



## **Pratiques communautaires d'approvisionnement en eau et risque de transmission de l'ulcère de Buruli en milieu rural ivoirien**

**Nahounou Damien Pierre DALLO**

Université Alassane Ouattara,  
Bouaké - Côte d'Ivoire  
[dallodamien4@gmail.com](mailto:dallodamien4@gmail.com)

**Amani Charles YOKOLI<sup>1</sup>**

Laboratoire des Sciences de la Communication,  
des Arts et de la Culture (LSCAC).  
UFR Information, Communication et Arts  
Université Félix Houphouët-Boigny,  
Abidjan - Côte d'Ivoire  
[yokoli.charles81@ufhb.edu.ci](mailto:yokoli.charles81@ufhb.edu.ci)

**Akissi Danièle Olga KONAN**

Université Alassane Ouattara,  
Bouaké - Côte d'Ivoire  
[olgakonan3@gmail.com](mailto:olgakonan3@gmail.com)

**Affouda Abel ADJET**

Université Jean Lorougnon Guédé,  
Daloa - Côte d'Ivoire  
[abeladjet5555@gmail.com](mailto:abeladjet5555@gmail.com)

---

<sup>1</sup> Auteur correspondant

## Résumé

L'ulcère de Buruli constitue l'une des maladies tropicales négligées les plus invalidantes en Côte d'Ivoire, particulièrement dans les zones rurales où les conditions d'accès à l'eau restent précaires. Cette étude vise à analyser les pratiques communautaires d'approvisionnement en eau et leur implication dans le risque de transmission de l'ulcère de Buruli dans le village de Sikaboutou, situé dans la région du Haut-Sassandra. Adoptant une approche socio-anthropologique qualitative, elle s'est adressée à 47 participants, répartis comme suit : 15 femmes de ménages, 10 chefs de ménages, 15 enfants et adolescents et 05 leaders communautaires et 02 tradipraticiens. La recherche s'appuie sur des entretiens semi-directifs, des observations directes et des discussions de groupe réalisés auprès des ménages, leaders communautaires et agents de santé. Les résultats montrent que la dépendance aux eaux de surface, les usages domestiques et symboliques de l'eau, ainsi que les perceptions locales de la maladie contribuent à l'exposition des populations au risque. L'étude souligne la nécessité d'intégrer les représentations sociales et les pratiques culturelles dans les stratégies de prévention et de lutte contre l'ulcère de Buruli.

**Mots-clés** : Ulcère de Buruli, approvisionnement en eau, pratiques communautaires, milieu rural.

## Abstract

Buruli ulcer is one of the most disabling neglected tropical diseases in Côte d'Ivoire, particularly in rural areas where access to water remains limited. This study examines community water supply practices and their implications for the risk of Buruli ulcer transmission in the village of Sikaboutou, located in the Haut-Sassandra region. Using a qualitative socio-anthropological approach, it addressed 47 participants, divided as follows: 15 housekeepers, 10 heads of households, 15 children and adolescents, 05 community leaders and 02 traditional healers.

the research is based on semi-structured interviews, direct observations, and focus group discussions conducted with households, community leaders, and health workers. The results show that dependence on surface water, domestic and symbolic uses of water, as well as local perceptions of the disease, contribute to population exposure to risk. The study highlights the need to integrate social representations and cultural practices into strategies for the prevention and control of Buruli ulcer.

