



Article Original

Connaissances, Attitudes, Pratiques et Perceptions sur le Pian dans le District Sanitaire de Mbaïki (République Centrafricaine)

Knowledge, attitudes, practices and perceptions of yaws in the health district of Mbaïki (Central African Republic)

Piamale Germain¹, Zarambaud Romaric Ghislain¹, Fandema Emmanuel², Doyama-woza Rodrigue Herman², Pamatika Christian Maucler³, Dombeti Constantin Juvénal⁴, Diemer Saint-Calvaire Henri², Longo Jean De Dieu², Gresenguet Gérard¹.

RÉSUMÉ

1. École doctorale des sciences de la santé humaine et vétérinaire, Université de Bangui, République centrafricaine
 2. Département de Santé Publique, Faculté des Sciences de la Santé, Université de Bangui, République Centrafricaine
 3. Service de la surveillance Intégrée des Maladies, Centre Hospitalier Universitaire de Bangui, République Centrafricaine
 4. Laboratoire du Centre Hospitalier Universitaire Maman Élisabeth Domitien, République Centrafricaine

Auteur correspondant :

Germain Piamale, MD-MPH
 Doctorant en Santé Publique,
 École Doctorale des Sciences de la Santé Humaine et Vétérinaire,
 Université de Bangui,
 République Centrafricaine.
 BP : 2230 Bangui
 Téléphone : 00 236 75502341
 Email : germain.piam@yahoo.fr

Mots clés : MTN-Pian-
 Connaissances-Attitudes-
 Pratiques-République
 Centrafricaine.

Keywords: NDTs-Yaws-
 Knowledge-Attitudes-Practices-
 Central African Republic.

Introduction. Le pian est endémique en RCA mais reste méconnu du personnel de santé et des personnes affectées. Cette étude vise à explorer les connaissances, attitudes, pratiques et perceptions des communautés concernant le pian dans le district sanitaire de Mbaïki en République Centrafricaine. **Méthodes.** Il s'agit d'une enquête communautaire, transversale à visée descriptive et analytique par entretien et administration de questionnaire auprès des chefs de ménages dans 38 villages du district. Les proportions ont été calculées et l'analyse du contenu des entretiens réalisée. **Résultats.** Parmi les 55 interviewées, 28(51%) étaient des hommes. Pour ces interviewés, le pian était lié au manque d'hygiène 37(67%), ses lésions ne guérissaient jamais 41(75%), et 20% considéraient le pian comme maladie infectieuse. Sur les 23 agents de santé interviewés, 4(17%) étaient capables de définir les MTN. Au total, 460 chefs de ménage ont répondu aux questionnaires dont 76% (n=350) d'hommes et 88% (n=405) des bantous. Leurs âges variaient de 17 à 80 ans avec un âge moyen de 42 ans. Le forage (n=225, 49%) était la principale source d'eau de boisson des ménages. Les latrines avec dalle béton étaient utilisées par 54% (n=250) des ménages. La défécation à l'air libre était pratiquée par 39% (n=180) des ménages. Le savon était utilisé par 62% (n=285) des ménages, 96% (n=440) des ménages avaient moins de 2 heures pour accéder à une formation sanitaire et 93% (n=430) des ménages faisaient recours aux agents de santé. **Conclusion.** L'intégration d'une formation sur le pian dans le curricula de formation des agents de santé et la sensibilisation des communautés sur le pian sont des stratégies à mettre en œuvre pour la lutte contre les MTN.

ABSTRACT

Introduction. Yaws is endemic in the CAR but remains unknown to health personnel and affected people. This study aims to explore the knowledge, attitudes, practices and perceptions of communities regarding yaws in the health district of Mbaïki in the Central African Republic.

Methods. This is a cross-sectional community survey with a descriptive and analytical purpose by interview and administration of a questionnaire to heads of households in 38 villages in the district. The proportions were calculated and the analysis of the content of the interviews carried out. **Results.** Of the 55 interviewees, 28 (51%) were men. For these interviewees, yaws was linked to lack of hygiene 37 (67%), its lesions never healed 41 (75%), and 20% considered yaws an infectious disease. Of the 23 health workers interviewed, four (17%) were able to define NTDs. A total of 460 heads of household responded to the questionnaires, of which 76% were men and 88% Bantu. Their ages ranged from 17 to 80 with an average age of 42. Fodder (49%) was the main source of household drinking water. Latrines with a concrete slab were used by 54% of households. Open defecation was practiced by 39% of households. Soap was used by 62% of households, 96% of households had less than 2 hours to access a health facility and 93% of households used health workers. **Conclusion.** The integration of yaws training in the training curriculum for health workers and sensitization of communities on yaws are strategies to be implemented for the control of NTDs.

