

# FACTEURS EXPLICATIFS DE LA DEMULTIPLICATION DE LA TUBERCULOSE MULTI- RESISTANTE ET PREDOMINANCE DES MALINKES DANS LA CATEGORIE DES TB-MR EN CÔTE D'IVOIRE

**Raymonde Sylvie N'mahesseu Daho**

*Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire)*

*dahosylvie01@gmail.com*

## Résumé

*De plus en plus, l'on assiste au développement de souches extrêmement résistantes chez les tuberculeux malinkés en Côte d'Ivoire. L'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs qui expliquent la persistance de la tuberculose multi-résistante au sein de la population Malinké en vue d'amélioration de la prise en charge de la pathologie et freiner sa démultiplication. L'échantillon par choix raisonné a permis de sélectionner 34 patients Malinkés. L'entretien individuel semi-dirigé, l'analyse de contenu et la méthode compréhensive ont été mobilisés pour collecter et analyser les données recueillies du 10 Octobre 2018 au 26 Mars 2019. L'étude a déterminé que les caractéristiques du ménage, la taille du ménage et le nombre de pièces utilisé par le ménage sont des éléments qui peuvent entretenir la démultiplication de la tuberculose multi-résistante au sein de la population malinké. Ainsi, la non-observance des prescriptions médicales peut être considérée aussi comme une production sociale.*

**Mots-clés :** *Non-observance, tuberculose multi-résistante, malinké, facteurs explicatifs.*

## Abstract

*Increasingly, we are witnessing the development of extremely resistant strains among Malinke tuberculosis patients in Ivory Coast. The objective of this study is to analyze the factors which explain the persistence of multi-drug resistant tuberculosis within the Malinké population with a view to improving the management of the pathology and slowing its spread. The sample by reasoned choice made it possible to select 34 Malinké patients. The semi-directed individual interview, content analysis and comprehensive method were used to collect and analyze the data collected from October 10, 2018 to*

March 26, 2019. The study determined that the characteristics of the household, the size of the household and the number of rooms used by the household are elements which can maintain the multiplication of multi-resistant tuberculosis within the Malinké population. Thus, non-compliance with medical prescriptions can also be considered as a social production.

**Keywords:** Non-compliance, multi-drug resistant tuberculosis, malinké, explanatory factors.

## Introduction

Les affections chroniques telles que la tuberculose sont en augmentation dans le monde. En effet, La tuberculose, maladie chronique transmissible, est une cause importante de mauvaise santé, l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde et la première cause de décès due à un agent infectieux (avant le VIH/sida) (OMS, 2020). Elle peut toucher tout le monde, partout, mais la plupart des personnes qui développent la maladie sont des adultes, plus souvent des hommes que des femmes, et les 30 pays à forte charge de morbidité due à la tuberculose totalisent près de 90 % des cas de tuberculose survenant chaque année. À l'échelle mondiale, 10 millions de nouveaux cas et 1,2 million de décès chez les personnes négatives pour le VIH auxquelles s'ajoutent 208.000 décès supplémentaires chez les personnes positives pour le VIH, avec 56 % d'hommes et 32% de femmes. Sur le plan géographique, la plupart des cas de tuberculose se trouvent dans les Régions de l'Asie du Sud-Est (44 %), de l'Afrique (25 %) et du Pacifique occidental (18%) (OMS, op.cit.).

La tuberculose est une maladie qui peut être guérie et évitée. Environ 85% des personnes qui développent la tuberculose peuvent être traitées avec succès par un schéma thérapeutique de 6 mois, qui a pour autre avantage de réduire la transmission ultérieure de l'infection. Depuis 2000, les traitements antituberculeux ont permis d'éviter plus de 60 millions de décès. Cependant, bien qu'une réduction des cas de tuberculose et du nombre de décès ait été observée ces vingt dernières

années, la tuberculose multi-résistante reste un véritable challenge (Briand, 2016).

La tuberculose pharmaco-résistante demeure une menace pour la santé publique. De plus, le traitement de la tuberculose multi-résistante s'avère complexe, coûteux et dure plus longtemps que le traitement standard, nécessitant des compétences et des ressources considérables. Ces maladies chroniques recouvrent une catégorie extrêmement vaste de problèmes de santé pouvant paraître à première vue très disparate. Pourtant, les contraintes que ces maladies font peser sur les malades, leur famille et le système de soins sont aussi importantes de part et d'autre, de fait, des stratégies de prise en charge intégrée, les faisant paraître bien plus unis que opposés doivent être développées et mise en place.

L'intérêt porté au problème d'observance chez les patients TB-MR malinké est lié au risque de l'émergence de souches résistantes chez ses patients et de la contamination de leur entourage surtout lorsqu'ils n'intègrent pas bien les prescriptions liées à la prise en charge de la maladie dans leur système de vie.