**Keywords**: Buruli ulcer, water supply, community practices, rural areas.



## Introduction

L'ulcère de Buruli, infection cutanée chronique causée par *Mycobacterium ulcerans*, figure parmi les maladies tropicales négligées les plus dévastatrices en Afrique subsaharienne, tant par ses conséquences sanitaires que sociales (Yotsu *et al.*, 2018). La Côte d'Ivoire est reconnue comme l'un des pays les plus endémiques au monde, avec une concentration élevée des cas dans les zones rurales forestières et péri-forestières, caractérisées par la présence de cours d'eau, de zones humides et de plans d'eau stagnante (N'Krumah *et al.*, 2016). De nombreuses études ont établi un lien étroit entre l'environnement aquatique et la transmission de l'ulcère de Buruli, suggérant que *Mycobacterium ulcerans* se développe préférentiellement dans les écosystèmes aquatiques perturbés par les activités humaines, notamment l'agriculture, la déforestation et l'aménagement hydraulique (Merritt *et al.*, 2010). Toutefois, si les facteurs écologiques et biologiques sont relativement bien documentés, les dimensions sociales et culturelles de l'exposition au risque demeurent insuffisamment explorées, en particulier dans les contextes ruraux africains.

Dans les sociétés rurales ivoiriennes, l'eau ne constitue pas uniquement une ressource utilitaire, mais un élément central de l'organisation sociale, des pratiques quotidiennes et des systèmes symboliques (Linton, 2010). Les pratiques d'approvisionnement en eau, qu'il s'agisse de la collecte, de l'usage domestique ou des usages rituels, sont socialement construites et profondément ancrées dans les rapports au territoire, à la nature et à la maladie (Augé, 1984). Ainsi,

l'exposition prolongée aux eaux de surface lors des activités quotidiennes (lessive, baignade, agriculture) peut être comprise non seulement comme un facteur environnemental, mais également comme le produit de logiques sociales et économiques spécifiques. Plusieurs travaux ont mis en évidence le rôle déterminant des représentations sociales de la maladie dans les trajectoires de soins et les comportements de prévention (Moscovici, 1961). Selon Asiedu *et al.* (2000), les dynamiques épidémiologiques pourraient contribuer à la consolidation de ce phénomène.

Dans le cas de l'ulcère de Buruli, la maladie est fréquemment interprétée à travers des registres étiologiques pluriels mêlant causes naturelles, mystiques et sociales, ce qui influence le recours tardif aux structures biomédicales et renforce les formes d'auto-prise en charge au sein des communautés (Aujoulat *et al.*, 2010). Par ailleurs, l'approche éco-sociale de la santé souligne que les maladies ne peuvent être appréhendées indépendamment des contextes socio-environnementaux dans lesquels elles émergent et se diffusent (Krieger, 2001). Dans cette perspective, les pratiques communautaires d'approvisionnement en eau constituent un point d'articulation central entre contraintes structurelles (pauvreté, insuffisance des infrastructures hydrauliques), choix pratiques et dynamiques culturelles locales. En d'autres termes, comment les pratiques communautaires d'approvisionnement en eau pourraient-elles influencer le risque de transmission de l'ulcère de Buruli ?

Ces pratiques qui peuvent ainsi contribuer à la reproduction des risques sanitaires tout en répondant à des impératifs de survie quotidienne demeurent préoccupantes. Malgré donc l'ampleur de la problématique, peu d'études se sont spécifiquement intéressées au rôle des pratiques



d'approvisionnement en eau dans la dynamique de transmission de l'ulcère de Buruli. C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente recherche, qui vise à analyser les pratiques communautaires d'accès et d'usage de l'eau ainsi que leur implication dans le risque de transmission de l'ulcère de Buruli.

