RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

www.reriss.org

Numéro 05

REVUE D'ETUDES ET DE RECHERCHES INTERDISCIPLINANIRES EN SCIENCES SOCIALES

ISSN: 2788 - 275x

Juin 2023

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

ORGANISATION

Directeur de publication

Monsieur BAHA-BI Youzan, Professeur Titulaire de Sociologie du Développement Economique et Social, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Directeurs de la rédaction

Monsieur TOH Alain, Maître de Conférences de Sociologie du Développement rural, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Monsieur DJE Bi Tchan Guillaume, Maître de Conférences de Psychologie génétique différentielle, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Secrétariat de rédaction

KOFFI-DIDIA Adjoba Marthe, Maître de Conférences de Géographie rurale, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Monsieur SEHI Bi Tra Jamal, Maître de Conférences de Sociologie du Développement Economique et Social, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Monsieur BAH Mahier Jules Michel, Maître de Conférences de Sociologie du Politique, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Mademoiselle N'CHOT Apo Julie, Maître-Assistant de Sociologie de la Famille et de l'Education, Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Madame KOUAME Solange, Maître-Assistant (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Comité Scientifique

Monsieur AKA Adou, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur AKA Kouamé, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur ALLOU Kouamé René, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur ASKA Kouadio, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur ATTA Koffi Lazare, Directeur de recherches (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur BAH Henry, Professeur Titulaire (Université Alassane Ouattara, Bouaké, RCI)

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Monsieur BANEGAS Richard, Professeur Titulaire (Institut d'Etudes Politiques, Paris, France)

Monsieur BIAKA Zasséli Ignace, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur BOA Thiémélé Ramsès, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur CHAUVEAU Jean Pierre, Directeur de Recherches (IRD, Montpellier, France)

Monsieur DAYORO Z. A. Kévin, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur DEDY Séri Faustin, Maître de Recherches (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur DOZON Jean Pierre, Directeur de Recherches (EHSS, Marseille, France)

Monsieur EZOUA C. Tierry A., Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur GOGBE Téré, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur HAUHOUOT Célestin, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur IBO Guéhi Jonas, Directeur de Recherches (Université Nangui Abrogoua, Abidjan, RCI)

Madame KOFFIE-BIKPO Céline Yolande, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur KONE Issiaka, Professeur Titulaire (Université Alassane Ouattara, Bouaké, RCI)

Monsieur KOUADIO Guessan, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur KOUAKOU N'Guessan F., Professeur Titulaire (Université Alassane Ouattara, Bouaké, RCI)

Monsieur KOUASSI N'goran F., Directeur de Recherches (Université Alassane Ouattara, Bouaké, RCI)

Monsieur KOUDOU Opadou, Professeur Titulaire (Ecole Normale Supérieure, Abidjan, RCI)

Monsieur N'DA Paul, Professeur Titulaire (Ecole Normale Supérieure, Abidjan, RCI)

Monsieur N'DOUBA Boroba F., Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Monsieur TRA Fulbert, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Comité de lecture

Monsieur ADJA Vanga Ferdinand, Professeur Titulaire (Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, RCI)

Monsieur NASSA Dabié Axel, Professeur Titulaire (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur AGNISSAN Aubin, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur KEI Mathias, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur KONIN Sévérin, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur KOUAKOU Ossei, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur KOUDOU Landry Roland, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur DIGBO Gogui Albert, Maître-Assistant (Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa, RCI)

Madame LODUGNON-Kalou Evelyne (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur NKELZOK KOMTSINDI Valère, Professeur Titulaire (Université de Douala, Douala, Cameroun)

Madame PIRON Florence, Professeur Titulaire (Université Laval, Montréal, Canada)

Monsieur YOMB Jacques, Maître de Conférences (Université de Douala, Douala, Cameroun

Monsieur OTEME Appolos Christophe, Maître de Conférences (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, RCI)

Monsieur OUAKOUBO Gnabro, Professeur Titulaire (Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo, RCI)

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

SOMMAIRE

Préface
BAHA-BI Youzan

Vivre avec la tuberculose en Côte d'Ivoire : perception du traitement, sentiments et contraintes des patients perdus de vue
N'GUESSAN Tenguel Sosthène……..1

Ressenti émotionnel et niveau d'attention soutenue des élèves déplacés internes en contexte de crise sécuritaire au Burkina Faso : analyse psycho-sociocognitive
ZONGO Yabré Awa Sandra Esther & N'DOUBA Boroba François……21

Analyse de la sous-représentativité des femmes du RDR dans les instances de décision du District d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
BONEBO Ganhoulou Angeline Prisca & BAH Mahier `Jules Michel ……30

Enjeux de la participation du groupement féminin Abon-Aninhi dans la lutte contre le paludisme dans la sous-préfecture de Guéhiébly (Côte d'Ivoire)
N'Guessan Apollinaire KOUADIO & Abodjô Anne Jemima DAINGUI ……48

Conduites envers la salubrité du cadre de vie selon le mode de communication et le sentiment d'intégration environnementale chez des résidents de la commune de Yopougon (Abidjan- Côte d'Ivoire)
YEO Gnènèkan Kassoum & YEO Elisabeth……60

Étude des rapports émigrés-familles d'origine dans les Départements d'Akoupé et d'Adzopé
GANLE Adélaïde Gouzoua ……72

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

PREFACE

La Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales vient apporter une réponse à une multitude d'interrogations des Chercheurs et Enseignants-Chercheurs de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences de l'Homme et de la Société (UFR-SHS) d'une part, et des étudiants de Master et de Doctorat d'autre part. Quatre raisons fondamentales justifient a priori ces interrogations et cette naissance.

- La première est que toute Université ou institution d'enseignement supérieur ne vaut que par la puissance de ses recherches et des résultats de celles-ci. Les colloques, les Séminaires, les journées scientifiques, les symposiums, les tables rondes ou tout autre meeting d'intérêt scientifique, à caractère national et ou international, doivent y contribuer.
- La deuxième est que les résultats et/ou les produits des travaux de recherche doivent être publiés pour être connus dans le monde scientifique. Telle doit être la vision ou l'ambition de tout chercheur. Telle est aussi la mission de toute revue scientifique de qualité.
- La troisième est que la recherche supporte l'enseignement et en assure la qualité et la pérennité. La recherche assure la renommée de l'Université sur le plan international. Cela est d'autant plus vrai que le Professeur HAUHOUOT Asseypo, ancien Président de l'Université de Cocody écrivait dans la préface de la première Edition 2000 de l'Annuaire de la Recherche ceci :« par sa dynamique holistique, la recherche apparaît comme le meilleur garant de l'avenir et de la solidarité qu'il n'est même pas exagéré de dire que toutes les autres activités tiennent d'elle leur légitimité. » La revue constitue indiscutablement en la matière le support idéal.
- La quatrième raison est que la promotion des Chercheurs et des Enseignants-Chercheurs, leur épanouissement scientifique, pédagogique et leurs profils de carrière dans les différents grades du CAMES passent inévitablement et nécessairement par les publications dans des revues de référence.

En rapport avec ces quatre raisons, il est à constater que depuis la fin des années 1980, l'éclatement de l'ancienne Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines en quatre UFR a consacré la disparition des Cahiers de la Faculté et des Annales de l'Université. L'UFR-SHS qui compte onze départements, dont six filières d'enseignement, trois Instituts et deux Centres de Recherche, ne dispose plus de revue à sa dimension. Il est bon de rappeler à juste titre que l'UFR-SHS est la plus grande de par ses effectifs d'étudiants (15 700), de Chercheurs et d'Enseignants-Chercheurs (500 environ) et de personnels administratifs et techniques « PAT » (100 environ).

S'il est vrai que chaque département fait l'effort de se doter d'une ou de deux revues caractérisées généralement par des parutions intermittentes ou irrégulières, à défaut de disparaître purement et simplement faute de moyen, il n'en demeure pas moins que cela est largement en deçà des attentes.

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Il va sans dire que la plupart des Chercheurs et Enseignants-Chercheurs s'adressent à des revues étrangères en Afrique, en Europe et/ou en Amérique pour publier leurs travaux avec des fortunes diverses (rejets d'articles, retard des publications et longues attentes etc.).

C'est donc pour résoudre un tant soit peu ces problèmes que les équipes de recherche, les Conseils de département et le Conseil d'UFR-SHS ont suggéré la création de deux revues scientifiques à l'UFR.

La première sera destinée aux publications des travaux de recherche en sciences sociales et humaines. La deuxième revue publiera, outre les résultats des recherches en sciences sociales, les communications des spécialistes d'autres disciplines scientifiques (sciences médicales, juridiques, économiques, agronomiques, etc.).

