

# RESSOURCES SOCIOECONOMIQUES, INFORMATIONNELLES ET SORTIE DES PATIENTS TUBERCULEUX DU CIRCUIT DE TRAITEMENT EN CÔTE D'IVOIRE

Tenguel Sosthène N'GUESSAN

Université Nangui Abrogoua, Côte d'Ivoire  
nguessans@yahoo.fr

---

## Résumé

*La tuberculose est un problème de santé publique mais aussi une maladie sociale dont la gestion repose sur les ressources socioéconomiques et informationnelles. Comment le capital économique et informationnel participe-t-il du maintien ou non du patient tuberculeux dans le circuit de soin ? Tel est la problématique qui fonde cet article. L'étude, reposant sur une méthodologie mixte (quantitative et qualitative), a été conduite dans soixante-quatorze centres antituberculeux et centres de dépistage et de traitement auprès d'un échantillon représentatif des patients tuberculeux suivis dans les centres de prise en charge. L'analyse statistique et celle de contenu ont permis de donner sens aux données collectées sur fond de triangulation des informations. Les résultats, s'ils indiquent que la disponibilité de ressources sociales, économiques et informationnelles participent à la résilience des malades tuberculeux, mettent cependant leur insuffisance chez une frange importante de malades tuberculeux avec pour corollaire les opportunités manquées d'accès aux soins et au traitement. Ces résultats suggèrent une communication nourrie à l'endroit des patients tuberculeux souvent ignorant du facteur contagieux de la maladie et invitent à une éducation thérapeutique pour un renforcement de la conscience sanitaire individuelle et collective dans la perspective de la réduction voire de l'élimination du phénomène de perdu de vue.*

**Mots clés :** Ressources socioéconomiques et informationnelles, Traitement antituberculeux, Circuit de soin, Perdu de vue

---

## Abstract

*Tuberculosis is not only a public health problem but also a social disease whose management depends on socio-economic and information resources. How do economic and informational resources determine whether or not tuberculosis patients stay in the care system? This is the issue on which this article is based. The study, based on a mixed methodology (quantitative and qualitative), was carried out in seventy-four anti-tuberculosis centres and screening and treatment centres among a representative sample of tuberculosis patients followed up in the care centres. Statistical and content analysis were used to give meaning to the data collected, against a background of triangulation of information. While the results indicate that the availability of social, economic and informational resources contributes to the resilience of TB patients, they also highlight the inadequacy of these resources for a significant proportion of TB patients, resulting in missed opportunities for access to care and treatment. These results suggest that tuberculosis patients, who are often unaware of the contagious nature of the disease, need to be carefully communicated with, and that therapeutic education is needed to strengthen individual and collective*

*health awareness, with a view to reducing or even eliminating the phenomenon of people losing their sight.*

**Keys words:** *Socio-economic and information resources, Tuberculosis treatment, Care circuit, Lost to view*

---

---

## **Introduction**

---

La tuberculose est une pathologie curable qui sévit dans toutes les régions du monde. En dépit des acquis probants de la riposte des organisations sanitaires mondiales, la tuberculose continue de faire de nombreuses victimes à l'échelle de la planète. Les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé situent à 10,6 millions le nombre de personnes vivant avec la tuberculose dans le monde dont 1,6 million de décès (OMS, 2022) avec une concentration de cette pandémie dans la région ouest africaine de l'OMS.

La tuberculose reste ainsi, un problème de santé publique en Afrique subsaharienne (Drabo, 2009 :486) où les services de santé rencontrent des problèmes d'accessibilité géographique, financière et parfois culturelle pour les populations desservies (Boulahbal et Chaulet, 2004 :224). Problème majeur de santé publique, la tuberculose est aussi une maladie sociale dont les répercussions s'observent tant au niveau humain, économique que social (Hadley and Maher, 2003 :403 ; Bakayoko et al., 2012 :57 ; Bitchong Ekono et al, 2021 :114).

En Côte d'Ivoire, les données du rapport 2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé indiquent que l'incidence de la tuberculose est de 137 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de cas notifiés était de 21 498 en 2019 et de 19 976 en 2020 (OMS, 2020). Malgré les interventions mise en œuvre visant à la contrôler (PNLT, 2015 :25), près de la moitié des personnes atteintes de tuberculose « échappent » aux services de santé. Plusieurs études suggèrent que l'autre moitié, c'est-à-dire, les patients recevant un diagnostic de tuberculose, se voit fréquemment prescrire un traitement non satisfaisant et subir des retards de soins. Les statistiques les plus récentes indiquent un taux de perdus de vue de l'ordre de 7% (PNLT, 2015 : 25). Ces patients sont également confrontés à des défis qui émanent de problèmes liés aux services de santé ou autres. L'attention accordée à la prise en charge de l'infection tuberculeuse est également limitée. Ainsi, malgré les progrès réalisés ces dernières décennies en matière de soins antituberculeux, il reste encore beaucoup à faire. Une action multisectorielle et un engagement significatif des centres de soins privés, des organisations de la société civile, des communautés et autres acteurs pertinents sont nécessaires, sous la direction des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (Dlodlo et al., 2019 :44, 50). Les inégalités sociales d'accès aux soins et au traitement s'enracinant dans les types de ressources fournis par l'entourage et le système de santé (Barthe et Defossez, 2021 :), ces constats questionnent les ressources dont disposent les patients tuberculeux face à la problématique de la tuberculose. Le présent article centre sa réflexion sur les ressources socioéconomiques et informationnelles qui participent au suivi

et/ou à la sortie du circuit du traitement. Elle vise à répondre à la question centrale ainsi formulée : comment le capital socioéconomique et informationnel participe-t-il au maintien ou non du patient tuberculeux dans le circuit de soin ?