## **1. Méthodologie**

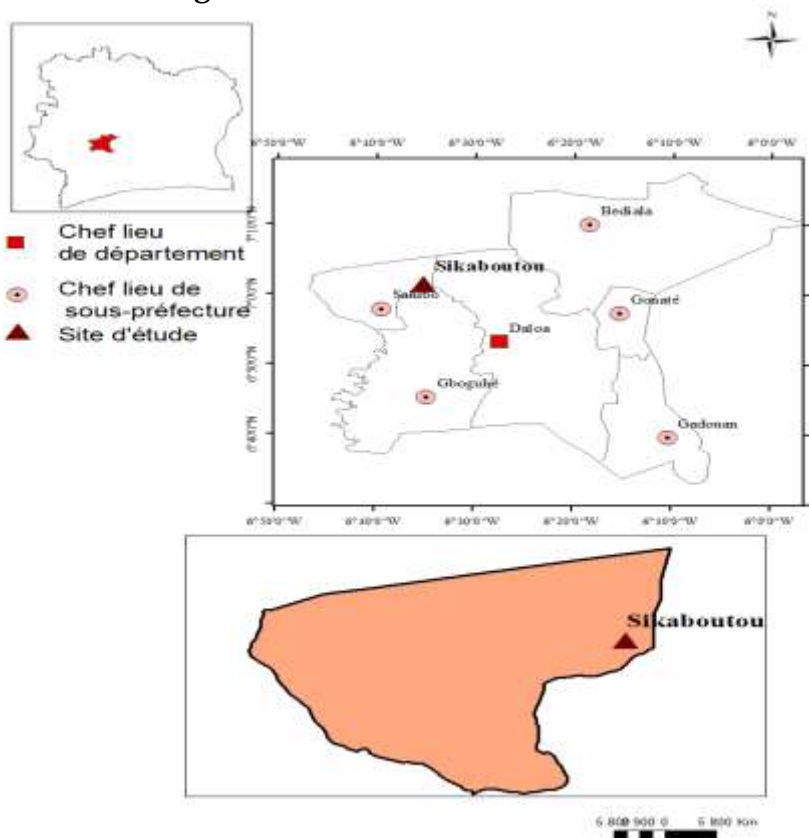
### **1.1. Terrain d'étude**

Le terrain d'étude est le village de Sikaboutou, situé dans la région du Haut-Sassandra, au centre-ouest de la Côte d'Ivoire. Ce village est caractérisé par un environnement rural, avec une économie principalement basée sur l'agriculture vivrière et l'élevage. Les activités agricoles incluent la culture du riz, du maïs, du manioc et des tubercules, souvent pratiquées dans des bas-fonds et des zones partiellement inondées, ce qui expose régulièrement les habitants à des contacts prolongés avec l'eau de surface. Sikaboutou est doté de ressources hydriques diversifiées, comprenant des rivières, des marigots et quelques puits ou forages, dont l'accès est limité et souvent saisonnier. La dépendance aux sources naturelles d'eau est particulièrement forte pendant la saison sèche, lorsque certains puits s'assèchent et que la qualité de l'eau devient variable, augmentant ainsi le risque d'exposition aux pathogènes présents dans l'eau.

Le choix de ce village repose également sur le nombre de cas détecté chaque année allant de 05 à 14 cas selon les données du centre de santé en 2022. Les interactions entre les pratiques quotidiennes, les représentations locales de la maladie et l'exposition à l'eau de surface ont été au cœur de

l'investigation, permettant d'identifier des leviers pertinents pour la prévention et la gestion communautaire de la maladie.

**Figure 1: Carte de la zone d'étude**



(Source : CNTIG, 2026)

## 1.2. Population et échantillon de l'étude

La population cible de cette étude a concerné des habitants du village de Sikaboutou, dans la région du Haut-Sassandra, caractérisés par des activités impliquant un contact régulier



avec les sources d'eau de surface. La population était composée d'individus de différents âges et sexes, incluant les hommes, les femmes, les enfants et les leaders communautaires, afin de refléter la diversité des pratiques et des perceptions concernant l'ulcère de Buruli. L'échantillon a été sélectionné de manière intentionnelle (échantillonnage raisonné) pour inclure des participants directement exposés aux sources d'eau et impliqués dans les activités à risque, ainsi que des personnes pouvant fournir des informations pertinentes sur les pratiques de soins et les représentations locales de la maladie. L'échantillon final comprenait 47 participants, répartis comme suit : 15 femmes de ménages, 10 chefs de ménages, 15 enfants et adolescents et 05 leaders communautaires et 02 tradipraticiens.