Cela devra résoudre ainsi les problèmes d'interdisciplinarité et pluridisciplinarité dans la mesure où les sciences sociales sont des sciences transversales au carrefour de toutes les disciplines.

Pour ce faire, la périodicité à terme est de deux parutions annuelles, c'est-à-dire une parution semestrielle pour chaque revue.

En ce qui concerne particulièrement la Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (RERISS), l'on devra admettre des numéros spéciaux et des parutions exceptionnelles selon les intérêts et les enjeux du moment.

Il pourra, par exemple, s'agir des numéros spéciaux consacrés aux travaux d'étudiants (Doctorants et Masterants), des actes de colloques et séminaires, des études de projets d'intérêt scientifique avec des partenaires extérieurs, ainsi que de toute autre initiative pouvant aboutir à une mise en commun des travaux issus de plusieurs spécialités et sujets dans divers domaines de la recherche scientifique.

C'est l'exemple de ce tout premier numéro RERISS qui sera mis à la disposition du public en vue de bénéficier des critiques et observations de la communauté Scientifique pour une réelle amélioration.

Toutefois l'accent doit être mis (et ce serait l'idéal) sur les parutions thématiques semestrielles en rapport avec l'actualité du moment.

Si ce principe est acquis, l'on doit s'atteler à préserver ou à sauvegarder la pérennité de la revue et à assurer sa pleine promotion sur le long terme. Cette promotion et cette pérennisation doivent se faire grâce à la mobilisation et la détermination de l'ensemble des animateurs de la revue tous les grades universitaires confondus.

L'on doit ensuite s'atteler à régler la fameuse question de financement qui bloque généralement tout projet de cette nature. En effet la pérennisation et le rayonnement d'une revue de référence dépendent aussi et surtout de ses moyens financiers. Pour éviter une existence éphémère à la RERISS, il est souhaitable que les responsables de la Revue fassent d'abord un minimum de sacrifice par des cotisations à un montant supportable. Ensuite, tous les responsables et animateurs doivent souscrire à un abonnement obligatoire, ce qui signifie : à chacun son exemplaire (à un coût qui sera fixé d'un commun accord). Enfin, tous les auteurs sans exception, désireux de publier

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

doivent contribuer à une hauteur financièrement supportable aux frais d'édition de leurs travaux.

Telles sont les suggestions susceptibles d'aider les animateurs de cette revue à assurer un minimum de garantie pour sa survie.

Par notre volonté commune et notre détermination, ce projet peut devenir une réalité pour le bonheur des initiateurs, en particulier des Chercheurs et Enseignants-chercheurs de l'UFR.

Pour terminer, je tiens à remercier tous ceux qui œuvrent inlassablement chaque jour de façon désintéressée afin que ce qui était naguère un rêve devienne une réalité. Il s'agit en premier lieu de tous les membres du Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales, qui constituent plus qu'une équipe de recherche, un esprit à nul autre pareil.

Il s'agit ensuite de tous les Chercheurs et Enseignants-chercheurs, membres des différents comités (Comité scientifique, Comité de lecture, Comité de rédaction, etc.).

Il s'agit encore de la Direction des Editions Universitaires de Côte d'Ivoire (EDUCI).

Il s'agit enfin des membres fondateurs de la RERISS, garants moraux et scientifiques de la survie de cette œuvre commune.

Merci à vous tous.

Vive la recherche à l'UFR-SHS et longue vie à la revue RERISS.

Professeur BAHA-BI Youzan
Directeur de Publication RERISS

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Vivre avec la tuberculose en Côte d'Ivoire : perception du traitement, sentiments et contraintes des patients perdus de vue

N'GUESSAN Tenguel Sosthène, Maître-Assistant, Université Nangui Abrogoua, nguessans@yahoo.fr

Résumé

Maladie contagieuse, la tuberculose est un problème de santé publique. Elle est par ailleurs une maladie sociale fréquente chez les personnes confrontées à des inégalités sociales et économiques. Malgré le contexte de la gratuité du traitement, vivre avec la tuberculose semble une sinécure pour les patients tuberculeux au point de favoriser leur sortie du circuit de soins ; faisant d'eux des perdus de vue. Cette étude analyse les perceptions du traitement, les sentiments et contraintes liés au vécu avec la tuberculose par cette catégorie de patients. L'étude, quantitative et qualitative, a couvert les centres antituberculeux répartis sur le territoire national. L'analyse statistique et celle de contenu ont permis de donner sens aux données recueillies au moyen d'un questionnaire et des guides d'entretien. Bien que les résultats mentionnent une perception méliorative de la durée du traitement (90,5%), certains effets secondaires comme la coloration rouge-orangée des urines (39%) associés à une lassitude dans la compliance au traitement (40%) expliquent l'abandon du traitement. Les sentiments de peur qui habitent les patients tuberculeux perdus de vue et le rejet social participent au vécu difficile de la maladie. Celle-ci s'en trouve exacerbée avec les contraintes d'ordre professionnel, économique et social. Le vécu de la tuberculose, approximatif, participe à la propagation de la maladie dans la communauté et invite à une communication hardie et une éducation thérapeutique.

Mots clés : Vie, Perdu de vue, Tuberculose, Perception, Contrainte, Traitement

Abstract

A contagious disease, tuberculosis is a public health problem. It is also a common social disease among people facing social and economic inequalities. Despite the context of free treatment, living with tuberculosis seems a sinecure for TB patients to the point of promoting their exit from the care circuit; making them lost of sight. This study analyzes treatment perceptions, feelings and constraints related to the experience with tuberculosis by this category of patients. The study, both quantitative and qualitative, covered TB centres across the country. Statistical and content analysis provided meaning to the data collected through a questionnaire and interview guides. Although the results indicate a ameliorative perception of the duration of treatment (90.5%), some side effects such as red-orange urine staining (39%) associated with fatigue in treatment compliance (40%) explain the discontinuation of treatment. The feelings of fear that inhabit the TB patients lost sight of and social rejection contribute to the difficult experience of the disease. This is exacerbated by occupational, economic and social constraints. The approximate experience of tuberculosis contributes to the spread of the disease in the community and invites bold communication and therapeutic education.

Key words: Life, Lost sight of, Tuberculosis, Perception, Constraint, Treatment

Introduction

Maladie transmissible, causée par le bacile de Koch, la tuberculose est une maladie qui figure parmi les grandes causes de mauvaise santé dans le monde. C'est une maladie sociale plus fréquente chez les personnes confrontées à des inégalités sociales et économiques, notamment celles qui vivent ou travaillent dans des pays à faible

revenu, dans des conditions de pauvreté et surpeuplées et chez les personnes vivant avec le VIH. Elle est évitable mais peut-être mortelle si elle n'est pas diagnostiquée et prise en charge à temps. En dépit des efforts consentis par les organisations sanitaires mondiales dans la lutte contre la tuberculose, elle continue de faire de nombreuses victimes à l'échelle mondiale et de manière particulière en Afrique (Daley, 1995 ; Boulahbal et al., 2004 ; Lienhardt, 2011). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2022) 10,6 millions de personnes ont développé la tuberculose dont 1,6 million en sont décédées en 2021 avec un épicentre en Afrique de l'Ouest. Cette affection demeure toujours un problème majeur de santé publique (Bitchong Ekono et al, 2021 ; Bakayoko et al, 2012) tant au niveau humain, économique que social.

En Côte d'Ivoire où plus de 20 000 cas de tuberculose sont détectés chaque année, avec une incidence de 137 cas pour 100 000 habitants (OMS, 2020 ; Kouassi et al., 2013), le vécu avec la tuberculose est empreint de perceptions et de représentations sociales effrayantes qui créent la psychose chez la personne atteinte ainsi que chez son entourage. Fléau social, la tuberculose fait du tuberculeux, une figure de l'angoisse des maladies sociales au début du XX^{ème} siècle (Henry, 2011)[1]. En effet, les représentations sociales construites autour de cette pathologie autant par les individus, la communauté et le système de soins font de celle-ci une maladie redoutée, dévastatrice, qui entraine dans de nombreux cas une rupture sociale du malade avec des membres de son entourage, la perte du travail et des réaménagements (Bakayoko, 2012 ; Bitchong Ekono et al., 2021). Compte tenu des conséquences que pose la tuberculose au niveau individuel, familial, social voire national, celle-ci constitue un véritable défi à relever tant au niveau sanitaire, économique que social. L'un de ces défis porte sur la sortie des patients tuberculeux du système de soins dans la mesure où l'abandon du traitement antituberculeux contribue non seulement à la perpétuation de l'épidémie, mais aussi à la survenue de résistances aux antituberculeux (Ndeikoundam, 2012, p.20 ; Ngarhounoum et al., 2013, p.62). Qu'est-ce qui explique cette situation ? La présente réflexion articulée autour du vécu de la tuberculose par les patients analyse les perceptions, sentiments et contraintes liés au traitement de la tuberculose en Côte d'Ivoire.