---

## **1. Méthodologie**

---

La présente étude, de type cas témoin, a été conduite dans soixante-quatorze centres de dépistage et traitement antituberculeux. Ceux-ci ont été sélectionnés à l'aide de l'échantillonnage à deux degrés. Au premier degré, ce sont vingt-cinq centres antituberculeux qui ont été tirés de façon systématique et quarante-neuf centres de dépistage et de traitement sélectionnés de façon aléatoire sur un effectif total de deux cent quarante-quatre (244) centres de dépistage et de traitement (CDT) dont dispose le pays dans le cadre de la réponse à la problématique de la tuberculose (PNLT, 2018). Ces structures sanitaires de prise en charge de la tuberculose comptaient au terme de l'année 2017 une population de 21 720 patients tuberculeux. Parmi cette population, la présente étude a ciblé les patients perdus de vue, les irréguliers et les témoins atteints de tuberculose âgés de 15 ans et plus, pris en charge dans l'un des centres de prise en charge susmentionnés et ayant débuté un traitement antituberculeux sur la période du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2018 concernant les perdus de vue et sur celle du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 s'agissant des irréguliers. Toutefois, le cas (PDV et irrégulier) et son témoin ont fait l'objet de sélection dans le même mois de début de traitement. Pour chacun de ces patients, il est distingué cinq catégories à savoir les TPB+ nouveaux cas, les TPB+ rechutes, les retraitements hors rechutes, les diagnostiqués cliniquement (TPB-) et les patients coinfectés TB/VIH. Au deuxième degré, 896 patients dont 448 patients-cas et autant pour les patients-témoins ont été sélectionnés à partir de la base de sondage des structures sanitaires de prise en charge de la tuberculose. Face à l'incertitude de retrouver l'ensemble des PDV pour constituer l'échantillon, la technique du choix raisonné a permis d'investiguer dans l'effectif des patients-cas, 25% de perdu de vue et 75% d'irréguliers représentant respectivement 112 patients et 336 patients.

Sur le plan quantitatif, la collecte de données a nécessité l'établissement d'un répertoire des patients perdus de vue des centres de prise en charge les patients. Avec l'appui des agents de santé communautaire ou du point focal identifié en général un infirmier, un contact téléphonique ou une visite au domicile a été effectuée dans le but de rencontrer la cible identifiée. Sur cette base, la collecte de donnée auprès des cibles identifiées a été réalisée soit à domicile soit au centre de prise en charge, précédée de l'obtention de son consentement éclairé.

Sur la plan qualitatif, dix sites, répartis entre milieu urbain, semi-urbain et rural, couvrant les grandes zones géographiques (est, ouest, centre, nord, sud) ont été sélectionnés de façon raisonnée, dans le cadre de l'étude qualitative. La collecte de données a été effective sous le mode de l'entretien individuel face à l'impossibilité de réunir un minimum de six patients perdus

de vue pour des entretiens de groupe. Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement. Tout comme l'enquête quantitative, la population de l'enquête qualitative est constituée des PDV, des irréguliers et des témoins sans distinction de catégorie de tuberculose. A cette population, il a été associé le personnel de santé y compris les agents de santé communautaire. La méthode d'échantillonnage à choix raisonné a été utilisée pour la sélection des participants à ces entretiens.

Les données collectées ont été recueillies au moyen de questionnaire et de guide d'entretien. Les thématiques abordées ont porté sur le profil du répondant, les ressources (sociale, économique, informationnelle) dont il dispose dans sa quête de maintien de la santé.

Les données collectées ont été traitées à l'aide de SPSS (quantitatif) et de dedoose.com (qualitatif). Deux types d'analyse, descriptive et de contenu, ont permis de donner sens aux données collectées.

---

## **2. Résultats**

---

### ***2.1. Ressources sociales pour le suivi du traitement***

---

Les ressources sociales sont entendues comme l'ensemble des moyens humains que mobilise le patient tuberculeux pour le suivi de son traitement. L'analyse porte ainsi sur la qualité de la personne participant aux soins du patient, au respect des rendez-vous, à l'accompagnement au CAT/CDT, le soutien moral au malade tuberculeux, les contraintes professionnelles et l'assistance d'un conseiller au malade tuberculeux.

---

#### ***2.1.1. Qualité de la personne aidant à respecter les rendez-vous***

---

Au cours du processus de traitement, certains patients bénéficient de l'aide de leur entourage. Plus de la moitié des patients tuberculeux PDV (55%) et environ sept patients irréguliers sur dix (68,5%) ont une personne qui leur rappelle leur date de rendez-vous au CAT/CDT. Il s'agissait principalement d'un membre de la famille ou du/de la conjoint(e). Dans la pratique du suivi du patient tuberculeux et quel que soit le type de patient, le parent proche ou membre de la maisonnée (62,2% chez les patients perdus de vue) constituent la personne ressource pour le rappel des rendez-vous de suivi médical.