### **1.3. Techniques et instruments de collecte de données**

Au cours de cette étude, pour la collecte des données nous avons opté pour la recherche documentaire, l'observation, l'entretien comme méthodes. Le guide d'entretien permet à l'enquêteur de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien (Aktouf, 1987). En effet, le guide d'entretien dans le cadre de notre travail est un outil qui a permis de conduire des entretiens semi-directif par l'approche qualitative. De manière concrète, dans cette étude le guide d'entretien a été administré aux leaders communautaires, aux chefs de ménage, aux femmes. Les axes d'entretien ont porté sur : les modalités d'approvisionnement en eau, usages communautaires de l'eau, pratiques de gestion des plaies, perceptions de l'ulcère de Buruli et les vulnérabilités sociales et expositions différenciées.

## **1.4. Techniques d'analyse et méthodes de traitement de données**

Les données issues du terrain, ont par la suite fait l'objet d'analyse qualitative. Pour l'analyse des données ou informations au niveau de l'approche qualitative, nous avons procédé par l'analyse des thèmes composants notre sujet de recherche. En d'autres termes, nous avons fait une analyse de contenu thématique. Nous avons recueilli les informations sur des thèmes du sujet de recherche identifiés dans notre guide d'entretien.

## **2. Résultats**

### **2.1. Modalités d'approvisionnement en eau à Sikaboutou**

L'approvisionnement en eau à Sikaboutou repose essentiellement sur des sources naturelles, notamment les rivières, les marigots et les bas-fonds, qui constituent les principaux points d'accès pour les usages domestiques quotidiens. Bien qu'un forage communautaire soit présent dans le village, son fonctionnement irrégulier et les fréquentes pannes limitent fortement son utilisation, contraignant les ménages à maintenir une dépendance structurelle aux eaux de surface. Cette situation est largement évoquée par les enquêtés, qui soulignent l'incertitude liée à l'accès à l'eau potable et la nécessité de recourir à des sources alternatives. Les puits traditionnels, généralement non protégés, constituent une source complémentaire, particulièrement en saison sèche. Toutefois, ces sources sont perçues comme moins fiables en termes de qualité, mais indispensables face à la rareté de l'eau. C'est dans ce sens une femme affirmait ceci : « *Quand il n'y a plus assez d'eau dans la rivière, on prend celle du puits, même si elle est trouble* ». Ces



Received: 10/03/2026 Accepted: 15/06/2026 Published: 15/07/2026

propos mettent en évidence une logique d'adaptation contrainte face à la rareté de l'eau, dans laquelle la disponibilité prime sur la qualité sanitaire. Ce discours traduit une hiérarchisation pragmatique des sources d'approvisionnement, où le choix de l'eau repose moins sur des critères de potabilité que sur l'urgence du besoin quotidien. Le choix des sources d'eau s'inscrit avant tout dans une logique de proximité et de praticité.

Les points d'eau les plus proches du village sont privilégiés afin de réduire le temps et l'effort liés à la collecte, notamment pour les femmes et les jeunes filles, principales responsables de cette activité. Cette division des rôles expose ces groupes à des contacts fréquents et prolongés avec les milieux aquatiques. Comme l'indique ce participant : « *Chercher l'eau, c'est toujours les femmes. Les hommes sont aux champs* ». Cette normalisation sociale, combinée à l'absence de solutions durables d'accès à l'eau potable, conduit à une exposition répétée aux milieux aquatiques, parfois en présence de blessures non protégées, renforçant ainsi la vulnérabilité des populations face à l'ulcère de Buruli.

