie du sommeil n'est pas encore vraiment perçue et assimilée par la majorité de la population. Les croyances magico-religieuses restent ancrées dans la population même chez les adolescents. Cependant, la proportion assez importante des réponses désignant nommément la mouche tsétsé comme le vecteur responsable de la maladie du sommeil laisse voir un progrès réel et assez notable dans les connaissances et l'état d'esprit général des gens sur la maladie du sommeil.

Ce progrès se remarque également par le type des moyens que les informateurs préconisent pour la lutte contre la maladie du sommeil. Dans les VT, c'est à 57% des réponses des « cas » (1) et à 100% de celles des autres informateurs que l'on mentionne comme moyens de lutte le traitement médical et l'habitude du recensement médical. Dans les VC, les réponses exprimées par les « cas » et les autres informateurs sont à 100% en faveur du traitement et du recensement pour le dépistage comme principaux moyens de lutte.

Le deuxième grand moyen de lutte, indice d'évolution de mentalité, est en rapport avec l'hygiène du milieu. On se rend compte que la promiscuité avec certains animaux dont le porc, la prolifération des mouches et d'insectes de tout genre ainsi que l'insanité de l'eau sont cause de maladies.

La mention des pièges à glossine parmi les moyens de lutte est aussi un élément nouveau apporté par le BCT dans la population.

On doit aussi recourir à la « main de Dieu », c'est-à-dire à la puissance divine pour enrayer complètement la maladie du sommeil. Ce recours ne semble affaiblir en rien les moyens de lutte déjà signalés, à savoir le traitement et le recensement médicaux, l'assainissement du milieu et les pièges à glossine. Les souhaits généralement formulés le confirment.



## ***Moyens de lutte et souhaits***

Dans les VT on voudrait en effet que le traitement soit rendu gratuit. Le souhait est sans doute en rapport avec la pauvreté générale de la population villageoise. Il faut y voir également le désir d'en finir avec cette maladie en rendant le traitement accessible même aux plus démunis incapables de trouver le revenu nécessaire pour se le payer. Ce désir est sans doute renforcé chez certains par la croyance que la maladie du sommeil peut se transmettre de personne à personne par certaines relations physiques. La généralisation du traitement réduirait les risques de transmission et favoriserait l'éradication de la maladie.

Dans les VC, on ne recommande pas nécessairement la gratuité du traitement. On souhaite plutôt que la campagne soit intensifiée et atteigne l'ensemble de la population. Les centres de santé devraient être plus abondamment approvisionnés en médicaments appropriés aux soins de la maladie du sommeil.

Les gens deviennent de plus en plus conscients par expérience grâce au BCT que la maladie du sommeil fait du chemin dans la population. Ils se rendent compte que les moyens dont dispose actuellement le BCT sont insuffisants. Aussi la construction d'un grand hôpital pour la trypanosomiase et l'intensification de l'aide locale et extérieure paraissent nécessaires à leurs yeux.

Cette analyse suggère en corollaires un certain nombre de pistes pour des actions pratiques auprès de la population, spécialement dans les contrées endémiques.

### **Pistes d'interventions socio-sanitaires**

L'analyse qui vient d'être faite laisse voir premièrement que les connaissances des gens sur la maladie du sommeil sont encore assez vagues et très limitées. Le vecteur de la trypanosomiase est insuffisamment connu. Plus des trois quarts de la population semblent l'ignorer complètement. Les croyances magico-religieuses, même si on ne l'exprime pas toujours clairement, occupent encore beaucoup de place dans le vécu quotidien des gens. Néanmoins, on n'est ni passif ni fataliste face à la présence reconnue de cette maladie facilement mortelle. Son traitement médical est douloureux, mais on s'y soumet entièrement bien que son coût ne soit pas toujours à la portée de toutes les bourses. La solidarité familiale -famille restreinte dans la plupart des cas- supplée souvent à la pauvreté individuelle. La confiance au traitement médical moderne paraît absolue voire aveugle alors même qu'on formule des souhaits d'assainissement du milieu de vie. Dans tous les cas, il y a une volonté ferme de voir la maladie du sommeil disparaître complètement par l'intensification et l'extension de l'action du BCT (recensement et traitement) ainsi que par l'hygiène publique.