**Tableau 1 : Répartition de la qualité de la personne qui aide à respecter leur rendez-vous selon le type de patients**

Variables	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoïn		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Quelqu'un vous aidait/aide à respecter les rendez-vous</b>								
<b>Oui</b>	459	55,0	1758	68,5	2123	62,8	4340	64,0
<b>Non</b>	375	45,0	807	31,5	1258	37,2	2440	36,0
<b>Qualité de la personne qui aidait/aide le patient TB à respecter les rendez-vous</b>								
<b>Conjoint(e)</b>	97	21,0	361	20,5	652	30,7	1109	25,6
<b>Parent/membre de la famille</b>	239	52,1	1200	68,3	1264	59,5	2703	62,3
<b>Ami</b>	62	13,4	94	5,3	56	2,7	212	4,9
<b>Collègue</b>	0	0,0	0	0,0	8	0,4	8	0,2
<b>Membre de la communauté</b>	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	0,1
<b>ONG</b>	30	6,4	25	1,4	96	4,5	150	3,5
<b>Agent de Santé/ASC</b>	17	3,6	71	4,0	48	2,3	135	3,1
<b>Autre à préciser</b>	13	2,8	8	0,4	0	0,0	21	0,5

**Source : Auteur, 2019**

### **2.1.2. Qualité de la personne accompagnant le patient au CAT/CDT**

Les données du tableau 2 révèlent que les patients ne sont généralement pas accompagnés lors de leur rendez-vous au CAT/CDT. Ils sont en effet 57,1% de PDV et 42,8% des irréguliers à n'avoir pas de parents proches (conjoint(e), membre de la famille) qui les accompagnent au CAT/CDT pour la prise des antituberculeux. Lorsque le patient bénéficie d'un accompagnement au CAT/CDT, il s'agit principalement d'un parent, membre de la famille autant pour les PDV (51,6%) que pour les irréguliers (71,5%) et dans une moindre mesure d'un ami (19,7% chez les PDV et 4,2% chez les irréguliers). Le soutien des acteurs communautaires, notamment des ONG est de 6,2% dans l'ensemble mais quasi inexistant lorsqu'il s'agit des irréguliers et PDV. La forte présence de l'entourage familial immédiat reste tributaire des liens sociaux qui gouvernent les relations sociales et qui tirent leur source de la cellule familiale en tant qu'institution primaire de socialisation. Cet accompagnement s'inscrit ainsi dans une forme de solidarité familiale. Si cette assistance s'inscrit dans une forme de solidarité à l'endroit du malade, elle procède surtout du fait d'une proximité du malade avec le patient. Au-delà de la solidarité implicite, cette assistance relève d'une contrainte sociale parce qu'étant la personne au sein de la famille n'exerçant aucune activité génératrice de revenu. Bien plus, elle tient à l'affinité sociale entre ces deux acteurs en présence et justifie par ailleurs le fait que 25,6% des personnes rappelant médical sont constitués des conjoints ou compagnes.

**Tableau 2 : Répartition de la qualité de la personne qui accompagne le patient au CAT/CDT selon le type de patients**

Variable	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Quelqu'un vous qui accompagnait/accompagne le patient TB au CAT/CDT</b>								
Oui	358	42,9	1468	57,2	1801	53,3	3627	53,5
Non	476	57,1	1097	42,8	1581	46,7	3154	46,5
<b>Qualité de la personne qui accompagnait/accompagne le patient TB au CAT/CDT</b>								
Conjoint(e)	89	24,8	346	23,5	527	29,2	961	26,5
Parent/membre de la famille	185	51,6	1050	71,5	1021	56,7	2256	62,2
Ami	71	19,7	62	4,2	22	1,2	154	4,2
Collègue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Membre de la communauté	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,1
ONG	0	0,0	11	0,7	214	11,9	225	6,2
Agent de Santé/ASC	12	3,2	0	0,0	17	1,0	29	0,8

Source : Auteur, 2019

### **2.1.3. Soutien moral au malade tuberculeux**

La majorité des patients PDV (79,3%) et des irréguliers (89,6%) bénéficient de soutien moral. Ce soutien est généralement le fait d'un parent, membre de la famille (53,5% pour les PDV et 66,4% pour les irréguliers), du conjoint (40,1% chez les PDV et 21,9% chez les irréguliers). Pour les patients, le soutien moral apporté par le personnel de santé y compris les ASC membres des ONG reste faible. Seulement 3,2% des PDV ont reçu un soutien moral assuré par les agents de santé/ASC. Pour les malades tuberculeux rencontrés, l'assistance morale ou psychologique participe d'une gestion optimale du vécu de la maladie. Elle permet en effet de sentir la solidarité familiale et par-delà du capital social dans le vécu de la maladie. De fait, perçue comme une maladie stigmatisante qui procède à l'analyse d'une auto-stigmatisation, le soutien moral/psychologique permet au malade de positiver la pathologie vécue, de briser le mur de verre qu'il se construit ou qu'il croit que son entourage social dresse autour de la tuberculose.

**Tableau 3 : Répartition des patients par soutien moral selon le type de patients**

Variables	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoïn		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Quelqu'un vous apportait/apporte un soutien moral</b>								
Oui	662	79,3	2298	89,6	3162	93,5	6122	90,3
Non	172	20,7	267	10,4	219	6,5	659	9,7
<b>Qualité de la personne qui apportait/apporte le soutien moral aux TB</b>								
Conjoint(e)	265	40,1	503	21,9	787	24,9	1556	25,4
Parent/membre de la famille	354	53,5	1525	66,4	1858	58,8	3738	61,1
Ami	32	4,8	175	7,6	145	4,6	352	5,7
Collègue	0	0,0	0	0,0	83	2,6	83	1,4
Membre de la communauté	3	0,4	8	0,3	80	2,5	90	1,5
ONG	8	1,2	67	2,9	173	5,5	247	4,0
Agent de Sante/ASC	0	0,0	21	0,9	36	1,1	56	0,9