*Image 1 : Point d'eau servant aux tâches ménagères*



**Source :** Données d'enquête, 2024

## **2.2. Usages communautaires de l'eau et contacts à risque**

Les usages communautaires de l'eau à Sikaboutou sont caractérisés par une forte polyvalence des points d'eau naturels, qui remplissent simultanément des fonctions domestiques, sociales, agricoles et parfois rituelles. Cette multiplicité des usages entraîne une fréquentation intense et quotidienne des rivières et marigots, favorisant des contacts répétés et prolongés entre les populations et les milieux aquatiques potentiellement contaminés. L'eau issue des cours d'eau est utilisée comme eau de boisson, la préparation des repas, la lessive, la toilette corporelle, la vaisselle, la baignade



Received: 10/03/2026 Accepted: 15/06/2026 Published: 15/07/2026

des enfants et l'abreuvement des animaux. Ces usages se déroulent généralement sur les mêmes sites, sans séparation des espaces ni contrôle des conditions sanitaires. Cela corrobore avec les dits d'une enquêtée : « *C'est la même eau pour tout : on boit, on lave les habits et on se lave dedans* ». Les observations de terrain montrent que les activités de lessive et de toilette sont souvent réalisées directement dans l'eau, avec une immersion prolongée des membres inférieurs et des mains.

Ces pratiques, perçues comme ordinaires et nécessaires, exposent certains individus avec de microlésions cutanées, résultant des travaux agricoles ou des activités domestiques. C'est pourquoi l'une de nos enquêtées affirmait ceci : « *Quand on revient du champ avec des petites blessures, on va quand même laver les habits à la rivière* ». Par ailleurs, l'eau est utilisée dans certaines pratiques agricoles, notamment pour l'irrigation des cultures vivrières situées dans les bas-fonds. Ces activités impliquent un contact direct et répété avec l'eau, souvent nus pieds, renforçant l'exposition des agriculteurs aux milieux aquatiques. Comme en témoigne ce participant : « *Pour le riz et les cultures du bas-fond, on est obligé d'entrer dans l'eau* ». Dans l'ensemble, les usages communautaires de l'eau à Sikaboutou s'inscrivent dans un système de pratiques socialement organisées, où les contacts à risque ne relèvent pas de comportements individuels isolés, mais d'une logique collective façonnée par les contraintes matérielles, les normes sociales et les représentations culturelles. Cette configuration favorise une exposition répétée aux milieux aquatiques, contribuant à la vulnérabilité des populations face à l'ulcère de Buruli.

### 2.3. Pratiques à risque et gestion locale des plaies

Les données de terrain révèlent que les pratiques à risque liées à l'ulcère de Buruli à Sikaboutou sont étroitement associées aux modes locaux de gestion des plaies et des blessures, généralement considérées comme bénignes dans la vie quotidienne. Les coupures, égratignures et plaies superficielles, fréquentes dans un contexte dominé par les activités agricoles et domestiques, font rarement l'objet de soins curatifs spécifiques avant l'exposition à l'eau. Les enquêtés indiquent que ces blessures sont perçues comme faisant partie intégrante du travail quotidien et ne justifient pas une attention particulière, sauf en cas de douleur persistante ou d'aggravation visible. Cette situation confirme les dires de ce participant : « *Quand on travaille au champ, on se coupe souvent, mais ce n'est pas grave* ». Les observations de terrain montrent également que les activités de lessive, de toilette corporelle et d'agriculture sont souvent réalisées pieds nus ou sans protection des membres inférieurs, même en présence de blessures visibles.

Cette exposition prolongée de la plaie à l'eau, parfois stagnante, accroît les risques de pénétration de l'agent pathogène. C'est en ce sens que cet enquêté affirmait ceci : « *Même si le pied est blessé, on est obligé d'entrer dans l'eau pour travailler* ». Les pratiques à risque observées à Sikaboutou ne relèvent pas de comportements individuels isolés, mais d'un système de gestion locale des blessures socialement structuré, façonné par les contraintes matérielles, les normes culturelles et les savoirs empiriques. Cette configuration favorise une exposition répétée des plaies ouvertes à l'eau de surface, constituant un facteur central de vulnérabilité face à l'ulcère de Buruli.