1. Méthodologie

Etude transversale de type cas témoin, la présente a eu pour champ d'investigation soixante-quatorze centres de prise en charge dont de vingt-cinq centres antituberculeux tirés de façon systématique et quarante-neuf centres de dépistage et de traitement sélectionnés de façon aléatoire au premier degré. Dans le cadre de la politique nationale de lutte contre la tuberculose, le pays dispose d'un réseau d'établissements de prise en charge estimé à vingt-cinq centres antituberculeux et deux cent quarante-quatre centres de dépistage et de traitement. L'ensemble de ces structures de prise en charge compte, selon le programme national de lutte contre la tuberculose en 2018, une population estimée à 21 720 patients tuberculeux à fin 2017 suivants les statistiques du programme national de lutte contre la tuberculose.

[1] https://books.openedition.org/pur/111996, consulté le 16 février 2023

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Au cours de cette étude, la population cible a été constituée de l'ensemble des patients perdus de vue (PDV), irréguliers et témoins atteints de tuberculose âgés de quinze ans et plus, pris en charge dans l'un des services de dépistage ou de prise en charge de la tuberculose et ayant débuté un traitement antituberculeux sur la période du 1er juillet 2017 au 30 juin 2018 concernant les perdus de vue et sur celle du 1er janvier au 30 juin 2018 s'agissant des irréguliers. Au sein de cette population, le cas (PDV et irrégulier) et son témoin ont fait l'objet de sélection dans le même mois de début de traitement. Puis une distinction entre TPB+ nouveaux cas, les TPB+ rechutes, les retraitements hors rechutes, diagnostiqués cliniquement (TPB-) et patients coinfectés tuberculose/VIH a été opérée.

Au deuxième degré, sur la base du répertoire des structures de prise en charge, la technique d'échantillonnage a permis d'estimer à 896 patients la taille des patients auprès de qui la collecte de données a été effectuée. Sélectionnés aléatoirement, ceux-ci sont composés de 448 patients-cas et autant pour les patients-témoins. Cependant face à l'incertitude de retrouver l'ensemble des perdus de vue pour constituer l'échantillon, la technique du choix raisonné a permis d'investiguer dans l'effectif des patients-cas, 25% de perdus de vue et 75% d'irréguliers représentant respectivement 112 patients et 336 patients.

Sur le plan qualitatif, dix sites, répartis entre milieu urbain, semi-urbain et rural, couvrant les grandes zones géographiques[2] ont été sélectionnés de façon raisonnée. A la population d'enquête constituée de perdus de vue, d'irréguliers et de témoins sans distinction de catégorie de tuberculose, il a été adjoint le personnel de santé y les ASC. Seuls des entretiens individuels ont été conduits face à l'impossibilité de réunir un minimum de six patients perdus de vue pour des entretiens de groupe

Recueillies au moyen de questionnaire et de guide d'entretien, les données collectées ont été articulées autour du profil du répondant, de la perception du traitement, de l'expression de sentiments au cours du traitement et des contraintes liées au traitement.
L'usage de logiciels spécifiques dont SPSS et dedoose.com a favorisé le traitement des données quantitatives et qualitatives. L'analyse statistique descriptive et celle de contenu ont permis de donner sens aux données collectées au terme d'un processus de triangulation. Cette analyse a pris en compte les normes socioculturelles, les influences communautaires et les stratégies individuelles/facteurs individuels ou communautaires qui influencent négativement ou positivement les pratiques thérapeutiques et l'utilisation des services de santé spécifiques à la prise en charge de la tuberculose.

2. Résultats

2.1 Perception du traitement conventionnel

2.1.1 Opinion sur le traitement contre la tuberculose

Vivre avec une pathologie comme la tuberculose, malgré le relatif temps de traitement qu'il impose dans le cas d'une tuberculose simple induit une opinion chez le sujet

[2] *Les sites couverts par la collecte de données sont ainsi Abengourou et Zaranou à l'est, Bouaké, Béoumi et Sakassou au centre, Katiola, Ferkessédougou et Korhogo au nord, Man à l'ouest et Abidjan au sud*

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

malade. Les patients tuberculeux qu'ils soient perdus de vue et irréguliers savent que le traitement anti tuberculeux n'est pas un traitement à vie respectivement à 90,5% et 97,8%. Cependant, certains des PDV (9,5%) pensent que le traitement est à vie. Cette opinion méliorative sur la durée du traitement s'explique, à la pratique, par la communication interpersonnelle initiée à l'entame du processus de traitement et par les campagnes de sensibilisation menées dans les centres de prise en charge et dans la communauté dans la perspective d'éliminer la tuberculose. Elle suppose ainsi une compréhension du processus de maintien de la santé dont la finalité se trouve être la guérison du patient.

Tableau 1 : **Perception sur le traitement antituberculeux**

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Oui	79	9,5	57	2,2	116	3,4	252	3,7
Non	755	90,5	2508	97,8	3265	96,6	6529	96,3

2.1.2 Durée de dotation de médicament souhaitée

Le traitement de la tuberculose s'effectue sur une période de trois à six mois voire plus suivant les standards et protocoles en vigueur. Le suivi médical impose donc une dotation séquentielle du traitement dont l'objectif vise l'adhésion et la compliance du patient au traitement. Cette règle de gestion semble contrarier les malades dont les opinions sur la durée de la dotation en médicament portent majoritairement sur l'option d'une dotation sur le long terme. En effet, les PDV souhaitent une dotation mensuelle (60,8%) tout comme les irréguliers (55,2%). Cette volonté des patients tuberculeux irréguliers et hors du circuit de soins est l'expression du refus des coûts directs et indirects associés au traitement même si le traitement reste gratuit sur l'ensemble du territoire national. En effet bien que répandus sur l'ensemble du territoire national, certains centres antituberculeux sont d'accès difficiles du fait de l'enclavement, de la dégradation des routes, de l'irrégularité voire de l'inexistence des moyens de transport de certaines zones d'habitation des patients tuberculeux ; toutes choses qui limitent l'accès aux services de prise en charge et induit l'abandon du traitement. Si pour les patients, l'option d'une dotation mensuelle semble la plus idoine, celle-ci apparaît inapproprié pour le système de soins. En effet, du point de vue de l'offre de soins, le fait d'obtenir les médicaments sur de longues durées (un mois) peut certes amoindrir significativement les coûts de déplacement des patients tuberculeux, mais entraverait la nécessité d'observer régulièrement l'évolution de leur traitement qui ne peut se faire que lors des rendez-vous réguliers de visite médicale.

Tableau 2 : **Perception sur la durée de dotation de médicament**

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	**(%)**	**Effectif**	**(%)**	**Effectif**	**(%)**	**Effectif**	**(%)**
Jour	53	6,4	27	1,1	38	1,1	118	1,7
Semaine	274	32,8	1121	43,7	1931	57,1	3326	49,1
Mois	507	60,8	1417	55,2	1411	41,7	3336	49,2

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

2.1.3 Type et forme du traitement : une option préférentielle contrariée

Deux types de traitement sous les formats comprimé et injectable sont généralement proposés aux patients tuberculeux dans le cadre thérapeutique. Les résultats de l'étude renseignent que le traitement antituberculeux pris prescrit aux patients tuberculeux et pris par ceux-ci est principalement oral. Cette approche, bien qu'elle soit standardisée, reste la plus connue des patients tuberculeux du fait de la communication institutionnelle autour de la gestion de la tuberculose. Elle est aussi, du point de vue de l'offre que de la demande, celle la plus susceptible de faciliter l'adhésion et une observance optimale des patients compte tenu de la longue durée du traitement. La majorité des patients s'accordent ainsi pour un traitement avec des médicaments en comprimés. Ainsi 78,3% des perdus de vue, 95,9% des irréguliers et 96% des témoins en attestent. Malgré cette option préférentielle pour la forme comprimée, une proportion non négligeable des perdus de vue (21,7%) préfère la combinaison de comprimés et injection. Pour ces adeptes, cette combination des formes de traitement participe à une thérapie efficace et réduirait les effets secondaires du traitement.

S'il est admis que la forme comprimée est admise par la majorité des patients, il n'en demeure pas moins que cette forme reste décriée par nombre de ceux-ci. De fait plus de sept patients tuberculeux sur dix perdus de vue et plus de six patients irréguliers reprochent la grosseur du comprimé. Cette perception, affirment ces patients, crée une certaine phobie de la prise du médicament et participe à son abandon au cours du traitement et par ricochet à la sortie du circuit de soins.