Il en découle que la lutte contre la maladie du sommeil dans le Mayombe devra s'appuyer sur les pistes suivantes :

- 1° l'éducation de la population pour faire disparaître l'ignorance et les fausses croyances sur les causes de la maladie du sommeil
- 2° l'assainissement du milieu par la lutte entomologique, l'amélioration des points d'eau, de la qualité de l'eau ainsi que par l'hygiène générale
- 3° l'intensification et l'extension du recensement et du traitement médicaux

- 4° l'appui sur des cibles pour évaluer les progrès en train de se réaliser par les actions entreprises et leur impact sur l'évolution de la trypanosomiase dans ces localités cible.

L'efficacité de la réalisation de telles actions sollicite une participation communautaire volontaire. Celle-ci paraît déjà théoriquement acquise. La population semble, en effet, disponible et accueillante à des actions destinées à combattre la maladie du sommeil.

On envisagerait ainsi comme prochaine étape de la présente recherche l'application et la vérification des quatre énoncés émis ici sous forme de pistes ou d'hypothèses de travail. Les mêmes localités – les 3 VT et les 2 VC – continueront à servir de cible. L'on pourra apprécier l'évolution différentielle de la maladie du sommeil dans les VT à population stable par rapport aux VC à population flottante. La comparaison aidera à déterminer les méthodes et les moyens de lutte appropriés pour chacun des deux types de localités, les VT et les VC, en vue de l'intensification de la lutte dans ces localités et de son extension à d'autres villages.

### **Conclusion**

Cette étape de la recherche, on le voit, n'est qu'une introduction à un travail théorique et pratique plus approfondi. Elle démontre que la population du Mayombe est consciente et de la gravité de la maladie du sommeil, du danger de son expansion et des difficultés voire, selon le témoignage de certains, de l'impossibilité de l'enrayer complètement à cause du foisonnement de la mouche tsétsé, des moustiques et autres insectes supposés en être les vecteurs.

L'ignorance est encore assez répandue dans la population autour de la trypanosomiase humaine. L'attitude et le comportement de la population ne sont pas du fatalisme en dépit de l'ignorance et de certaines croyances magico-religieuses, notamment celle en la sorcellerie. Les souhaits formulés sont une sollicitation d'interventions encore plus agressives que celles entreprises actuellement par le BCT, en faveur de la lutte contre la présence et la propagation d'une maladie cruelle et mortelle mais curable.

### **Bibliographie**

- 1. AURENCHE, Christian,  
1987 *Sous l'arbre sacré*, Paris, Les Editions du Cerf
- 2. DUFRESNE, J., DUMONT F., MARTIN, Y., Sous la direction de,  
1985 *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Québec, PUA.
- 3. BENAVENT, C.  
2005, *Méthodologie de la recherche: la méthode d'étude de cas*
- 4. BICHINDARITZ, I. (1995), *Incremental concept learning and case-based reasoning*, Berlin, Springer
- 4. BURKE, J. (1971), "Historique de la lutte contre la maladie du sommeil au Congo", dans *Annales de la Société belge de médecine tropicale*, 51, 465-477.

- 5. GAËLLE, Olivier et LEGROS, Dominique, (novembre 2001), "Historique de la trypanosomiase humaine africaine", *Tropical Medicine International Health*, vol. 6, n°11, p. 855-863.
- 6. HAMEL, J. (1997), *Eude de cas et sciences sociales*, Paris, L'Harmattan
- 7. LEPLAT, J. (novembre 2002), *De l'étude de cas à l'analyse d'activités. Pistes*, vol. 2.
- 8. OMS, Centre des médias, (janvier 2017), *Trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil)*, Aide-mémoire N°259.

[1] « Satan » : entendez ici le mauvais esprit agissant dans le sorcier ou « ndoki » en langue locale.