*Image 2 : Point d'eau servant aux travaux champêtres*



Source : *Données d'enquête, 2024*

## **2.4. Perceptions locales de l'ulcère de Buruli**

L'analyse des discours recueillis à Sikaboutou met en évidence une pluralité de perceptions locales de l'ulcère de Buruli, qui ne se limitent pas à une explication biomédicale de la maladie. L'ulcère de Buruli est majoritairement perçu comme une affection mystérieuse, difficilement explicable, dont l'origine dépasse souvent le cadre strictement naturel. Les enquêtés mobilisent des registres interprétatifs variés, combinant causes environnementales, mystiques et sociales. Plusieurs enquêtés associent la maladie à des forces invisibles ou à des transgressions sociales, ce qui contribue à son inscription dans un registre symbolique et moral. C'est

pourquoi, le notable du village affirmait ceci : « *Cette maladie-là, ce n'est pas une maladie simple, il y a quelque chose derrière* ». Cette interprétation mystique est souvent renforcée par le caractère lent et indolore des premières lésions, qui ne correspondent pas aux représentations ordinaires des maladies graves. L'absence de douleur initiale est parfois interprétée comme un signe que la maladie n'est pas « naturelle ».

Par ailleurs, certains discours établissent un lien entre l'ulcère de Buruli et des comportements jugés socialement répréhensibles, tels que la transgression de normes communautaires ou le non-respect de certaines interdictions. Cette lecture morale de la maladie favorise la stigmatisation des personnes atteintes. Les dits de cette participante corroborent cette situation : « *Quand quelqu'un attrape ça, on se demande toujours ce qu'il a fait* ». Dans l'ensemble, les perceptions locales de l'ulcère de Buruli à Sikaboutou révèlent une coexistence de savoirs biomédicaux et de croyances socioculturelles, qui structurent les comportements de prévention et de soins. Ces représentations, loin d'être de simples obstacles à la prise en charge, constituent des cadres interprétatifs à partir desquels les populations donnent sens à la maladie et orientent leurs pratiques. Toute stratégie de lutte contre l'ulcère de Buruli gagnerait ainsi à intégrer ces perceptions locales afin de favoriser une adhésion communautaire durable et culturellement adaptée.

## **2.5. Vulnérabilité sociale et exposition différenciée**

L'étude à Sikaboutou révèle que l'exposition au risque de l'ulcère de Buruli n'est pas uniforme au sein de la population, mais varie selon le genre, l'âge et les responsabilités sociales. Cette vulnérabilité différenciée s'inscrit dans une



organisation sociale clairement hiérarchisée et une division des tâches, qui conditionne les contacts avec les sources d'eau et les milieux aquatiques. Les femmes et les jeunes filles apparaissent comme les groupes les plus exposés, en raison de leur rôle central dans la collecte de l'eau, la lessive, la préparation des repas et la toilette des enfants. Ces activités quotidiennes impliquent des contacts prolongés avec les rivières et marigots, souvent pieds nus ou avec des plaies non protégées. Comme l'indique ce participant : *« Ce sont toujours les filles et les jeunes femmes qui vont au marigot, donc elles sont souvent mouillées et avec des petites coupures »*. La vulnérabilité sociale est aussi influencée par les contraintes économiques. Les ménages à faible revenu n'ont souvent pas d'accès à des alternatives sécurisées pour l'approvisionnement en eau et doivent se contenter des points d'eau naturels, même si leur qualité est douteuse.

Les activités agricoles, qui exigent de travailler dans des bas-fonds ou des rizières partiellement inondées, renforcent cette exposition, affectant particulièrement les agriculteurs et les membres des familles impliqués dans la production vivrière. C'est pourquoi cet enquêteur affirmait ceci : *« Pour le riz et les cultures dans les bas-fonds, nous sommes obligés de marcher dans l'eau, même avec des plaies »*. En résumé, l'exposition différenciée des individus à l'ulcère de Buruli à Sikaboutou illustre que la vulnérabilité sanitaire ne relève pas uniquement de la biologie ou de l'environnement, mais découle d'une combinaison de facteurs sociaux, économiques et culturels. Les pratiques quotidiennes, la division des rôles et les contraintes matérielles structurent la probabilité d'exposition et soulignent l'importance de considérer la

dimension sociale dans toute stratégie de prévention ou d'intervention.