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Le pian, maladie infectieuse visée par l'éradication d'ici 2030, sévit encore dans plusieurs pays dont la RCA.

La question abordée dans cette étude

Les connaissances, attitudes, pratiques, perceptions des agents de santé et autres acteurs de lutte contre le pian.

Ce que cette étude apporte de nouveau

Les personnels de santé et la communauté ont encore des notions majoritairement incorrectes sur le pian.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Il faut renforcer la formation et l'information sur les maladies tropicales négligées en général et le pian en particulier.

INTRODUCTION

Le pian est une maladie infectieuse causée par *Treponema pallidum ssp pertenue* [16, 17]. Il sévit principalement dans les communautés pauvres des régions forestières tropicales chaudes et humides d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et du Pacifique [11]. La plupart des populations touchées vivent loin des services de santé de base et des soins les plus fondamentaux. L'infection se transmet lorsqu'une personne non infectée entre en contact direct non sexuel avec le liquide/fluides d'une lésion de pian d'une personne infectée [11]. La période d'incubation est de 9 à 90 jours (21 jours en moyenne). Les facteurs favorisant la transmission ou la propagation du pian sont : les mauvaises conditions socio-économiques, le manque d'accès à l'eau et à l'assainissement [11].

Le pian est caractérisé par une lésion cutanée primaire suivie d'une lésion cutanée secondaire, d'une infection latente et d'un stade chronique incluant un processus destructeur des os et des articulations pouvant conduire à des complications physiques (malformation et défiguration) sources d'handicap [27]. Ces malformations physiques en plus des idées fausses socioculturelles sur le pian ont conduit à une stigmatisation sociale et une discrimination des personnes atteintes de pian [23]. Bien que les lésions ressemblant à du pian aient été trouvées chez les primates dans les jungles d'Afrique, il est difficile de savoir s'ils peuvent transmettre la maladie à l'homme [11, 12]. Cette possibilité de transmission zoonotique du pian pourrait avoir des implications sur les efforts d'éradication de la maladie.

Malgré les avancées thérapeutiques et un engagement politique fort au niveau mondial dans les années 1950, conduisant à une réduction spectaculaire du fardeau du pian comme problème majeur de santé publique [2, 9, 11], on assiste à une réémergence du pian [1, 4, 18, 24] et son éradication est confrontée à d'énormes défis parmi lesquels, la réduction du nombre des nouveaux cas, la diminution de la prévalence, la stigmatisation et l'exclusion sociale. La pleine implication des communautés vivant en zone d'endémie ainsi que des personnes touchées par le pian est primordiale dans les efforts pour l'élimination et l'éradication du pian.

A l'instar des autres pays de l'Afrique Centrale, le pian est connu pour être endémique en République centrafricaine (RCA) [6, 19, 22]. Entre 1977 et 1980, des campagnes de masse pour le traitement du pian ont été organisées par le Ministère de la santé de la RCA. En 2008 et 2012, le pays a notifié respectivement 243 et 230 cas de pian [20] dont plus de 80% sont notifiés dans le district sanitaire de Mbaïki. Des études menées entre 2011 et 2017 dans le district sanitaire de Mbaïki, ont montré des prévalences du pian allant de 11 à 20% [5, 10, 14, 26, 28]. Ces données ont montré clairement que la RCA fait partie des pays encore endémiques du pian. Le but de cette étude est d'évaluer le niveau de connaissances, les attitudes, les perceptions et pratiques des populations du district sanitaire de Mbaïki sur le pian.

METHODES**Type d'étude**

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive, couplée à un volet qualitatif par entretien portant sur les connaissances, les perceptions, les attitudes et les pratiques des communautés Aka et Bantou sur le pian dans le district sanitaire de Mbaïki.

Conception de l'enquête

Du 26 septembre au 22 octobre 2019, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec les malades atteints de pian ou leurs parents, les autorités locales et les personnels de santé du district de Mbaïki.

Du 31 mars au 23 Avril 2020, des questionnaires ont été administrés aux chefs de familles des 570 ménages sélectionnés dans les 38 villages du district sanitaire de Mbaïki.

Le district sanitaire de Mbaïki est l'un des districts sanitaires de la RCA où la charge du pian est la plus élevée du pays. Il comprend deux sous-préfectures, neuf communes et 298 villages avec une population estimée en 2019, à 212 000 habitants et en 2020 à 219 000 habitants, selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003 en RCA. Les Bantous représentent 90% de la population du district contre 10% des populations autochtones Aka.