Tableau 3 : **Perception sur le type de médicament et la forme des comprimés**

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Type de médicament utilisé								
Comprimés	653	78,3	2 460	95,9	3 245	96,0	6 358	93,8
Comprimé et injection	181	21,7	105	4,1	137	4,0	423	6,2
Forme des comprimés reçue								
Trop grosse	225	26,9	289	11,3	200	5,9	714	10,5
Grosse	402	48,1	1 056	41,2	1 721	50,9	3 178	46,9
Moyenne	204	24,5	1 178	45,9	1 412	41,8	2 795	41,2
Petite	3	0,4	42	1,7	48	1,4	94	1,4

2.1.4 Une lassitude dans la compliance au traitement

Le traitement de la tuberculose exige pour le patient tuberculeux la prise de la prescription médicale le matin à jeun. Cette pratique thérapeutique reste pour la plupart des patients ayant participé à l'étude un goulot à la compliance et au suivi du traitement. Selon les patients tuberculeux perdus de vue (40%) et irréguliers (45,2%) tout comme les témoins (38,4%), la prise des comprimés le matin à jeun est contraignant. Cette contrainte tient particulièrement du fait que cette pratique thérapeutique reste en marge de leurs modes de vie et de la perception selon laquelle

toute prise de médicament implique nécessairement une bonne alimentation. Manger avant d'ingurgiter toute substance malgré son caractère thérapeutique apparaît ainsi une contre-indication sociale. Cette perception a pour effet d'induire une lassitude dans la compliance au traitement médicale qu'admettent autant les perdus de vue (37,2%), les irréguliers (36,9%) que les témoins (32,2%). Au demeurant cette lassitude engendrée, par la phobie du traitement à jeun, déstructure le mode alimentaire des patients tuberculeux. Elle induit des adaptations qui sont, dans bien des cas, difficiles à suivre aussi bien par eux que par l'entourage familial accompagnant le malade dans la gestion de la maladie.

Tableau 4 **: Perception sur la prise des comprimés le matin à jeun et la lassitude**

Variables	Perdu de vue		Irréguliers		Témoins		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Caractère contraignant de la prise des comprimés le matin à jeun								
Oui	333	40,0	1159	45,2	1109	32,8	2602	38,4
Non	501	60,0	1406	54,8	2272	67,2	4179	61,6
Lassitude liée à la prise des médicaments contre la maladie								
Oui	311	37,2	946	36,9	926	27,4	2182	32,2
Non	523	62,8	1619	63,1	2456	72,6	4598	67,8

2.1.5 Coloration rouge-orangé des urines et continuation du traitement

L'une des transformations induites par la prise des médicaments antituberculeux est la coloration rouge-orangée des urines. Bien que banal et faisant partie intégrante des effets secondaires dus au traitement, la coloration rouge-orangée est source d'inquiétude pour nombre de patients tuberculeux. Elle suscite de la gêne chez 31,7% des perdus de vue et 33,3% des irréguliers. Elle est perçue comme un effet indésirable pouvant conduire à l'arrêt du traitement. Cette situation est plus observée chez les perdus de vue (39%) pour qui la survenue d'un effet indésirable peut les amener à arrêter leur traitement contre 16% chez les irréguliers et 7,4% chez les témoins. Aussi, la poursuite du traitement semble-t-elle n'être plus nécessaire lorsqu'on se sent mieux chez 35,8% des PDV, 17,5% des irréguliers et 5,5% des témoins. Cette perception qui participe à l'arrêt momentané voire à l'abandon du traitement découle pour la plupart d'une méconnaissance des effets secondaires induits par le traitement. Cette méconnaissance, relatent les patients perdus de vue et irrégulier, s'enracine dans une insuffisante voire une absence de communication sur certains effets secondaires comme la coloration rouge-orangée, qui loin de rassurer le patient suscite en lui émoi et peur au point d'abandonner le traitement indispensable à sa guérison.

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Tableau 5 : **Perception sur la coloration rouge-orangée et continuation du traitement**

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Gêne liée à la coloration rouge orangé des urines								
Oui	264	31,7	855	33,3	556	16,5	1675	24,7
Non	570	68,3	1710	66,7	2825	83,5	5105	75,3
Arrêt du traitement en cas de réactions indésirables aux médicaments								
Oui	326	39,0	410	16,0	249	7,4	985	14,5
Non	509	61,0	2155	84,0	3132	92,6	5796	85,5
Non continuation du traitement une fois qu'on se sent bien après avoir commencé à Prendre les comprimés								
Oui	298	35,8	449	17,5	186	5,5	933	13,8
Non	536	64,2	2116	82,5	3196	94,5	5847	86,2

2.1.6 Connaissance des risques liés à l'arrêt du traitement

Tout comme la méconnaissance de certains effets secondaires, il est observé une méconnaissance de certains risques liés à l'arrêt du traitement. Bien que dans une moindre proportion, cette méconnaissance concerne 44,2% des perdus de vue, 33,2% des irréguliers et 26,5% des témoins. Cette méconnaissance de certains effets secondaires et des risques associés à un arrêt avant terme du traitement pose avec acuité la question de l'éducation thérapeutique avant et pendant le traitement médical. Les résultats rapportent en effet que 21,9% des perdus de vue, 2,8% des irréguliers et 7,2% des témoins ignorent que le décès pouvait survenir à l'abandon du traitement. Les perdus de vue comme les irréguliers savaient que l'arrêt du traitement entraine une propagation de la tuberculose. Pour autant l'impact communautaire d'une telle pratique reste faiblement perçu par ces patients dont la préoccupation reste essentiellement portée sur des préoccupations individuelles. La perte d'emploi était perçue comme un risque à l'arrêt du traitement chez les irréguliers (72,2%) et les perdus de vue (46,1%). Le rejet par la famille et l'entourage en cas d'arrêt du traitement est ressenti comme un risque d'arrêt du traitement par 59,5% des irréguliers et 43,3% des perdus de vue.

Tableau 6 : **Perception des risques liés à l'arrêt du traitement selon le type de patient**

Variables	Perdu de vue		Irréguliers		Témoins		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Connaissance des risques liés à l'arrêt du traitement								
Oui	465	55,8	1713	66,8	2487	73,5	4665	68,8
Non	369	44,2	852	33,2	895	26,5	2115	31,2
Décès perçu comme un risque lié à l'arrêt du traitement								
Oui	364	78,1	1664	97,2	2308	92,8	4336	92,9
Non	102	21,9	49	2,8	179	7,2	330	7,1
Contagion comme risque lié à l'arrêt du traitement								
Oui	440	94,5	1653	96,5	2331	93,7	4423	94,8

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Variables	Perdu de vue		Irréguliers		Témoins		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Non	26	5,5	60	3,5	156	6,3	242	5,2
Perte d'emploi peut être un risque lié à l'arrêt du traitement								
Oui	214	46,1	1237	72,2	1596	64,2	3047	65,3
Non	251	53,9	476	27,8	891	35,8	1618	34,7
Rejet de la famille et de l'entourage comme un risque lié à l'arrêt du traitement								
Oui	202	43,3	1019	59,5	1195	48,1	2416	51,8
Non	264	56,7	694	40,5	1292	51,9	2249	48,2

2.2 Perception du traitement alternatif

2.2.1 Consultation et fréquentation non conventionnelles

Malgré le suivi du traitement dans les centres antituberculeux et les centres de dépistage et de traitement, les patients tuberculeux recourent au monde religieux et divinatoire dans leur quête de guérison. Ce recours est le fait de 6% des perdus de vue, 2,7% des irréguliers et 2% des témoins qui consultent soit un féticheur soit un marabout. Ce recours au magico-religieux tire sa source de la conception de certains malades selon laquelle le mal vécu ne relève pas d'un fait naturel ou biologique mais reste la conséquence d'une transgression des normes sociales, un sort jeté par une tierce personne. Il reste une pratique inscrite dans la durée pour l'ensemble des perdus de vue. Ainsi le désenvoutement (9%) dans une église ou une mosquée reste dans l'imaginaire de ces patients un moyen de quête de guérison à des proportions globalement encore plus élevées que la consultation chez un féticheur/marabout. Ce score est influencé à la hausse par les PDV (13,1%) qui dans leur majorité continuent d'y aller pour se faire désenvouter.
De même, la fréquentation des tradipraticiens n'est pas en reste avec 12,7% des PDV, 8,6% des irréguliers et 8,8% des témoins. Ce recours, pour les cibles rencontrées au cours de l'enquête terrain, est intrinsèque à « *tout africain digne de ce nom* » car constituant la « *médecine par excellence de l'homme noir* ».