### 3. Discussion

L'étude menée à Sikaboutou révèle que le risque de transmission de l'ulcère de Buruli est profondément lié aux pratiques communautaires d'approvisionnement et d'usage de l'eau, à la gestion des plaies et aux perceptions locales de la maladie. La dépendance aux sources d'eau de surface, en particulier les rivières, marigots et puits non protégés, constitue un facteur central de vulnérabilité. Les populations privilégient la proximité et la disponibilité de l'eau plutôt que sa qualité, illustrant un arbitrage pragmatique face aux contraintes quotidiennes et aux ressources limitées. Les interruptions fréquentes des forages et la faible disponibilité des infrastructures modernes renforcent cette dépendance, obligeant les habitants à recourir systématiquement aux points d'eau naturels et augmentant l'exposition prolongée aux milieux aquatiques potentiellement contaminés, comme le soulignent Amofah *et al.* (1993) et Williamson *et al.* (2014). Les usages polyvalents de l'eau boisson, lessive, toilette corporelle, baignade, irrigation et alimentation animale créent un environnement où les plaies ouvertes entrent fréquemment en contact avec l'eau de surface, favorisant la pénétration de *Mycobacterium ulcerans*. Ces pratiques sont socialement normalisées et historiquement intégrées, ce qui limite l'effet des simples campagnes de sensibilisation.

La gestion locale des plaies, qui consiste souvent à laver les blessures directement dans les rivières ou à utiliser des remèdes traditionnels, reflète une rationalité adaptée aux contraintes matérielles et aux savoirs empiriques transmis au sein des familles, confirmant les observations de (Lock &



Nguyen, 2018). Les perceptions locales de l'ulcère de Buruli, mêlant causes environnementales, spirituelles et sociales, influencent également les trajectoires thérapeutiques. Le recours initial aux tradipraticiens et le retard dans la prise en charge biomédicale, renforcés par la stigmatisation sociale, contribuent à la chronicisation des lésions et à l'augmentation du risque de transmission (Etuaful *et al.*, 2005 ; WHO, 2019).

Les femmes et les enfants apparaissent comme les groupes les plus exposés, en raison de leur rôle central dans la collecte de l'eau, la lessive et la baignade, tandis que les contraintes économiques et agricoles maintiennent certains groupes dans des situations d'exposition prolongée (Ofori-Adjei *et al.*, 2014). Ces observations soulignent que la vulnérabilité face à l'ulcère de Buruli n'est pas uniquement biologique ou environnementale, mais socialement construite. La combinaison de facteurs matériels et culturels structure les pratiques quotidiennes et détermine l'exposition différenciée des individus. La prévention efficace de l'ulcère de Buruli dans ce contexte exige donc une approche intégrée, combinant amélioration des infrastructures hydrauliques, promotion de pratiques de protection individuelle, sensibilisation culturellement adaptée et participation active de la communauté dans la gestion de l'eau et le suivi sanitaire.

Ainsi, la lutte contre l'ulcère de Buruli à Sikaboutou doit dépasser les stratégies biomédicales classiques et s'appuyer sur une compréhension fine des pratiques, des contraintes et des représentations locales. Seule une approche holistique, socialement et culturellement ancrée, peut réduire durablement l'exposition des populations et renforcer leur résilience face à cette maladie endémique.