Echantillonnage et collecte des données**Participants**

Les participants inclus dans l'étude étaient des individus des deux sexes, âgés de 15 ans et plus. Il s'agit : des malades atteints de pian ou leurs parents, les personnels de santé, les autorités locales et administratives, qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

Echantillonnage

Pour l'administration des questionnaires, nous avons procédé à un sondage à deux degrés. Par échantillonnage aléatoire simple, 38 villages des 298 du district de M'baïki ont été sélectionnés, par la méthode PPT (proportionnelle à la taille). Puis, dans chaque village, 15 ménages ont été sélectionnés de manière aléatoire. Les 38 villages sont dispersés dans les 9 communes du district sanitaire de Mbaïki et les Aka sont retrouvés dans 27 des 38 villages. Pour les entretiens semi-dirigés, les participants ont été sélectionnés de manière aléatoire à partir d'une liste mise à disposition par le district sanitaire de Mbaïki. Cette liste

ne contenait pas toutes les informations nécessaires. Cependant, la sélection était orientée sur la facilité d'accès à ces participants.

Collecte des données

Le questionnaire a été conçu pour collecter les variables sociodémographiques, l'accès à l'eau potable, le niveau d'hygiène et d'assainissement ainsi que les variables relatives à l'accès et à l'utilisation des services de santé.

La collecte des données s'est faite à l'aide des smartphones Android dans lesquels, la version électronique du questionnaire sous ODK (Open Data Kit) a été intégrée.

Huit enquêteurs parlant couramment le sangho et les dialectes locaux (Aka, Ngando, Mbat, Ngbaka, Mozombo), ont été formés à l'administration du questionnaire par l'investigateur principal. La formation comprenait entre autre, une compréhension complète et une traduction appropriée du questionnaire en sangho et en dialecte local et une retro traduction en français par les enquêteurs et un pré-test du questionnaire.

Les entretiens ont été menés par l'investigateur principal qui ne parle que sangho et français avec l'aide des enquêteurs en fonction du dialecte parlé par les participants dans chaque communauté. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, copiés sur ordinateur, retranscrits avant leur analyse.

Taille de l'échantillon

Sur la base d'une prévalence estimée à 10% du pian, un intervalle de confiance de 95%, une précision à 2% et une erreur acceptable de 0,05 ; une taille d'échantillon de 570 ménages a été déterminée pour le volet quantitatif de notre étude.

En ce qui concerne le volet qualitatif, les entretiens ont été réalisés auprès de 55 personnes dont 23 personnels de santé, 6 malades atteints de pian de plus de 18 ans et 5 parents d'enfants atteints de pian et 21 autorités locales ou administratives du district sanitaire de M'baïki.

Déclaration d'éthique

L'approbation éthique a été obtenue du Comité Scientifique de Validation des Protocoles d'étude et des Résultats de la Recherche en Santé de l'Université de Bangui N°16/UB/FACSS/CSVIPER/19. La participation à l'étude était volontaire et chaque participant a donné un consentement éclairé. Toutes les données collectées ont été rendues anonymes et la confidentialité a été strictement respectée dans le traitement et l'analyse des données.

Gestion des données et méthodes statistiques

La gestion des données consistait à vérifier si les questionnaires étaient remplis complètement et correctement en utilisant des codes appropriés. Les données ont été stockées sur un compte virtuel, exportées sur feuilles de calcul Microsoft Excel et exportées vers le logiciel statistique Epi info version 7 pour analyse. Les proportions ont été calculées.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphones, retranscrits en français et lus avant l'analyse des contenus basée sur les thèmes retenus pour l'étude. Chaque transcription a été lue et relue afin d'avoir une

compréhension globale des points de vue des interviewés. L'analyse des données a commencé après que la première entrevue ait été transcrite et nous avons procédé simultanément à la poursuite de la collecte des données. Nous avons utilisé la méthode de comparaison constante pour interpréter les données, rechercher les thèmes prévus et émergents au cours de la progression de l'analyse.

RESULTATS

Volet qualitatif

Caractéristiques des participants

Au total 55 personnes ont pris part à des entretiens individuels. Les participants étaient âgés de 19 à 78 ans. L'âge moyen était de 39 ans et l'âge le plus fréquent était 33 ans. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Variables	Effectif (n=55)	%
Sexe		
Masculin	28	51
Féminin	27	49
Statut matrimonial		
Célibataire	20	36
Union libre	28	51
Marié (e)	2	4
Veuf (ve)/Divorcé (e)	5	9
Niveau d'instruction		
Aucun	9	16
Primaire	20	37
Collège	17	31
Secondaire	5	9
Universitaire	4	7
Occupation		
Sans emploi	6	11
Élève/Étudiant	3	5
Cultivateur	24	44
Commerçant	9	16
Salarié	13	24
Catégorie sociale		
Autorité administrative ou locale	21	38
Malade/Parent de malade	11	20
Personnel de santé	23	42

Parmi celles-ci, 23 (42%) étaient des malades de pian ou leurs parents, 21 (38%) des autorités locales ou administratives et 11 (20%) des agents de santé. Les hommes représentaient 51% versus 49% de femmes. Les personnes vivant en couple étaient plus nombreuses (51%), suivies des célibataires (37%). Du point de vue scolaire, 36% (20) étaient du niveau primaire et 31% du niveau collège. La majorité des participants 44% étaient des cultivateurs, suivis des salariés (24%) et des commerçants (16%).