**Source : Auteur, 2019**

#### **2.1.4. Contraintes professionnelles dans le suivi du traitement**

Le tableau 4 montre que le tiers des PDV et le quart des irréguliers estiment que les obligations professionnelles peuvent rendre difficile le suivi du traitement. Cette perception, attestée par seulement 23,3% de l'ensemble des répondants et 32,4% des patients perdus de vue, reste fondamentalement liée aux implications sanitaires et professionnelles liées à la gestion de la maladie. Les soins liés à la gestion de la tuberculose impliquent des rendez-vous fermes et réguliers de la part du patient tuberculeux. Ce suivi médical qui vise à garantir une gestion optimale pour in fine aboutir à la guérison totale du patient comporte des effets pervers pour le patient. Ce suivi semble pourtant décrié par certains malades qui y perçoivent un obstacle à l'exercice de leur activité professionnelle. La gestion de la tuberculose implique en effet une répartition du temps entre le suivi du traitement (visite médicale) et le respect des horaires de travail pour des travailleurs exerçant à temps plein qu'ils soient du secteur public ou du privé. Elle introduit ainsi un dilemme pour le patient ; dilemme qui se présente comme un choix entre ne pas perdre son travail pour non-respect des horaires de travail principalement pour ceux exerçant dans le secteur privé.

**Tableau 4 : Obligation professionnelle et suivi du traitement**

<b>Les obligations professionnelles peuvent-elles rendre le suivi du traitement difficile ?</b>	<b>Patient perdu de vue</b>		<b>Irrégulier</b>		<b>Témoïn</b>		<b>Total</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Oui</b>	222	32,4	477	25,5	478	19,2	1177	23,3
<b>Non</b>	347	50,6	1120	59,8	1850	74,3	3317	65,7

**Source : Auteur, 2019**

### **2.1.5. Assistance d'un conseiller au malade tuberculeux**

Le suivi des patients tuberculeux à domicile constitue une composante de la prise en charge de la tuberculose. Acteur issu de la communauté, cette implication de l'agent de santé communautaire s'inscrit dans une approche de gestion intégrée de la maladie. Dans sa conception, elle participe à lever les barrières liées à l'accès aux soins et au traitement et dans une certaine mesure à lever celles liées à la stigmatisation du fait de la connaissance quasi mutuelle des membres de la communauté ; ici l'agent de santé communautaire et la malade tuberculeux. Les résultats de l'étude montrent cependant que l'assistance d'un agent de santé communautaire n'est pas effective selon environ 20% de l'ensemble des malades tuberculeux rencontrés et 38,0% chez les perdus de vue. Ce défaut d'assistance d'agent de santé communautaire s'enracine dans l'insuffisance de ceux-ci et dans une moindre mesure par l'interdiction souvent catégorique formulée par le patient tuberculeux. Il se prolonge dans l'absence de toute information sur le patient à l'issue d'un déménagement de celui-ci sans aucune notification de sa relocalisation géographique à l'agent de santé communautaire. Ce défaut d'assistance contraste ainsi avec les résultats relatifs à la fréquence des visites à domicile. Il ressort en effet que près de six répondants sur dix affirment une fréquence hebdomadaire de visite de l'agent de santé communautaire avec des proportions allant de 64,5% chez les perdus de vue à 44,8% chez les malades irréguliers et 71% chez les témoins.



**Tableau 5 : Répartition des patients par assistance selon le type de patients**

Variables	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Un conseiller ASC pour votre suivi médical</b>								
<b>Oui</b>	517	62,0	2235	87,1	2688	79,5	5440	80,2
<b>Non</b>	317	38,0	330	12,9	694	20,5	1340	19,8
<b>Fréquence de visite du conseiller ASC auprès des patients TB</b>								
<b>Semaine</b>	334	64,5	1002	44,8	1907	71,0	3242	59,6
<b>Mois</b>	184	35,5	1234	55,2	781	29,0	2198	40,4

**Source : Auteur, 2019**

## **2.2. Ressources économiques pour le suivi du traitement**

### **2.2.1. Soutien financier au malade tuberculeux**

Comme toute maladie, la prise en charge de la tuberculose implique d'assumer certaines dépenses. En effet même si la politique nationale prescrit la gratuité du traitement, la prise en charge de la tuberculose implique des coûts que le patient se doit d'honorer. Ainsi au-delà de la gratuité, des frais annexes indirect comme le transport, la nourriture sont à la charge du patient. Cette situation nécessite la disposition de ressources financières dont certains patients en sont dépourvus. Dans un tel contexte, la contribution du capital social du malade participe à gérer ces dépenses. Si 62,0% de l'ensemble des répondants affirment disposer de l'appui financier d'une tierce personne, 38% affirment le contraire. Cette situation est plus prononcée chez les perdus de vue où plus de la moitié (50,4%) et 37,3% des malades irréguliers confirment ne pas bénéficier d'appui financier extérieur en dehors de leurs propres finances. La non divulgation de l'état pathologique vécu, le refus de se faire assister financièrement au risque de « perdre sa dignité » constituent parmi tant de raisons le non recours à l'appui financier de cette catégorie de répondants.

Quand elle est effective, l'assistance financière est le fait des membres de la famille élargie (67,2%) et le conjoint (19,8%) d'une façon générale et chez les perdus de vue et les irréguliers. Il ressort toutefois chez les perdus de vue que le compagnon immédiat du patient tuberculeux constitue par ordre de priorité dans la requête de soutien financier la troisième référence du patient.

La connaissance des ressources financières de celui-ci, sa dépendance financière du conjoint sont les raisons généralement évoquées pour justifier cette position du conjoint. Le recours au collègue procède du fait de la possibilité d'emprunt sans obligation de dévoilement du statut de malade, de celle de remboursement du prêt contracté dans les délais raisonnables souvent liés à la rémunération du personnel de l'entreprise et de la proximité du collègue même si paradoxalement celle-ci semble plus lointaine que la relation au conjoint.