## Conclusion

Cette recherche a démontré que le risque de transmission de l'ulcère de Buruli à Sikaboutou est indissociable des pratiques quotidiennes d'approvisionnement et d'usage de l'eau. Ces pratiques, socialement normalisées et façonnées par des contraintes économiques et matérielles, touchent particulièrement les femmes et les enfants, révélant une vulnérabilité différenciée au sein de la communauté.

L'étude a permis d'identifier que la lutte contre l'ulcère de Buruli ne peut se limiter à des interventions biomédicales standard, mais nécessite une approche holistique qui intègre les dimensions sociales, culturelles et environnementales. Sur la base de ces résultats, il apparaît essentiel de développer des stratégies qui intègrent les dynamiques communautaires locales dans la gestion de l'eau et le suivi sanitaire et, surtout, l'implication active des acteurs communautaires (leaders, tradipraticiens, usagers). Cette approche participative est la clé d'une meilleure résilience face à la maladie. En ouvrant cette réflexion, cette étude offre de nouvelles perspectives pour des recherches futures visant à évaluer l'efficacité des interventions communautaires dans d'autres localités. Elle rappelle l'importance de considérer les pratiques quotidiennes, les contraintes structurelles et les normes sociales dans l'élaboration de programmes de santé publique culturellement adaptés et socialement acceptables.



## Références bibliographiques

- Aktouf, O. (1987).** *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique.* Presses de l'Université du Québec.  
[https://classiques.uqam.ca/contemporains/Aktouf\\_omar/metho\\_sc\\_soc\\_organisations/metho\\_sc\\_soc\\_organisations.rtf](https://classiques.uqam.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisations/metho_sc_soc_organisations.rtf)
- Amofah, G., Bonsu, F., Tetteh, C., Asiedu, K., & Otchere, J. (1993).** Epidemiology of Mycobacterium ulcerans infection (Buruli ulcer) in southern Ghana. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 87(5), 529-534.
- Asiedu, K., Etuaful, S., & Ampadu, E. (2000).** Buruli ulcer: Mycobacterium ulcerans infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(1), 1-5.
- Augé, M. (1984).** *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, maladie.* Archives Contemporaines.
- Aujoulat, I., Jacquemin, P., Deccache, A., & Luminet, O. (2010).** L'auto-prise en charge et l'autonomisation des patients : Processus psychologiques et dimensions relationnelles. *Santé Publique*, 22(1), 39-49.
- Krieger, N. (2001).** Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677. doi.org
- Linton, R. (2010).** *Le fondement culturel de la personnalité* (J.-C. Filloux, Trad.). Dunod. (Ouvrage original publié en 1945)

- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2018).** *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Merritt, D. M., Scott, M. L., Poff, N. L., Auble, G. T., & Lytle, D. A. (2010).** Theory, methods and tools for determining environmental flows for riparian vegetation: Riparian vegetation-flow response guilds. *Freshwater Biology*, 55(10), 2065–2097. doi.org
- Moscovici, S. (1961).** *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.
- N’Krumah, K., Koné, B., Cissé, G., Tanner, M., Utzinger, J., & Pluschke, G. (2016).** Socio-environmental factors associated with the risk of contracting Buruli ulcer in the region of Tiassalé, South Côte d’Ivoire. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 10(1), Article e0004327. doi.org
- Ofori-Adjei, D., Asamoah, K., & Nartey, E. (2014).** Gender, water use and vulnerability to Buruli ulcer in rural Ghana. *Health & Place*, 30, 28–35.
- Williamson, H., Benbow, M., Campbell, L., et al. (2014).** The ecology of *Mycobacterium ulcerans* and Buruli ulcer disease. *Annual Review of Microbiology*, 68, 389–404.
- World Health Organization (WHO). (2019).** *Buruli ulcer: Key facts*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/buruli-ulcer>
- Yotsu, R. R., Murase, C., Sugawara, M., Zarco, E. E., & Hay, R. J. (2018).** Revisiting Buruli ulcer. *The Journal of Dermatology*, 45(9), 1033–1043. doi.org