Tableau 7 **: Perception de la consultation et la fréquentation non conventionnelles**

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Consultation un féticheur/marabout								
Oui	50	6,0	68	2,7	67	2,0	185	2,7
Non	784	94,0	2497	97,3	3315	98,0	6596	97,3
Continue de fréquenter un féticheur/marabout								
Oui	50	100,0	0	0,0	15	23,1	65	35,4
Non	0	0,0	68	100,0	51	76,9	119	64,6
Fréquentation les églises/mosquées pour un désenvoutement								
Oui	109	13,1	90	3,5	414	12,2	613	9,0
Non	725	86,9	2475	96,5	2967	87,8	6167	91,0
Continue de fréquenter les églises/mosquées								
Oui	101	92,9	75	83,0	148	35,7	324	52,8
Non	8	7,1	15	17,0	266	64,3	289	47,2

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Consultation un tradipraticien pour des soins								
Oui	106	12,7	220	8,6	298	8,8	624	9,2
Non	723	86,7	2328	90,7	2844	84,1	5894	86,9
NSP	5	0,6	17	0,7	240	7,1	263	3,9
Continue de fréquenter un tradipraticien pour des soins								
Oui	69	65,5	8	3,5	0	0,0	77	12,4
Non	37	34,5	212	96,5	298	100,0	547	87,6

2.2.2 Alimentation et réintégration dans le circuit de traitement des perdus de vue

S'ils admettent que ne pas s'alimenter avant la prise du médicament est contraignante, il n'en demeure pas moins que les patients tuberculeux s'y adonnent dans les délais prescrits après le respect de la prescription médicale. Les résultats de l'étude révèlent à cet effet que 76,5% des perdus de vue et 72,8% des irréguliers s'alimentent quelques heures après la prise des médicaments. L'accès à une alimentation quelle qu'en soit la qualité et la quantité, soutiennent l'ensemble des patients enquêtés, reste indispensable dans le cadre du traitement. C'est pourquoi ils sont dans leur majorité disposés à réintégrer le circuit de soins. Ce souhait est ainsi exprimé par 79,9% des perdus de vue et 88,4% des irréguliers souhaitent être recontactés afin de réintégrer le circuit de soins. A contrario, au moins un patient perdu de vue et un patient irrégulier sur cinq ne souhaite plus réintégrer les soins pour divers motifs ; ce qui participe au maintien de l'incidence de la tuberculose dans la communauté.

Tableau 8 **: Perceptions sur l'alimentation et recontacte des PDV**

Variables	Perdu de vue		Irréguliers		Témoins		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Alimentation quelques heures après avoir fini de prendre les comprimés								
Oui	638	76,5	1866	72,8	2567	75,9	5071	74,8
Non	196	23,5	699	27,2	814	24,1	1709	25,2
Souhait d'être recontacté								
Oui	650	77,9	2061	80,4	0	0,0	2711	79,8
Non	184	22,1	504	19,6	0	0,0	688	20,2

2.3 Sentiments liés au traitement antituberculeux

La découverte d'un état morbide s'accompagne généralement de sentiments qu'éprouve le malade. A l'annonce du diagnostic positif de la tuberculose ou dans la phase active de l'infection au bacille tuberculeux, le patient exprime des sentiments autant dans sa relation avec son entourage socioprofessionnel que dans sa relation avec lui-même. Dans la plupart des cas, la peur, la honte et le rejet ou la stigmatisation sont les sentiments éprouvés par les patients.

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

2.3.1 Sentiments de rejet/stigmatisation

Les résultats de l'étude permettent d'indiquer que la tristesse (68,0%) suivie de la peur ou la crainte (67,3%) et l'embarras (62,0%) habitent pour la plupart les personnes diagnostiquées positives à la tuberculose. Dans la plupart des cas, ces sentiments découlent de la connotation singulière qu'évoque la maladie et de la représentation qu'en a l'individu à l'état morbide (maladie grave pas comme les autres). Quelle que soit la qualité du patient tuberculeux, les sentiments dominants sont la tristesse et la peur évoquées par plus de sept tuberculeux sur dix. On note que chez les perdus de vue l'embarras et la peur prédominent. La honte quelle que soit la qualité du patient tuberculeux est ressentie dans une moindre mesure (moins du tiers des répondants).

Ces sentiments notamment la peur qui habite le tuberculeux découle de la rudesse des symptômes de la maladie et de ses répercussions sur l'état de santé comme en témoigne K.O : « *Au moment j'avais ça, tous mes poumons me faisaient mal avec mes côtes à chaque fois je tousse seulement la nuit même, je n'arrive pas à dormir jusqu'au matin et la journée c'est même chose là j'ai eu peur, moi-même aujourd'hui ''si je peux être là je ne croyais pas quoi.* » Ce sentiment est d'autant vécu par les patients qu'il procède d'une méconnaissance de la maladie par un certain nombre de malades comme cette patiente qui affirme *« Moi je me suis senti un peu bizarre parce que sincèrement je ne connais pas cette maladie ». Mme. B., FGD Patients.*

Ces sentiments ne sont cependant pas éprouvés par tous les patients. Les entretiens révèlent que la découverte du statut de tuberculeux n'entraîne pas d'émoi chez certains malades. Cette attitude tient au double fait que la tuberculose n'est pas différente des autres maladies et se fonde sur une guérison au bout du processus de traitement comme le témoigne ce patient : « *Je n'ai pas eu peur je me suis dit c'est une maladie qui se traite donc je n'ai pas eu peur.* » *Mme K., FGD Patients.*

Tableau 9 : Sentiments des répondants tuberculeux

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Crainte/peur								
Oui	432	51,7	1827	71,2	2304	68,1	4562	67,3
Non	403	48,3	738	28,8	1078	31,9	2219	32,7
Tristesse								
Oui	414	49,6	1799	70,1	2395	70,8	4608	68,0
Non	420	50,4	766	29,9	987	29,2	2173	32,0
Honte								
Oui	220	26,4	692	27,0	747	22,1	1659	24,5
Non	614	73,6	1873	73,0	2635	77,9	5121	75,5
Embarras								
Oui	517	61,9	1779	69,4	1907	56,4	4203	62,0
Non	318	38,1	786	30,6	1474	43,6	2577	38,0

Les attitudes et comportements des membres de la communauté restent des éléments déterminants dans l'acceptation de la maladie et le recours thérapeutique qu'induit la

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

survenue de la pathologie chez le malade. Les résultats de l'étude montrent une solidarité envers les patients tuberculeux. On note en effet que 82,3% des répondants attestent être soutenus par des proches. Cette solidarité est davantage témoignée à l'endroit des patients ayant achevé leur traitement (témoins = 85,3%) comparativement aux patients irréguliers (82,0%) et aux perdus de vue (71,2%). Le soutien de la communauté aux patients tuberculeux se présente ainsi comme un moyen de maintien du patient dans le circuit de soins, l'aidant à être compliant au traitement, gage de l'achèvement du traitement et synonyme de guérison du malade comme l'exprime cette patiente : « *C'est mon entourage même qui m'a encouragée à faire le traitement. Ils* (membres de l'entourage) *ne m'ont pas fui. Ils m'ont accepté donc ça m'a encouragé à suivre mon traitement* ».

Cette solidarité n'est cependant pas témoignée à l'endroit de tous les patients. On note que 17,7% des patients perdus de vue et 14,5% des patients irréguliers estiment que la communauté les marginalise alors que le rejet des patients n'est attesté que par 10,6% des patients ayant achevé leur traitement antituberculeux.

Tableau 10 : Attitude et comportement envers les patients tuberculeux

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Rejetée	148	17,7	372	14,5	360	10,6	880	13,0
Soutenue	594	71,2	2104	82,0	2884	85,3	5582	82,3
Autre	93	11,2	89	3,5	137	4,1	319	4,7

2.3.2 Connaissance du statut lié à la tuberculose et relation à l'autre

La communication de l'état de santé reste une préoccupation majeure dans les relations sociales. Communiquer son état de santé est en général un acte qui traduit le type de rapport entre individus au sein d'une famille. Le partage du statut de tuberculeux est quasi systématique pour les cibles rencontrées dans la mesure où il est le fait de neuf patients tuberculeux sur dix (90,1%). Cependant cette attitude est variable en fonction du statut du patient et plus moins prononcé chez le patient soit perdu de vue (82,9%) comparativement au patient irrégulier (89,5%) et au témoin (92,2%).

La divulgation du statut s'inscrit généralement dans le cadre de l'expression d'une douleur mal vécue et la quête d'un réconfort auprès des siens et par le caractère obligatoire de la déclaration de la tuberculose vis-à-vis de son entourage comme toute maladie contagieuse. Pour autant, il ressort que 15,1% des patients toute catégorie confondue estiment avoir ressenti des rejets du fait de leur état de tuberculeux. Ce rejet est plus ressenti par les perdus de vue dont 23,5% estiment en avoir été l'objet que par les irréguliers (18,1%) et les témoins (10,7%). La sortie du circuit du traitement pourrait ainsi s'expliquer par la stigmatisation ou la discrimination dont ils sont l'objet. Cette attitude de stigmatisation ou de rejet induit chez le patient tuberculeux des attitudes de camouflage de la maladie aux membres de la maisonnée pour qui la tuberculose est systématiquement contagieuse. Les effets collatéraux notamment l'isolement du patient tuberculeux qui s'inscrit pour certains patients aux antipodes de la tradition de

solidarité africaine envers un malade sous-tendrait l'arrêt du traitement et la sortie du circuit de traitement.