**Tableau 6 : Répartition des patients par soutien financier selon le type de patients**

Variables	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoïn		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b><i>Quelqu'un vous apportait/apporte un soutien financier</i></b>								
Oui	414	49,6	1608	62,7	2184	64,6	4205	62,0
Non	421	50,4	957	37,3	1197	35,4	2575	38,0
<b><i>Qualité de la personne qui apportait/apporte le soutien financier aux TB</i></b>								
Conjoint(e)	50	12,2	229	14,3	553	25,3	833	19,8
Parent/membre de la famille	243	58,8	1189	73,9	1396	63,9	2828	67,2
Ami	15	3,7	67	4,2	62	2,8	144	3,4
Collègue	80	19,4	8	0,5	94	4,3	182	4,3
Membre de la communauté	3	0,6	59	3,7	0	0,0	62	1,5
ONG	22	5,3	49	3,0	59	2,7	130	3,1
Autre à préciser	0	0,0	8	0,5	8	0,4	15	0,4
Agent de Sante/ASC	0	0,0	0	0,0	13	0,6	13	0,3

Source : Auteur, 2019

### **2.2.2. Modes et cout d'accessibilité au centre de suivi**

La politique sanitaire envisage en général l'accessibilité aux structures sanitaires à moins de cinq kilomètres. Cet objectif reste une réalité pour les patients tuberculeux dont 73,3% affirment parcourir aux plus cinq kilomètres pour accéder à un centre antituberculeux ou un centre de dépistage et de traitement. Cette situation est attestée 60,0% des perdus de vue et 70,4% des patients irrégulier. Cette proximité déclarée des patients perdus de vue et irrégulier reste paradoxale. Ce paradoxe s'enracine, comme argumenté dans les lignes antérieures, par le refus de divulgation du statut à travers la reconnaissance d'une tierce personne connue du patient de sa fréquentation du centre de prise en charge.

L'accès aux structures de prise en charge s'effectue prioritairement en moyens de transport en commun comme le gbaka, le taxi communal ou en taxi nécessitant le paiement d'un tarif. Ce mode de transport greffe le coût de la prise en charge de la tuberculose. Le besoin de fréquenter une structure

de prise en charge éloigné de fait de la stigmatisation perçue ou avérée du malade fait double voire déculpé les dépenses indirectes associées à la prise en charge. Or, au moins un-tiers des patients tuberculeux n'a aucun soutien financier extérieur. D'où leur incapacité à se rendre au centre de suivi en cas de problème financier favorisant ainsi l'abandon du traitement antituberculeux. Ceci a été mentionné par environ 68,5% des PDV et 45,3% des irréguliers.

**Tableau 7 : Répartition des moyens de transport et coût de déplacement selon le type de patient**

Variables	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoïn		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Distance parcourue par le patient TB de son lieu de résidence habituelle au CAT/CDT</b>								
Moins de 2 km	195	23,4	555	21,6	1031	30,5	1782	26,3
Entre 2 et 5 km	305	36,6	1252	48,8	1631	48,2	3188	47,0
Plus de 5 km	334	40,0	758	29,6	719	21,3	1811	26,7
<b>Moyen de déplacement utilisé habituellement par le patient TB pour se rendre au CAT/CDT</b>								
A pied	262	31,5	524	20,4	1015	30,0	1801	26,6
Transport en commun (gbaka, taxi, etc.)	554	66,5	1944	75,8	2337	69,1	4835	71,3
Véhicule d'un parent/ami/collègue	0	0,0	21	0,8	0	0,0	21	0,3
Véhicule personnel	0	0,0	76	3,0	30	0,9	106	1,6
Autre à préciser	17	2,1	0	0,0	0	0,0	17	0,3
<b>Temps mis par le patient TB pour arriver au CAT/CDT</b>								
Moins de 15 mn	158	19,0	982	38,3	1251	37,0	2391	35,3
Entre 15 et 30 mn	321	38,5	1102	43,0	1498	44,3	2921	43,1
30 mn à 1 heure	235	28,2	361	14,1	429	12,7	1025	15,1
> à 1 heure	120	14,4	121	4,7	203	6,0	443	6,5
<b>Distance et temps mis pour rallier le CAT/CDT comme frein à la fréquentation des CAT/CDT</b>								
Oui	306	36,6	478	18,6	554	16,4	1337	19,7
Non	528	63,4	2087	81,4	2828	83,6	5443	80,3
<b>Coût comme frein à la fréquentation des CAT/CDT</b>								
Oui	284	49,7	516	25,3	402	17,0	1203	24,2
Non	288	50,3	1525	74,7	1964	83,0	3777	75,8
<b>Manque de moyen financier pour assurer le transport comme motif d'arrêt du traitement par le patient TB</b>								
Oui	572	68,5	1163	45,3	1307	38,7	3042	44,9
Non	262	31,5	1402	54,7	2074	61,3	3739	55,1

Source : Auteur, 2019

### 2.2.3. Conditions d'alimentation

La prise des médicaments nécessite que le patient TB s'alimente correctement (petit déjeuner, déjeuner et dîner). Le tableau ci-dessous instruit que plus de la moitié des PDV (53,9%) et plus d'un patient irrégulier sur trois (35,1%) n'ont pas de moyens financiers suffisants pour assurer convenablement leur nourriture. Par ailleurs, plus de la moitié d'entre eux (64,1% PDV et 53,5% irréguliers) estiment que cette situation peut constituer un motif d'abandon du traitement. Il ressort cependant que parmi les PDV, 19,7% n'ont pas accès au petit déjeuner et 14,9% ne mangent pas à midi. Ils se contentent du repas du soir. Ces difficiles conditions d'alimentations sont aussi observées chez les irréguliers mais dans une moindre mesure. L'incapacité du patient TB à prendre régulièrement les trois repas de la journée constitue un facteur important de sortie du circuit de traitement conventionnel de la tuberculose.