Connaissances concernant les maladies tropicales négligées

La majorité des participants (n=40, 73%) à l'étude avait des idées vagues sur les maladies tropicales négligées (MTN). La notion de « maladie négligée » était définie différemment par chaque groupe de participants. Pour les malades et leurs familles, les MTN sont des maladies que les professionnels de santé ne veulent pas prendre en charge, des maladies qui n'intéressent pas les agents de

santé. Ces déclarations sont soutenues par les propos de certains malades.

M2 : « lorsque je me suis présenté la première fois au centre de santé, l'agent de santé qui m'a reçu, a appelé ses collègues pour leurs montrer les lésions que j'avais et ils ont commencé à se moquer de moi.... ».

M1 : « l'agent de santé m'a dit que mes lésions étaient liées à la saleté et que je devrai rentrer à la maison me laver, il ne peut rien faire pour moi ».

Les leaders communautaires et les autorités administratives locales, avaient, une autre explication selon laquelle les maladies tropicales négligées étaient des maladies pour lesquelles le département de la santé et les bailleurs de fonds ne veulent pas investir en comparaison avec des maladies comme le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose ou celles évitables par la vaccination. D'autres pensaient aussi que les MTN étaient des maladies des pauvres et de ce fait, elles étaient négligées. Le personnel de santé toute catégorie confondue avait une méconnaissance des MTN. Sur les vingt-trois personnels de santé, quatre étaient en mesure de donner une définition assez correcte des maladies tropicales négligées. Selon l'OMS, « Les maladies tropicales négligées constituent un groupe d'affections variées qui sont surtout répandues dans les régions tropicales et subtropicales. Ces maladies touchent plus particulièrement ceux qui n'ont pas accès à de bonnes conditions d'assainissement, à des infrastructures de base et à des services de santé. Sources de morbidité et de mortalité accentuées, ces maladies peuvent également conduire à la stigmatisation et à la discrimination dans les communautés ». Aucun des vingt-trois n'était capable de citer plus de cinq maladies tropicales négligées. Mais lorsque la question leur était posée de citer certaines maladies tropicales ou maladie à manifestation cutanée, huit ont cité des MTN qu'ils ne pensaient pas être des MTN. Pour eux, la notion de maladies négligées, faisait allusion aux maladies en voie de disparition qui n'existaient que dans des zones reculées etc. Pour soutenir cela, un de personnel de santé, s'était exprimé en ces termes.

PS4 : « pendant notre formation à la faculté, nous avons étudié les maladies infectieuses mais, on ne nous avait pas parlé de maladie tropicale négligée ».

Connaissances, croyances et perceptions concernant le pian

Trente participants avaient déclaré entendre parler de pian, mais ne connaissaient pas bien cette maladie qui sévissait selon eux ; beaucoup plus parmi les populations autochtones (Pygmées). L'appellation de la maladie variait d'une communauté à une autre. Les Bantous l'appelaient « Kokombé » ou « davéké » alors que les populations autochtones Aka, l'appelaient « Katara ». Une confusion régnait cependant dans la description de la maladie. Les autorités locales, les leaders communautaires et certains malades décrivaient le pian comme étant une maladie de la peau, d'origine allergique, liée à la consommation de certains aliments (poisson, chenilles, des viandes de gibiers interdits etc.) ; alors que, les autorités administratives et les agents de santé incriminaient beaucoup plus l'insuffisance de l'hygiène corporelle. Rares étaient les interviewés (n=6) qui

pensaient que le pian était une maladie infectieuse due à un agent microbien. Aucune personne parmi les interviewés n'avait pu citer : *Treponema pallidum ssp pertenue* comme agent causal du pian.

Sur les trente participants qui affirmaient avoir entendu parler de pian, vingt avaient indiqué que le canal par lequel ils étaient informés sur le pian était les relais communautaires de l'ONG Fairmed. Le personnel de santé reconnaissait que dans la liste des maladies sous surveillance publiée par le ministère de la santé, le pian n'était pas sur cette liste. En plus, il n'y avait pas un programme ou stratégie pour la prise en charge des cas de pian. Cependant, dix participants parmi le personnel de santé (médecins et chefs des formations sanitaires) avaient fait savoir qu'ils avaient reçu des instructions pour élaborer un plan d'action pour la lutte contre le pian, mais attendaient d'être formés sur la maladie.