Outre les comportements stigmatisants, la culpabilité se présente comme un motif de sortie du circuit de traitement. Elle est évoquée par 14,2% de l'ensemble des patients tuberculeux. Elle est mise en exergue beaucoup plus par les irréguliers (16,6%) que par les perdus de vue (14,8%). A cela s'ajoute la perception de la distanciation du personnel de santé des malades lors des examens de consultation. Exprimée par 14,2% de l'ensemble des répondants, l'impression qu'ont les patients tuberculeux que les personnels de santé se tiennent loin d'eux lors des consultations est quasi identique chez les irréguliers (16,4%) et les perdus de vue (15,8%).

Tableau 11 : Connaissance du statut lié à la tuberculose et relation à l'environnement familial et sanitaire

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Personne à qui le patient a parlé de la maladie								
Oui	692	82,9	2297	89,5	3118	92,2	6106	90,1
Non	143	17,1	268	10,5	263	7,8	674	9,9
Etre victime ou ressenti des rejets du fait de la maladie								
Oui	196	23,5	464	18,1	361	10,7	1021	15,1
Non	638	76,5	2101	81,9	3020	89,3	5760	84,9
Etre coupable d'être atteint(e) de la maladie								
Oui	123	14,8	425	16,6	413	12,2	961	14,2
Non	711	85,2	2141	83,4	2969	87,8	5820	85,8
Impression que lors des consultations que les personnels de santé se tiennent loin du patient TB								
Oui	132	15,8	421	16,4	443	13,1	997	14,7
Non	702	84,2	2144	83,6	2938	86,9	5784	85,3

2.3.3 Sentiment de honte/gêne

Vivre avec la tuberculose semble être assimilé par les patients tuberculeux. Il ressort des résultats de l'étude que seulement 6,5% des patients tuberculeux estiment que le sentiment de honte à l'égard de leur entourage domiciliaire ou professionnel peut constituer un motif d'arrêt du traitement. Cette perception est plus manifeste chez les perdus de vue (10,9%) que chez les patients irréguliers (6,5%) et les témoins (5,5%).
La faible proportion de patients tuberculeux ressentant de la honte ou une gêne à vivre dans la communauté familiale ou professionnelle traduirait une forme d'intégration sociale desdits patients ou un faible niveau de stigmatisation malgré le caractère contagieux de la maladie. Cela sous-tendrait une gestion intégrée de la maladie par l'univers d'appartenance du malade en vue de sa guérison.
On note toutefois que malgré ce sentiment d'intégration dans les communautés de vie familiale ou professionnelle, près d'un patient tuberculeux sur cinq (19,1%) s'estime parfois inutile parce qu'atteint de la tuberculose. Ce sentiment est plus prononcé chez les patients perdus de vue (26,1%) comparativement aux patients irréguliers (20,2%)

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

et plus encore au témoins (16,5%) et justifierait leur sortie du circuit de traitement ou leur irrégularité dans le suivi du traitement antituberculeux.

Tableau 12 : Expression de sentiment de honte par les répondants

Variable	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Honte à l'égard de l'entourage à la maison et du travail comme motif d'arrêt du traitement								
Oui	91	10,9	166	6,5	186	5,5	443	6,5
Non	744	89,1	2399	93,5	3195	94,5	6338	93,5
Etre parfois inutile parce que vous êtes atteint(e) de la maladie								
Oui	218	26,1	518	20,2	556	16,5	1292	19,1
Non	617	73,9	2047	79,8	2825	83,5	5488	80,9

2.3.4 Sentiment de peur vis-à-vis de l'entourage social et professionnel

Face à l'attitude souvent discriminante des populations, les sujets vivant avec des pathologies à connotation péjorative cultivent divers sentiments. Le regard de l'autre participe ainsi pour les sujets malades bien souvent au suivi du traitement médical ou à son arrêt. L'enquête auprès des patients tuberculeux montre que le sentiment de peur n'affecte pas considérablement l'arrêt du traitement médical. Ils sont seulement 5,3% de patients tuberculeux ou ayant vécu avec la tuberculose à supposer que la peur d'être rejeté peut constituer un motif d'arrêt du traitement contre 94,7% pensant le contraire. Le lien entre peur du rejet social et arrêt du traitement médical antituberculeux est plus pesant chez les perdus de vue (9,0%) comparativement aux irréguliers (5,9%) et aux témoins (3,8%). Quel que soit le statut du patient, la hantise de la marginalisation sociale est un motif de faible portée dans le suivi du traitement. L'intégration sociale des patients tuberculeux justifierait cette faible portée.

La relation entre morbidité liée à la tuberculose et statut professionnel semble revêtir un intérêt capital pour les patients tuberculeux. On note que plus d'un patient sur deux (55,1%) estime que le fait d'être atteint de la tuberculose peut faire perdre au patient tuberculeux son emploi. La tuberculose se présente ainsi comme un facteur perturbateur de l'ordre socio-professionnel et explique les irrégularités observées chez certains patients (perdu de vue, irrégulier) dans le processus de maintien de la santé. Paradoxalement cette idée est moins partagée par les perdus de vue (40,2%), les irréguliers (53,4%) que par les témoins (60,0%). Le respect des rendez-vous matinaux et les difficultés d'obtention d'autorisation d'absence pour les travailleurs expliquent chez les témoins ce sentiment de perte d'emploi liée à la tuberculose. Cette crainte de perdre l'emploi semble plus prononcée dans le secteur informel que dans le secteur formel. Cette situation découle du fait que le patient tuberculeux n'est pas protégé par une prévoyance sociale lors du traitement qui implique l'arrêt du travail. En effet en Côte d'Ivoire, la législation impose pour tout travailleur atteint de tuberculose, un arrêt de travail obligatoire de six mois avec conservation de son revenu (code du travail en Côte d'Ivoire et liste des maladies professionnelles).

RERISS
Revue d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales
ISSN: 2708-275X

Bien qu'elle soit exprimée dans une moindre mesure comparativement au lien étroit entre tuberculose et perte d'emploi, la perte des connaissances et amis du fait d'être atteint de la tuberculose est sous-tendue par près d'un patient tuberculeux sur deux (49,1%). La rupture des liens sociaux du fait de la tuberculose est plus prononcée chez les perdus de vue (55,1%) et les témoins (51,2%) que chez les irréguliers (44,5%).

Tableau 13 : Sentiment de peur des répondants vis-à-vis de l'entourage social et professionnel

Variables	Perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Peur d'être rejeté comme motif d'arrêt du traitement								
Oui	75	9,0	152	5,9	130	3,8	357	5,3
Non	759	91,0	2413	94,1	3252	96,2	6424	94,7
Le fait d'être atteint de la maladie peut vous faire perdre votre emploi								
Oui	335	40,2	1370	53,4	2030	60,0	3735	55,1
Non	499	59,8	1195	46,6	1351	40,0	3045	44,9
Le fait d'être atteint de la maladie peut vous faire perdre vos connaissances et amis								
Oui	460	55,1	1142	44,5	1731	51,2	3332	49,1
Non	374	44,9	1423	55,5	1651	48,8	3448	50,9

2.4 Contrainte(s) liée(s) au traitement antituberculeux

Le processus de maintien de la santé est émaillé de certaines contraintes qu'évoquent autant les patients que le personnel de santé. L'une des contraintes porte sur l'accès au centre antituberculeux ou centre de dépistage et de traitement en termes de couverture des frais de transport. Bien que le traitement soit gratuit, la fréquence des rendez-vous greffe les dépenses de santé du patient dans un contexte socioéconomique précaire des patients. Pour les patients, cela exacerbe leurs conditions de vie déjà difficiles que certains relatent en ces termes :

> « *Mais à mon niveau je ne suis pas encadré dèh, j'ai un dortoir, je ne suis pas bien nourri et manger même c'est difficile ; voilà je dors dans une cuisine, il pleut tout ça là je suis obligé d'aller faire contrat…* ». Mme. K.A, patient perdu de vue

> « *Le traitement il est gratuit…. Il y a donc les effets secondaires et le manque de moyen financier pour se nourrir et se déplacer même pour ceux même qui sont à l'intérieur de B… puisque pour qu'on fasse un bon suivi, on donne les médicaments mais pas plus d'une semaine de médicaments aux malade à cause de la conservation puisque quand les médicaments sont mal conservés ça va réduire complètement l'efficacité du traitement donc on évite de donner beaucoup de médicaments aux malades de peur qu'il partent les mettre dans les endroits trop chaud ou trop humide ce qui va dénaturer la qualité du médicaments* ». *M. K.N, patient perdu de vue*

A cela, s'ajoutent le suivi du traitement au long cours ainsi que les effets secondaires du médicament mal assimilés par les patients. Le réveil matinal qui participe au

changement des habitudes de vie notamment la prise matinale du médicament et l'observance d'une période de carence entre la prise du médicament et l'alimentation contrarient la quasi-totalité des patients qui s'en offusquent souvent malgré l'intérêt que revêt le suivi du traitement antituberculeux. L'ignorance ou le manque d'information sur cette période de carence limite la compliance au traitement et expliquerait les rechutes et les résistances comme l'illustrent ces propos :

> « *Le fait même de boire les médicaments ce n'est pas facile tous les matins il faut te lever à 6 heures ce n'est pas facile ce sont les antibiotiques il faut manger il faut bien manger ça fait que les médicaments te fatiguent* ». Gnahoua, Personnel de santé, EI.