**Tableau 8 : Répartition des moyens financiers pour la prise en charge nutritionnelle**

Variables	Patient perdu de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Disponibilité des moyens financiers pour assurer convenablement votre nourriture</b>								
Oui	384	46,1	1664	64,9	2500	73,9	4548	67,1
Non	450	53,9	901	35,1	881	26,1	2232	32,9
<b>Manque de moyen financier pour assurer convenablement la nourriture du patient TB comme motif d'arrêt du traitement</b>								
Oui	535	64,1	1485	57,9	1809	53,5	3829	56,5
Non	300	35,9	1080	42,1	1572	46,5	2951	43,5
<b>Prise du petit déjeuner par jour</b>								
Oui	670	80,3	2289	89,3	3218	95,2	6178	91,1
Non	164	19,7	276	10,7	163	4,8	603	8,9
<b>Prise du déjeuner par jour</b>								
Oui	710	85,1	2400	93,6	3231	95,5	6340	93,5
Non	124	14,9	165	6,4	151	4,5	440	6,5
<b>Prise du dîner par jour</b>								
Oui	816	97,8	2520	98,2	3374	99,8	6710	99,0
Non	18	2,2	45	1,8	8	0,2	71	1,0

Source : Auteur, 2019

### 2.3. Ressources informationnelles pour le suivi du traitement

Les résultats du tableau 9 montrent qu'en moyenne 90,7% des patients TB ont reçu des informations sur le traitement antituberculeux de la part du personnel de santé. Cependant quelques disparités existent selon le type de patient. Il apparaît en effet que près de 18% des PDV ne semblent pas en avoir reçu. Les PDV sont en proportion plus nombreux (68,6% contre 52,1% irréguliers et 49,2% témoins) à avoir répondu ne recevoir ni appels ni messages de rappel de visite au centre de suivi. Il en découle qu'en cas d'oubli de la date de rendez-vous par les malades, ils se retrouvent d'emblée

en situation d'irréguliers voire en situation de perdus de vue. D'autant plus qu'un-tiers des malades ne bénéficient pas de visites des ASC et que 36,0% ont déclaré ne bénéficier d'aucun soutien pour le rappel des rendez-vous de visite médicale.

La majorité des patients TB (62,9% PDV, 61,9% irréguliers et 63% témoins) ne suit pas les émissions de sensibilisation sur la tuberculose qui pourraient les aider à adopter le comportement idoine. Par ailleurs, 68,6% des PDV et 52,1% des irréguliers ne reçoivent pas d'appels téléphoniques et messages d'alerte leur rappelant leurs visites médicales ne se sont pas assurés chez au moins la moitié des malades. Les résultats indiquent en sus que parmi ceux qui s'intéressent aux émissions de sensibilisation, la principale source d'information est de loin la télévision (63,6%) suivie de la radio (18,3%). Toutefois, les PDV influencent ces scores à la baisse avec 46% pour la télévision et 7,9% pour la radio.

Cette situation invite à questionner les modes de diffusion et de communication utilisés pour l'information et la sensibilisation de la population générale et des malades en particulier sur la maladie.

**Tableau 9 : Répartition des messages d'alerte, des émissions et source d'information**

Variables	Patients perdus de vue		Irrégulier		Témoin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Réception des informations de la part du personnel de santé sur le traitement de la maladie</b>								
Oui	687	82,3	2385	93,0	3077	91,0	6148	90,7
Non	114	13,7	153	6,0	258	7,6	525	7,7
NSP	33	4,0	28	1,1	46	1,4	107	1,6
<b>Réception des messages d'alerte ou des appels pour le rappel des visites médicales du patient TB</b>								
Oui	246	29,5	1228	47,9	1634	48,3	3108	45,8
Non	572	68,6	1338	52,1	1665	49,2	3575	52,7
NSP	15	1,8	0	0,0	83	2,4	98	1,4
<b>Suivi des émissions de sensibilisation sur la maladie</b>								
Oui	265	31,8	944	36,8	1161	34,3	2370	35,0
Non	525	62,9	1587	61,9	2130	63,0	4241	62,6
NSP	44	5,3	34	1,3	91	2,7	169	2,5
<b>La principale source d'information sur la maladie</b>								
Radio	21	7,9	267	28,3	146	12,6	434	18,3
TV	122	46,0	495	52,4	890	76,7	1507	63,6
Journaux	0	0,0	19	2,0	0	0,0	19	0,8
Campagne de sensibilisation	103	38,9	77	8,2	56	4,8	236	9,9
Internet	19,2	7,3	86,0	9,1	52,6	4,5	157,8	6,7
Autre à préciser	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	1,4	16,7	0,7