Problèmes rencontrés par les personnes atteintes de pian ou leurs familles

Chaque groupe réagissait différemment face au pian. Pour les leaders communautaires et les autorités administratives, il était nécessaire de sensibiliser les communautés sur le pian, mettre en place des associations pour aider les personnes atteintes de pian et créer des meilleures conditions de vie. Témoignent les interventions des autorités administratives et locales ci-dessous.

AAL4 : « vous savez, cette maladie est une maladie de pauvreté, je pense qu'il serait judicieux de rendre la prise en charge gratuite et aussi de mettre à la disposition de la population des points d'eau, les gens n'ont rien ici ».

Et

AAL7 : « je pense pour ma part que les gens doivent se parler entre eux, faire des efforts pour entretenir les sources d'eau et surtout penser à leur hygiène corporelle. Personne ne pourra venir prendre soins des enfants si leurs parents ne veulent pas les laver, c'est vraiment difficile ».

Pour les malades et leurs parents, le problème était apprécié autrement.

PM1 : « vraiment, je ne comprends plus rien, depuis que mes enfants ont ces lésions sur le corps, j'ai tout essayé. Ça a commencé avec le garçon, puis la fille. Ça disparaît, et ça réapparaît. Je pense que c'est un envoiement, une malédiction. On veut seulement détruire les corps de mes enfants. Ça me fait honte et me donne de la peine pour eux ».

Les personnels de santé avaient peur du pian. Ils pensaient que le fait de s'approcher d'une personne atteinte de pian, était un risque pour se contaminer.

PS3 « il faudrait trouver une solution à ce genre d'affection. Au vingt-unième siècle, on ne peut plus continuer à trainer de telle saloperie. Si moi, j'attrape ça comment je vais faire ? Je ne pourrai plus porter des habits courts car ça fait vraiment honte ».

Pratiques vis-à-vis du pian : recherche de soins et traitement

En ce qui concerne les moyens de prévention, la presque totalité des participants (n=52) pensait que l'application des mesures d'hygiène, tel que, se laver régulièrement

avec de l'eau et du savon pouvait éviter de contracter le pian. Parmi les interviewés, trente-trois, mettaient l'accent sur l'hygiène alimentaire. Dix-sept, avaient incriminé la promiscuité comme facteur favorisant la transmission de la maladie. Aucun des participants aux entretiens ne pensait que la chimio prophylaxie préventive par l'azithromycine par voie orale était un moyen de prévention du pian.

La prise en charge des cas variait des malades, autorités administratives locales ou des agents de santé. Pour quarante-cinq participants, la prise en charge du pian devrait passer nécessairement par un traitement médicamenteux associé aux mesures d'hygiène corporelle. Quinze participant dont : sept agents de santé, trois malades, cinq autorités administratives et locales avaient cité la benzathine benzylpénicilline comme médicament à utiliser dans la prise en charge du pian. Deux personnels de santé avaient cité l'azithromycine comme médicament pouvant traiter le pian. Parmi les cas de pian traités, le coût de traitement variait de 1 000 à 30 000 FCFA pour un coût moyen de 6 330 FCFA.

Perception vis-à-vis du pian

Trente-sept participants considéraient le pian comme une maladie liée au manque d'hygiène, et quarante-un, avaient déclaré que les lésions cutanées dues au pian étaient incurables, ce qui alimentait l'origine mystique du pian.

AAL5 : « je pense que vous avez rencontré le garçon qui se trouve au niveau du marché. C'est depuis très longtemps qu'il a cette plaie au niveau de la jambe. Les gens ont tout essayé, malheureusement il n'y a toujours pas de changement. Je crois qu'il va mourir avec ça, ou bien, il va falloir l'amputer. C'est peut-être le seul moyen de le soulager ».

Les parents des malades mettaient en cause l'absence de formation sanitaire dans leur localité et aussi la méconnaissance des agents de santé.

PM4 « vous savez, avant, on n'avait pas de formation sanitaire ici, et le Maire est venu ici nous voir dans le village, on a choisi ce garçon qui est parti à Mbaïki et qui est revenu au bout de six mois pour nous aider. Il se débrouille mais pour des maladies compliquées comme celles de mes enfants, il ne peut rien et je n'ai pas les moyens de les amener à Mbaïki pour les soigner. De toutes les manières je n'ai pas de parents là-bas. Je les remets entre les mains de Dieu ».