> « *Bon, quand on va à l'hôpital, on nous dit là-bas de se réveiller à 6H, de prendre le comprimé, et aller à 07H avant de manger. Maintenant sur la carte moi j'ai vu qu'on prend le comprimé une heure avant de manger. Quelqu'un qui se réveille à 9H ou 10H, il se dit quoi, ah j'ai loupé l'heure à laquelle je dois prendre les comprimés. Donc là, il va se dire, bon demain, je vais rattraper. Et si on leur disait, ah prends ça une heure avant de manger. Même quand il va se réveiller à midi, il va prend ça d'abord, à 13H il allait manger* ». *A.D, patient perdu de vue, EI*

3. Discussion

3.1 La tuberculose : prégnance du magico-religieux et recours thérapeutique inversé

L'annonce d'une maladie chronique ou au long cours induit toujours des appréhensions liées aux représentations et aux traitements de celle-ci. Ainsi, dans le cadre de la tuberculose, cette étude a révélé que la majorité des enquêtés ont une connaissance de la pathologie et souhaiteraient avoir les médicaments mensuellement dans le but de réduire le coût des déplacements et l'épuisement vers les centres de prise en charge. Aussi, des enquêtés sont revenus sur la forme des comprimés qu'ils estiment trop gros pour un traitement au long cours avec leur cortège d'effets secondaires.

Ces éléments constituent des raisons que certains patients avancent suite à l'abandon du traitement conventionnel et le choix du traitement alternatif. En effet, malgré le suivi conventionnel dans les centres antituberculeux et centres de dépistage et de traitement, des patients tuberculeux recourent au monde religieux et divinatoire dans leur quête de guérison tout comme d'autres consultent un féticheur/marabout.

Bitchong Ekono et al., (2021, p.114) pour qui dans de nombreuses communautés, la maladie est souvent perçue comme le fait d'une tierce personne, une malédiction ou la punition à un acte répréhensible que le patient aurait commis. Leurs résultats, bien que révélant une connaissance des modes de contamination de la tuberculose indiquaient que 12,3% des enquêtés attribuaient à celle-ci une origine mystique tandis que 2,6% en contestaient son existence ; confirmant ainsi la caractérisation de la tuberculose comme maladie occulte ou relavant de l'ordre du magico-religieux. Dans un tel imaginaire, le recours thérapeutique s'en trouve inversé. L'attitude face à la thérapeutique moderne proposée dépend donc largement de croyances qui varient selon le contexte socioculturel : recours aux tradithérapeutes, aux guérisseurs, d'où le retard fréquent à la prise en charge hospitalière (Kindombe, 2016). A contrario,

Bakayoko et al., (2012) rapportent que la tuberculose est perçue comme une maladie comme toute autre par les patients et par leur entourage respectivement dans 47,6% et 79,3% des cas.

3.2 Un faisceau de contraintes socioéconomiques et communicationnelle entravant le vécu optimal de la maladie

De l'annonce du diagnostic au traitement, les patients antituberculeux sont généralement confrontés à plusieurs contraintes les unes aussi importantes que les autres. Celle-ci sont d'ordre social, économique et communicationnel.

Sur le plan social, la contrainte reste fondamentalement liée à l'acceptation de la maladie aussi bien par le sujet malade que par son entourage. Le rejet social (Bitchong Ekono et al., (2021, p.114), la mise en quarantaine dans les milieux familiaux ou communautaires malgré les progrès enregistrés par la médecine dans la gestion des maladies contagieuses comme la tuberculose continuent d'exister. Ainsi Bakayoko et al., (2012, p.57) mentionnent que 25,5% des patients tuberculeux affirmaient être victimes d'évitement, d'abandon et de rejet par leur entourage habituel même si 46,3% des patients prétendaient que la stabilité des relations avec leur entourage était la règle malgré leur maladie et que 28,2% bénéficiaient d'un soutien affectif et financier.

Malgré l'existence d'un soutien financier, la contrainte financière reste majeure pour la plupart des patients tuberculeux. Malgré le contexte de gratuité qui celui de l'offre de service, le patient est confronté aux coûts directs et indirects associés à la gestion de la maladie. Il y a le déplacement vers les centres de prise en charge, avec parfois des routes impraticables et l'arrêt de certains comportements qui étaient ancrés dans les mœurs. Hsairi et al., (2016) indiquent à cet effet que les coûts liés au déplacement, à l'hôtellerie principalement et au suivi médical constituent un gouffre pour les patients tuberculeux. Cette contrainte financière tient du fait que « Le profil social du malade tuberculeux n'est pas très reluisant dans la mesure où, …, ce sont les gens dans nos pays qui ne sont déjà pas nantis - dont les conditions économiques sont les plus précaires » comme le précisait le Dr. Coulibaly Makan (N'guessan Bi, p.208)

A cela s'ajoutent le suivi du traitement au long cours ainsi que les effets secondaires du médicament mal assimilés par les patients. Les changements d'habitudes de vie qu'impose le traitement de la tuberculose est sujet de contrariété pour les patients. C'est ce qu'évoquent Bakayoko et al., (2012) lorsqu'ils avancent que la maladie impose des réaménagements qui sont difficiles dans une vie déjà organisée.

Sur le plan communicationnel, la langue se positionne comme un obstacle certain lors de la gestion de la maladie aussi bien pour l'usager ou patient tuberculeux que pour les professionnels et les usagers (Da Sylva Santos, 2017, p.131). La communication revêt en effet un aspect important dans la dyade médecin ou personnel médical-patient dans la mesure où la langue véhicule un sens c'est-à-dire un ensemble de signification. Elle possède plusieurs registres (cadre familial, informel, médical, etc.), ce qui complique la communication avec les personnes qui ne la maîtrisent pas. Seytre et al., (2021a, p.420) rapportent ainsi que les enquêtés associent très majoritairement la tuberculose à l'infection à VIH et au sida. Ce déficit de communication participe à une faible connaissance de la gratuité du traitement qui induirait un éloignement malades

des structures sanitaires tout comme la peur suscitée par cette association est susceptible d'être un frein important à l'entrée dans une démarche thérapeutique en cas de suspicion de tuberculose. Cette peur justifie la proposition des mêmes auteurs à « Changer de paradigme de communication sur le VIH en Afrique » d'autant plus que le VIH est associé à la mort (Seytre et al., 2021b, p.4) tout comme la tuberculose y est souvent assimilée (Bakayoko et al., 2012, p.59).

3.3 Vivre avec la tuberculose : du tourbillon de sentiments au rejet social et la nécessaire reprise du dessus

Les résultats de l'étude font état d'un vécu émotionnel varié chez les patients tuberculeux. Ces émotions, fruits des sentiments vécus à l'annonce de la maladie et durant le processus de maintien de santé par le traitement vont de la peur à l'anxiété en passant par le déni de la maladie. Vivre avec la tuberculose, maladie à connotation sociale, introduit des bouleversements émotionnels (culpabilité, colère) chez le patient et induit des attitudes déviantes et de défiance du système de soins. Cette étude va dans le même sens que celle de Bakayoko et al., (2012) pour qui les malades deviennent une menace pour les autres qui craignent d'être contaminés, d'où un risque d'isolement du malade encore plus grand du fait du risque réel de contamination. Ces auteurs estiment que la découverte d'un état morbide s'accompagne généralement de sentiments de peur, de honte et de rejet ou de stigmatisation qu'éprouve le malade. Les résultats de leur étude dénotent que 25,5% de leurs enquêtés étaient victimes d'évitement, d'abandon et de rejet par leur entourage habituel. Cette situation les rend, dans certains cas, inaptes au travail, ce qui pourrait engendrer des difficultés financières supplémentaires au niveau de la cellule familiale. Elle a de plus un impact imprévisible aussi bien sur les relations familiales (couple, frères, sœurs) que sur les relations sociales et professionnelles. Bien souvent malheureusement, le rejet est systématique (25,5% des cas) du fait de la stigmatisation liée à la maladie tuberculeuse. En effet, pour beaucoup de personnes, la tuberculose est une maladie honteuse, déshonorante, humiliante. Cette stigmatisation fait que certains malades de la tuberculose sont victimes des attitudes d'isolement, des conduites d'évitement de la part de leur entourage (Dick J, Van Der Walt H et al 1996 ; Jenkins CD 1966 ; Johannson E et al 1996).