Source : Auteur, 2019

---

### **3. Discussion**

---

#### ***3.1. Ressources socioéconomiques comme gage du suivi du traitement du patient tuberculeux***

---

La prise en charge du patient tuberculeux, implique l'utilisation de ressources en dehors des systèmes de santé formels. Drabo et al., (2009 :488) montrent ainsi, la contribution des différents comités de soutien (infirmiers, tradithérapeutes, anciens patients tuberculeux, agents de santé communautaire, responsables religieux et coutumiers, responsables d'associations communautaire) dans l'itinéraire thérapeutique des patients tuberculeux. Ils affirment que, cette contribution est diverse et vise plusieurs objectifs à l'endroit des patients, prestataires de soins et personnes dans l'entourage familial des patients. Les patients ont bénéficié de dotations en vivres et de visites à domicile de la part des comités. Quelquefois, les membres sont intervenus dans la résolution de conflits familiaux dont les causes étaient en rapport direct avec la tuberculose. Ils ont aussi rapporté aux équipes cadres des informations utiles sur les insuffisances de certains prestataires de soin. Ils attestent que, ces différents comités ont ainsi contribué à corriger certaines insuffisances de soutien psychologique et/ou matériel du dispositif habituel de soins. Les interactions entre les membres du comité et les prestataires de soins ont contribué à réduire les incompréhensions entre certains malades et prestataires dans les centres de santé. La mise à contribution de la communauté à travers des comités de soutien aux patients tuberculeux a permis d'accroître la fourchette de solutions aux problèmes rencontrés par les malades tuberculeux et les prestataires de soins.

Ces résultats de Drabo et al., sont corroborés par ceux de la présente étude qui, présentent l'intérêt du soutien familial qui se décline dans l'accompagnement du patient tuberculeux, le soutien financier et moral. Cependant, contrairement à l'étude de ceux-ci, où il y a une diversité de comités de soutien, pour l'étude présente, le soutien est l'affaire des proches, c'est-à-dire incombe aux familles des patients tuberculeux.

Ces différents soutiens sont d'autant plus importants que, Adambounou et al., (2017 :7) mentionnent dans leur étude que la mortalité dans le service de pneumologie du CHU Sylvanus Olympio est élevée, en rapport avec la gravité des pathologies, la limitation des ressources financières des patients qui entraîne des retards de prise en charge et des ruptures thérapeutiques. Ces résultats abondent dans le même sens que cette étude qui démontre qu'au moins un tiers des patients tuberculeux n'a aucun soutien financier extérieur. D'où leur incapacité à se rendre au centre de suivi en cas de problème financier favorisant ainsi l'abandon du traitement antituberculeux.

Kouao (1991 :214) fait une typologie des perdus de vue du circuit des soins. Il en distingue trois types. Les nouveaux arrivants, venus des pays voisins, pour bénéficier du traitement court de six mois. Cette population, pour des raisons professionnelles et familiales aisées à comprendre repart souvent trop vite chez elle dès l'amendement de la symptomatologie clinique. Ensuite, les détenus libérés encore sous traitement antituberculeux constituent

environ 18% des perdus de vue. Régulièrement suivis durant leur détention, un certain nombre de détenus libérés (77% des détenus mis en liberté) ne seront plus revus dans les services dès leur sortie malgré tous les conseils prodigués. Les difficultés de réinsertion de ces sujets dans le tissu socio-économique les conduisent presque inéluctablement à privilégier les besoins quotidiens de subsistance au détriment des besoins de santé. Enfin, les agriculteurs originaires de la région Centre ayant "émigré" vers les régions forestières et fertiles du Centre-Ouest et du Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire. Ce sont des patients peu compliants surtout à la phase d'entretien du traitement, en raison des problèmes évidents de distance à parcourir entre leur lieu de séjour et le service ; distance géographique qui constitue un frein au suivi thérapeutique ou traitement. Ce dernier aspect est confirmé par la présente étude.

Les études antérieures consultées n'ont fait cas des conditions alimentaires comme facteur de sortie de soins. Or, ceux-ci selon les données de cette étude, constituent un facteur important de sortie du circuit de traitement conventionnel de la tuberculose. Dès lors, cet aspect évoqué constitue une plus-value de l'étude présente.

---

### ***3.2. De la nécessité des ressources informationnelles au cours du processus du traitement du patient tuberculeux***

---

Les ressources informationnelles constituent une source de surveillance et de savoir-faire au cours des soins du patient tuberculeux. A juste titre, selon les résultats de l'étude de Yakam et al. (2013 :651), plusieurs patients expriment le souhait d'être mieux informés pour pouvoir se diriger plus directement, d'une façon plus rationnelle à la formation sanitaire prenant en charge leur maladie sans délai et d'une façon efficiente et efficace. Ces résultats rejoignent les résultats présents. Toutefois, l'étude actuelle indique les sources d'informations des patients qui sont généralement la télévision, ensuite la radio et les appels et messages pour rappel de visite au centre de suivi. L'absence de ces appels et message entraîne, en cas d'oubli de la date de rendez-vous par les malades, le phénomène de perdus de vue.

A cela, s'ajoute le niveau d'instruction mentionné par Ngangro (2012 :97). Ce niveau d'instruction a été significativement associé aux abandons thérapeutiques, les patients les moins instruits ayant eu plus souvent tendance à abandonner leur traitement. La méconnaissance de l'étiologie de la tuberculose et celle de sa contagiosité étaient associées de façon forte au risque d'interruption thérapeutique. L'ignorance de la contagiosité de la tuberculose et un faible niveau d'instruction étaient significativement associés à la survenue d'un abandon du traitement. L'auteur témoigne que, ce risque diminue quand le niveau d'instruction s'élève. Cet élément constitue une limite à la présente étude qui n'en mentionne pas dans ces résultats.

Avec Vaillant (2008 :2), l'information est d'autant plus importante qu'elle affirme que, pour le patient diabétique sous insuline aux glycémies mal équilibrées, l'éducation semble devenir le passage obligé ; comprendre et

apprendre pour mieux gérer. L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge, mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui.