Volet quantitatif

Caractéristiques générales

Au total, 570 chefs de ménages avaient été sélectionnés. Parmi eux, 460 (80,70%) ont été visités par les enquêteurs et 453 ont accepté de participer à l'enquête, soit un taux de réponse de 98,47%. Leurs âges variaient de 17 à 80 ans avec un âge moyen de 42,64 ans (Ecart type : 13,604). Il s'agissait de 345 hommes versus 115 femmes. La majorité (n=396) des chefs de ménage était des Bantous et une minorité (n= 64) d'autochtones Aka.

Situation de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement

Les principales sources d'eau de boisson étaient les forages (49%), suivies des sources d'eau non protégées (28%). Les puits traditionnels non protégés et les sources d'eau protégées étaient respectivement de l'ordre de 8%.

Il n'y'avait aucun robinet, ni kiosque d'eau. Les puits protégés sont seulement de l'ordre de 3%. Les latrines avec dalle béton étaient plus nombreuses (54%). Cependant, la défécation à l'air libre (22%) et la défécation dans une cour ou dans un cours d'eau (17%) étaient aussi fréquentes. La moitié des latrines était partagée avec d'autres ménages. Seuls 62% des ménages utilisent le savon contre 33% qui n'ont n'avait pas. Au total, 5% des ménages utilisent des méthodes alternatives (cendre, sable ou plante) pour le lavage.

Accès et utilisation des services de santé

Bien que 97% des ménages enquêtés connaissaient l'existence d'une formation sanitaire, seuls 93% déclarent faire recours aux agents de santé en cas de problème de santé contre seulement 5% aux tradipraticiens. 76% des ménages enquêtés avaient moins d'une heure pour accéder à une formation sanitaire et 23% entre 2 à 6 heures. A peine 1% avait besoin de 6 heures ou plus pour avoir accès à une formation sanitaire.

DISCUSSION

Bien que le pian figure sur la feuille de route de l'OMS 2012 [25] pour être éradiqué d'ici 2020, la RCA pays endémique du pian n'a pas encore mis en œuvre la stratégie de Morges pour l'éradication du pian [8]. De plus, l'ampleur du pian n'est pas mesurée dans tous les districts du pays. La nouvelle feuille de route de l'OMS pour la lutte contre les MTN, fixe comme l'un de ses objectifs, l'éradication du pian d'ici 2030 [13]. L'atteinte de ce nouvel objectif pourrait se heurter à certains défis dont : le manque de connaissance et les perceptions erronées des communautés sur le pian. Evaluer les connaissances et explorer les perceptions des communautés sur le pian, permettront de développer des interventions visant à contribuer à l'élimination et ou l'éradication du pian.

Dans cette étude, la notion de MTN était mal connue par les membres de la communauté Aka et non Aka. En effet, en fonction de l'appartenance à une catégorie sociale, correspondait une définition de MTN. Cependant, toutes les catégories sociales étaient unanimes sur le fait que les MTN constituaient un défi quant à ce qui concerne leur prise en charge.

Le pian avait une appellation qui variait d'un type de population à un autre ; en plus, il règne une confusion entre des lésions dermato pianiques et non pianiques ; et la diversité clinique des lésions primaires et tardives, qui fait que certaines douleurs sont à tort ou à raison décriées pianiques avec ou sans raison bactériologique. Ce qui constitue une difficulté dans les stratégies de communication ou de lutte contre la maladie.

Des efforts devront être faits pour amener toutes les catégories sociales, et tous les types de population à identifier de la même manière la maladie.

La prise en charge du pian reste un défi en RCA. En effet, trois districts sanitaires (Mbaïki, Boda et Sangha-Mbaéré) sont connus comme étant endémiques du pian. Étant donné que le pian ne figure pas sur la liste des maladies sous surveillance, et qu'en dehors de cinq districts sanitaires sur les 35 que compte le pays, les agents de santé ne sont pas formés sur le pian (diagnostic et prise en

charge), l'objectif d'élimination au niveau national sera confronté à plusieurs défis.

Il ressort de cette étude que le manque d'hygiène et la promiscuité étaient des facteurs considérés comme favorisant la transmission du pian. En effet, dans le district, le problème d'hygiène se pose avec acuité. Moins de 50% des ménages avaient accès à des sources d'eau de bonne qualité, environ 30%, déféquaient à l'air libre et 35% n'utilisaient aucun antiseptique. Améliorer les conditions d'hygiène dans le district serait un atout pour lutter contre le pian et contribuer à l'objectif d'éradication du pian.