La perception de la maladie chez l'entourage du malade entraine dans bien de cas un changement de comportement vis-à-vis de la personne malade surtout dans le cas des maladies contagieuses. Ainsi, pour ne pas subir une stigmatisation ou discrimination du fait de leur état de tuberculeux, des patients préfèrent adopter une attitude de camouflage de la maladie à leur entourage et de contournement de la prise du traitement dans la gestion de la maladie (Dedocoton et al., 2019, p.84).

Conscient de ces aspects négatifs qui rendent difficile le vécu de la maladie, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires offre une orientation constituée de bonnes pratiques pour la gestion optimale des soins chez le patient tuberculeux. Aussi recommande-t-elle (Union, 2017, p.14) presque péremptoirement le développement d'un sentiment de confiance du patient tuberculeux au système de soins ; gage d'une compréhension des grandes lignes de la maladie et du traitement. « Bâtir la confiance » reste ainsi un aspect fondamental dans la mesure où elle augure

de bonnes relations du patient dans le service et dans les informations qui sont communiquées.

Conclusion

L'étude renseigne que vivre avec la tuberculose dans des pays à faibles revenus reste une problématique certaine. Dans le contexte qu'est celui de la Côte d'Ivoire, les idées reçues sur une maladie et son traitement participent à un vécu souvent approximatif de la maladie entrainant des perdus de vue et au maintien de la propagation de la maladie dans la communauté.

La bonne connaissance de la tuberculose comme maladie contagieuse mais dont le patient peut en guérir est cependant entachée par une insuffisante connaissance des effets secondaires du traitement. Malgré une connaissance de son caractère curable, l'aversion du médicament favorise une lassitude au cours du traitement induisant une sortie du circuit de soins. L'étude renseigne, par ailleurs, que le vécu de la tuberculose s'accompagne d'un ensemble d'émotions diverses, renforçant l'émoi chez le patient tuberculeux, fragilise son intégration sociale du fait de la stigmatisation et du rejet social.

Vivre avec la tuberculose nécessite ainsi que la communication soit davantage hardie autour de la maladie et d'une éducation thérapeutique sans faille ; gage d'une confiance constante et renouvelée dans le service de soin et d'une compliance au traitement.

Bibliographie

Bakayoko AS, Yeo-Tenena YJM, Kone Z, Trazie BGF,Domoua KM (2012), Perception de la maladie tuberculeuse par les patients tuberculeux et leur entourage, *EDUCI 2012, Rev int sc méd.* 2012;14,1:55-59.

Bitchong ECF, Jean Ze JJ, Massongo M, Azoumbou MT, Ngah KME, Tchongouang TB, Ze AE, 2021. Connaissances des Patients Tuberculeux à Bacilloscopie Positive sur la Tuberculose à l'Hôpital Jamot Yaoundé, *Health Sci. Dis*: Vol 22 (11), pp 113-116 Available free at www.hsd-fmsb.org.

Claire Françoise Bitchong Ekono, Jean Jacques Ze, Massongo Massongo, Thérèse Azoumbou Mefant, Marie Elisabeth Ngah Komo, Talie Fabiola Tchongouang, Emmanuel Afane Ze (2021), Connaissances des Patients Tuberculeux à Bacilloscopie Positive sur la Tuberculose à l'Hôpital Jamot Yaoundé, in *Health Sciences & Disease, The Journal of Medecine and Biomedical Sciences,* Vol 22 (11) November 2021 pp 113-116.

Boulahbal F. et al. (2004), *La tuberculose en Afrique épidémiologie et mesures de lutte Med Trop*

Daley C.L. (1995), The typically 'atypical' radiographic presentation of tuberculosis in advanced HIV disease, *Tubercle and Lung Disease*, Vol. 76, Issue 6, 475-476.

Da Silva Santos Karen, Alonso Patricia, Magali Fortuna Cinira (2017), Les pratiques professionnelles dans un centre de lutte antituberculeuse : l'observation et l'implication, *Revue Phronesis*, N°3 Vol. 6, pages 126 à 138, DOI 10.3917/phron.063.0126, https://www.cairn.info/revue-phronesis-2017-3-page-126.htm

Dick J, Van Der Walt H, Hoogendoorn L, et coll. Development of a health education booklet to enhance adherence to tuberculosis treatment. *Tubercle and Lung Disease*; 77: 173-7.

Dedocoton Dêgnidé R M., N'GUESSAN Tenguel Sosthène, DAYORO Zoguehi Arnaud Kévin (2019), Stratégies parentales du « faire adhérer thérapeutique » des adolescents en contexte de voilement de leur statut sérologique, *Kasa Bya Kasa, Revue Ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie,* N°41, pp.79-98

Henry Stéphane (2011), Le tuberculeux, figure de l'angoisse des maladies sociales dans la première partie du XXe siècle dans « La question sociale : de l'angoisse à l'effroi » in L'ennemie intime. La peur : perceptions, expressions, effets (Frédéric Chauvaud), *Presses universitaires de Rennes*, pp. 155-166.

Hsairi Mohamed, Mehdi Ben Braham, Dhikrayet Gamara, Rachid Fourati, Faouzi Abid, Fatma Tritar, Mohamed Ridha Charfi, 2016. Coût de la Tuberculose en Tunisie, *La Tunisie Medicale*, Vol 94, n°010, pp.604-611.

Johannson E, Diwna VK, Huong ND et coll. Staff and patients attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. *Tubercle and Lung Disease,* 77: 178-83.

Jenkins CD. (1966), Group differences in perception: a study of community beliefs and feeling about tuberculosis. *Am. J. Sociol*, 71: 417-29.

Kindombe Luzolo Esaie, Les conséquences sociales de la tuberculose au Congo Belge, les annales africaines de médécines, *Revue de la faculté de medecine de l'université de Kinshasa*, Volume 10 n°1 : Décembre 2016.

B. Kouassi A. N'Gom K.Horo C.Godé B.Ahui N.M.L.Emvoudou N.Koffi J.C.Anon K.F.Konaté M.Itchi M.O.Koffi A.Ano S.F.Manewa A.Gro Bi E.Aka-Danguya A.Gnazé K.Touré (2013), Corrélations des manifestations de la tuberculose pulmonaire avec le degré d'immunodépression au VIH, *Revue des Maladies Respiratoires,* Volume 30, Issue 7, Pages 549-554**.**

Christian Lienhardt (2011), La tuberculose dans le monde aujourd'hui : enjeux, recherche et perspectives, in *Santé internationale* , pages 59 à 74

Ndeikoundam Ngangro Ndeindo, 2012. *Les déterminants du recours aux soins des patients tuberculeux en milieu urbain au Tchad*, Thèse de Doctorat, Université Pierre et Marie Curie, Sorbonne Universités, Paris, 231p.

N'Guessan Bi (Non Daté), *Aspects économiques de la prise en charge du sida : Exemple des centres antituberculeux d'Abidjan*, pp.197-208.

Ngarhounoum D., Ngangro M.N., Rangar N., Halley des Fontaines V., Chauvin P. (2013), Évaluation des facteurs associés aux abandons du traitement antituberculeux au Tchad, *Médecine et Santé Tropicales*, 23 : 60-65

OMS (2022), *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/VIH*. Genève.

Bernard Seytre, Djedou Martin Amalaman, Moustapha Diaby, Kambou Édouard Sansan, Madiarra Coulibaly, Blé Yoro (2021), Les enjeux de la communication sur la tuberculose en Côte d'Ivoire, in *Santé Publique*, **2021/3 (Vol. 33)**, pages 415 à 423.

Seytre, B., B.M. Yoro, M.A. Djedou, O.C. Madiarra, K. Mamey, A. Diabagate, K.B. Kouamé, et F. Simaga (2021), « Changer De Paradigmes De Communication Sur le VIH en Afrique ». *MTSI* 1 (1). http://revuemtsi.societe-mtsi.fr/index.php/bspe-articles/article/view/134, Vol. 1 No 1 (2021): MTSI-Revue, pp.1-7 *LA REVUE DE LA SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE TROPICALE ET SANTÉ INTERNATIONALE*

Union, 2017. Bonnes pratiques de soins pour les patients atteints de tuberculose : *Guide pour les pays à faibles revenus,* deuxième édition, 66p.