---

## **Conclusion**

---

Recourir aux soins et au traitement nécessite de disposer d'un ensemble de ressources sociales, économiques et informationnelles. Celles-ci participent au renforcement de la résilience du malade tuberculeux en lui offrant et en diversifiant ces opportunités d'accès aux structures de prise en charge.

Il ressort ainsi de cette étude que plus le patient bénéficie d'un soutien social plus il a tendance à se maintenir dans les soins au point de retrouver la santé. La qualité du soutien social facilite ainsi l'accès aux informations idoines pour un suivi optimal du traitement antituberculeux. Toutefois les contraintes d'ordre économique, professionnel et social qui se dressent sur la voie du maintien de la santé met le patient tuberculeux dans un dilemme qui se pose en termes de maintien du statut professionnel contre maintien de la santé. L'option préférentielle pour la conservation du statut professionnel prime du fait de la capacité induite par ce capital de répondre aux attentes sociales mais impliquant insidieusement sa mort biologique et sociale

La présente étude renseigne que si les patients tuberculeux disposent desdites ressources, elles restent limitées pour une frange importante de ce corps social. Leur insuffisance participe ainsi à réduire les opportunités d'accès aux centres antituberculeux et contribue à amplifier le phénomène des perdus de vue ou de la sortie du circuit de soin dans le pays. Cette faiblesse s'accompagne d'une auto-stigmatisation et d'une stigmatisation perçue ou avérée qui contribue à maintenir certains malades hors du circuit de traitement avec pour conséquence la propagation implicite de la tuberculose. Une communication plus hardie focalisée sur l'implication de l'environnement familial dans la gestion de la tuberculose, la psychologie du malade pour une prise de conscience de la tuberculose comme maladie ordinaire par celui-ci et une adaptation des horaires pour les malades travailleurs en entreprise sont des actions à entreprendre en vue de la réduction voire de l'élimination du phénomène de perdu de vue.

Cette étude qui met en évidence que la disposition de ressources sociales, économiques et informationnelles participent à une connaissance approfondie de la maladie et peut induire des changements d'attitudes, de comportements et de pratiques au sein de la population ; toute chose qui induirait une inversion de la tendance en termes de morbidité et de mortalité et gage vers la transition épidémiologique



---

## Références bibliographiques

---

- Adambounou S., Efalou, P., Gagara, M. A., Aziagbe, K. A., Metchendje, N. J., & Adjoh, K. S.,** (2017), Profil des patients décédés d'affections respiratoires non tuberculeuses dans le service de pneumo-phtisiologie du CHU Sylvanus Olympio, *Revue de Pneumologie Tropicale*, Vol. 28, pp.3-9
- 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., Vol.14, n°1, pp.55-59.
- Barthe Jean-François, Defossez Adrien** (2021), *Les inégalités d'accès aux ressources par les réseaux personnels chez les patients atteints de cancer*, Revue française des affaires sociales, Vol. 4, pp.207-225
- Bitchong Ekono Claire Françoise, Ze Jean Jacques, Massongo Massongo, Azoumbou Mefant Thérèse, O Ngah Kom Marie Elisabeth, Talie Fabiola Tchongouang, Ze Emmanuel Afane** (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](http://www.hsd-fmsb.org).
- Boulahbal F, Chaulet P.** (2004), *La tuberculose en Afrique. Épidémiologie et mesures de lutte*. Médecine Tropicale, Vol.64, pp.224-228
- Drabo Maxime, Zerbo Roger, Berthe Abdramane et al.,** (2009), *Implication communautaire aux soins tuberculeux dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso*, Santé Publique, N°5, Vol. 21, pp.485-497
- Hadley M. and Maher D.,** 2003. *Community Involvement In Tuberculosis Control: Lessons From Other Health Care Programmes*, INT J TUBERC LUNG DIS, Vol.4, n°5, pp.401-408
- Gabo Germain** (2020), « Prévalence de la tuberculose en Côte d'Ivoire : 19 976 porteurs de la maladie dépistés en 2020 », <https://www.fratmat.info/article/211803/societe/santeacute/prevalence-de-la-tuberculose-en-cote-divoire-19-976-porteurs-de-la-maladie-depistes-en-2020>, Consulté le consulté le 03 février 2023
- Kouao Bile** (1991), *Le traitement court (6 mois) de la tuberculose en Côte d'Ivoire A propos des 149 premiers cas du Centre Antituberculeux de Bouaké*, Médecine d'Afrique Noire, Vol. 38 N°3, pp. 212-216
- Ngangro Ndeindo Ndeikoundam** (2012), *Les déterminants du recours aux soins des patients tuberculeux en milieu urbain au Tchad*. Santé publique et épidémiologie. Paris.
- OMS** (2022), *Cadre stratégique pour réduire la charge de la co-infection tuberculose/VIH*. Genève, 10p.
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)** (2015), *Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2016-2020*, Abidjan.
- Riitta A. Dlodlo, Grania Brigden et Einar Heldal, Brian Allwood, Chen-Yuan Chiang, Paula I. Fujiwara, Stephen M. Graham, Nathalie Guillerm, Anthony D. Harries, Kobto G. Koura, Ajay M. V. Kumar, Yan Lin, Jamilah Meghji, Kevin Mortimer, Alberto Piubello, Barbara Roth, Srinath Satyanarayana, Moorine Sekadde, Ivan Solovič, Jamhoih**

**Tonsing, Armand Van Deun** (2019), *Prise en charge de la tuberculose : Guide des éléments essentiels pour une bonne pratique*, 7<sup>ème</sup> Edition, Editions Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union), Paris 157p.

**Vaillant Marie-France** (2008), *L'éducation thérapeutique : prétexte à échanges informationnels sur la maladie*. La santé dans l'espace public, Rennes.