Du fait des difficultés d'accès des Aka aux soins de santé et de leur faible pouvoir d'achat, rares étaient les cas de pian pris en charge. Cette étude montre qu'il subsiste plusieurs difficultés liées à la prise en charge du pian. Premièrement, les agents de santé dans leur majorité ne connaissaient pas le protocole de prise en charge recommandé par l'OMS. En effet, sur les onze agents de santé interviewés, deux (18,18%), avaient cité l'azithromycine comme médicament pouvant traiter le pian. Deuxièmement, la chimio prophylaxie préventive dans le cadre du traitement de masse à l'azithromycine n'était ni connue par les membres de la communauté, ni par les agents de santé. Or cette stratégie est la clé de voûte de la lutte contre le pian. Enfin, la prise en charge du pian est payante. Dans cette étude, le coût moyen de prise en charge est de 6 330 FCFA ; ce qui reste élevé pour les ménages en RCA et inaccessible aux plus démunis, dont les Aka. Comme le montre le cahier économique de la RCA publié par la Banque Mondiale [3], un ménage centrafricain dépense en moyenne 2 dollars US soit environ 1000 FCFA par jour, ce qui traduit le degré de pauvreté de la population et appelle à une forte mobilisation de ressources pour la mise en œuvre de la stratégie de Morges afin d'atteindre l'objectif d'éradication du pian d'ici fin 2030.

Dans le district sanitaire de Mbaïki, le fait que 97% des ménages aient accès aux services de santé, que 93% font recours aux services de santé pour des problèmes de maladie et 99% n'ont besoin que de moins de 6 heures pour accéder aux services de santé, constituent des atouts pour lutter contre le pian à condition de former les agents de santé sur la prise en charge du pian, de rendre disponibles les moyens de diagnostic et de prise en charge du pian. Ce résultat met en exergue le rôle des agents de santé dans la lutte contre les maladies en général et le pian en particulier [7].

Dans cette étude, 10,90% des interviewés ont déclarés que des microbes étaient à l'origine des lésions pianiques, mais aucun n'a été capable de citer le nom de l'agent causal du pian. Ce faible taux montre que la majorité des participants à l'étude incrimine une autre cause pouvant être à l'origine du pian. Il est donc important de développer des stratégies de communication envers les communautés afin de les sensibiliser sur le pian, ses causes, ses manifestations cliniques et les défis liés à sa prise en charge et surtout, la chance de mettre fin à cette maladie en utilisant les moyens dont on dispose à ce jour. Dans une étude similaire au Ghana [15], 77% des interviewés connaissaient les causes du pian.

Etant donné que l'acceptation d'une intervention dépend de divers facteurs, il serait important pour le service de lutte contre les MTN d'impliquer d'autres acteurs de la société dans la lutte ; notamment les enseignants et les tradipraticiens.

Cette étude présente certaines limites. Premièrement, les lésions cliniques du pian sont similaires à de nombreuses autres maladies de la peau [21] et nous ne pouvons pas être certains que les points de vue exprimés par les membres de la communauté sont spécifiques au pian plutôt que de s'appliquer plus largement aux maladies de la peau localement endémiques. La différenciation clinique entre le pian, la gale et la lèpre peut être délicate par les membres de la communauté. Les programmes d'éducation sanitaire devront clairement souligner que si l'azithromycine peut avoir un impact significatif sur le pian et certaines maladies, ce n'est pas une panacée pour toutes les affections cutanées.

Malgré ces limites, le fait d'avoir associé aux questionnaires des entretiens approfondis sur la problématique du pian dans une zone endémique auprès d'un large échantillon d'individus d'âge, de sexe et de groupe ethnique, renforce la validité de notre étude.

Nos résultats soulignent en outre, la nécessité d'éliminer les obstacles à l'accès aux soins, y compris les coûts de santé directs et indirects, la nécessité de renforcer le curricula de formation dans les écoles de formation paramédicale et médicale avec des programmes sur les maladies tropicales négligées en général et le pian en particulier. Ces résultats seront utiles au service de lutte contre les MTN de la RCA afin de développer des stratégies appropriées pour soutenir les efforts d'éradication du pian.

Source de financement

Cette étude a été réalisée grâce à une bourse offerte par l'Organisation de Coopération pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), sur la base d'une coopération financière entre la CEMAC et le Ministère de la Coopération Economique et du Développement (BMZ) de la République Fédérale d'Allemagne, à travers la KfW (Banque allemande de développement).

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions les autorités administratives et locales, les personnes souffrant de pian, leurs parents et le personnel de santé du District Sanitaire de Mbaïki pour leur participation aux différents entretiens ainsi que tous les chefs de ménages qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

REFERENCES

1. Agadzi VK, Aboagye-Atta Y, Nelson JW, et al. Resurgence of yaws in Ghana. *Lancet* 1983, 2(8346) :389-390.
2. Asiedu K, Fitzpatrick C, Jannin J. Eradication of Yaws: Historical Efforts and Achieving WHO's 2020 Target. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 25 sept 2014.

3. Banque mondiale. 2021. « Cahiers économiques de la République centrafricaine : Investir dans le capital humain pour préserver l'avenir ». © Banque mondiale.
4. Boock AU, Awah PK, Mou F, Nichter M. Yaws resurgence in Bankim, Cameroon: The relative effectiveness of different means of detection in rural communities. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 8 mai 2017.
5. Boua B, Dolido E. Rapport d'enquête de dépistage du pian dans les préfectures de la Lobaye et de la Sangha-Mbaéré. Bangui, RCA. 2012.
6. Cirera P, Palisson MJ, Pinerd G, Jaeger G. Treponemal serology in a Bi-Aka pygmy population of Central Africa.
7. Corley AG, Thornton CP, Glass NE. The Role of Nurses and Community Health Workers in Confronting Neglected Tropical Diseases in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *PLoS Negl Trop Dis*. 15 sept 2016.
8. Eradication du pian – la Stratégie de Morges (2012) Relevé épidémiologique hebdomadaire. 87 : 189-200.
9. Harper KN, Fyumagwa RD, Hoare R, et al. Treponema pallidum infection in the Wild Baboons of East Africa: distribution and genetic characterization of the strains responsible. *Planet PJ*, editor. *PLoS ONE* 2012;7:e50882.
10. Herve V, Kassa Kelembho E, Normand P, et al. Resurgence of yaws in Central African Republic. Role of the Pygmy population as a reservoir of the virus. *Bull Soc Pathol Exot* 1992, 85(5) :342-346.
11. Intégrer les maladies tropicales négligées dans l'action pour la santé mondiale et le développement : quatrième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Knauf S, Liu H, Harper KN (2013). Treponemal infection in nonhuman primates as possible reservoir for human yaws. *Emerg Infect Dis* 19: 2058–2060.
13. Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : un cadre de viabilité applicable à l'action contre les maladies tropicales négligées 2021-2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO
14. Manirakiza A, Boas SV, Beyam N, et al. Clinical outcome of skin yaws lesions after treatment with benzathinebenzylpenicillin in a pygmy population in Lobaye, Central African Republic. *BMC Res Notes*. déc 2011.
15. Marks M, Kwakye-Maclean C, Doherty R, et al. Knowledge, attitudes and practices towards yaws and yaws-like skin disease in Ghana. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 31 juill 2017.
16. Marks M, Mitja O, Solomon AW, et al. Yaws. *British Medical Bulletin*. 1 mars 2015; 113(1):91-100.
17. Marks M, Solomon AW, Mabey DC. Endemic treponemal diseases. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 2014 ; 108:601–607.
18. Marks M. Yaws: towards the WHO eradication target. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2016 ; 110:319–20. doi:10.1093/trstmh/trw032.
19. Martin PM, Gonzalez JP, Martin MH, et al. Clinical aspects and usefulness of indirect absorbed immunofluorescence for diagnosis of yaws in Central Africa. *J Clin Microbiol* 1988, 26(11) :2432-2433
20. Mitjà O, Marks M, Konan DJP, et al. 2015. Global epidemiology of yaws: a systematic review. *The Lancet Global Health* 3, 324–331.
21. Ndzomo Ngono J-P, Tchatchouang S, Noah Tsanga MV, et al. Ulcerative skin lesions among children in Cameroon: It is not always Yaws. *PLoS Negl Trop Dis*. February 16, 2021 ; 15(2).
22. Pampiglione S, Wilkinson AE: A study of yaws among pygmies in Cameroon and Zaire. *Br J Vener Dis* 1975, 51(3) :165-169. 17.
23. Rinaldi A: Yaws: a second (and maybe last?) chance for eradication. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2008, 2(8) :e275.
24. Tharmaphornpilas P, Srivanichakorn S, Phraesrisakul N: Recurrence of yaws outbreak in Thailand, 1990. *The Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1994, 25(1):152-156.
25. The London Declaration on Neglected Tropical Diseases (disponible à l'adresse : http://www.unitingtocombatntds.org/downloads/press/london_declaration_on_ntds.pdf; consulté en décembre 2020).
26. Um Boock A, Ntozo'o JP, Boua B, Vander Plaetse B. Evidence d'une forte endémicité de la lèpre et du pian dans la commune de Baléloko en République Centrafricaine. *Médecine et Santé Tropicales*. 2019, 29 (2) : 155-158
27. Walker SL, Hay RJ: Yaws-a review of the last 50 years. *Int J Dermatol* 2000, 39(4) :258-260.
28. Widy-Wirski R, D'Costa J, Meheus A. Prevalence of yaws in pygmies of the Central African Republic. *Ann Soc Belg Med Trop* 1980, 60(1) :61-67.