La non-observance thérapeutique est un phénomène fréquent mais bien souvent sous-estimé et méconnu. Ainsi, Nombreux sont les professionnels de santé qui la perçoivent comme une “ déviance ” plus que comme un phénomène fréquent, voire “ normal ” (Bureau, 2018). “ *les médecins devraient savoir que les patients mentent fréquemment lorsqu'ils disent avoir pris les médicaments prescrits.* ” (Hippocrate cité par Bureau, idem). L'explication de ces comportements de non-observance thérapeutique par des facteurs purement biomédicaux semble insuffisante. Aujourd'hui, un grand nombre de facteurs psychologique et sociaux sont pris en compte dans l'explication de ce problème de santé. La plupart des études sur l'observance thérapeutique se sont limitées à un aspect des différentes composantes du traitement, notamment la dimension liée au

suivi médical. Peu de recherches ont pris en compte les trois composantes du traitement incluant les attitudes et comportements de ces patients en tant qu'acteur autonome de soins face à ces prescriptions et recommandations rattachées à l'observance thérapeutiques.

Les résultats de cette étude pourraient aider le programme dans l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose multi-résistante et permettre dans le même temps de stopper la chaîne de contamination dans l'environnement de vie des patients TB-MR malinké. Dès lors, quelles sont les facteurs explicatifs de la démultiplication de la tuberculose multi-résistante au sein de la population malinké ? Pour mieux appréhender le style de vie mis en cause dans ce problème de santé, les conditions de vie de ces patients malinké seront décrites dans la présente analyse.

## **1. Matériel et méthodes**

### ***1.1. Zone d'étude***

La présente étude s'est déroulée au sein des Centres Antituberculeux (CAT) d'Adjamé et d'Abobo et aux domiciles des patients. Les premiers entretiens avec les patients TB-MR malinkés se sont donc fait dans ces centres de prise en charge pendant les prises de médicament sous observation direct. Et dans le souci de bien comprendre le mode vie de ces TB-MR malinkés, biens d'autres entretiens se sont réalisés à leurs domiciles ; ce, grâce aux contacts téléphoniques récupérés dans leurs dossiers médicaux qui ont permis de convenir à des rencontres d'échanges avec ces patients. Ils ont été interrogés après leur consentement éclairé ; non sans avoir manqué de leur expliquer le bien-fondé mises à disposition.

### ***1.2. Populations et échantillon à l'étude***

La population à l'étude est composée que de patients TB-MR

malinkés. Les patients interrogés ont été sélectionnés à partir de leurs dossiers médicaux mis à disposition par les points focaux TB-MR des CAT d'Adjamé et d'Abobo. L'échantillon par choix raisonné et par effet de boule de neige a permis de sélectionner les patients TB-MR malinkés concernés par la présente étude. Le choix de ces patients s'est fait autour des critères inclusifs suivants : être affilié au Centre Antituberculeux d'Adjamé ou d'Abobo ; être patients TB-MR âgées de 21 et plus ; être résident dans la ville d'Abidjan et être malinké. Cet échantillon a été construit avec le consentement des patients. L'autorisation des responsables de l'unité de soins a également facilité le choix des répondants. Au total, 34 TB-MR malinkés ont été interrogés du 10 Octobre 2018 au 26 Mars 2019.

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

La triangulation a guidé cette étude qualitative. Ainsi, en plus de la grille d'observation, l'on a eu recours à l'entretien semi-directif au tour d'un guide d'entretien préalablement élaboré comme principales techniques de collecte de données. Ces entretiens ont été réalisés en fonction de la disponibilité mais surtout en fonction de l'état grabataire des patients TB-MR soit au centre antituberculeux ou soit à leur domicile. Au total, trente-quatre (34) entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés. Ces entretiens ont duré en moyenne 30 minutes.

### ***1.4. Techniques d'analyse des résultats***

Pour l'analyse des données, l'étude a mobilisée l'analyse de contenu thématique et la méthode compréhensive. Sous l'angle de l'analyse de contenu thématique, le dépouillement a suivi le processus suivant : retranscription et élaboration de trente-quatre (34) fiches d'enquête avec des codes pouvant identifier chaque entretien ; découpage et classification des informations pertinentes répertoriées dans le discours des répondants en fonction des thèmes et des sous-thèmes propres au cadre

d'analyse ; construction des catégories d'analyse et des unités de sens. Les différents thèmes étant dégagés à partir des objectifs de l'étude que sont : caractéristique du ménage, taille du ménage et nombre de pièce pour le ménage. Toutefois, il faut préciser que pour la codification, la nomination des entretiens a suivi le processus suivant : Aa37ans-8ms, pour désigner Aa 37 ans, 8 mois sous traitement TB-MR. Donc à chaque entretien d'enquêtés a été attribué un nom fictif, l'âge du patient et la durée de vie avec la maladie.

- En ce qui concerne la méthode compréhensive, il s'est agi du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. Ces pratiques sont guidées par les intentions et attentes de l'acteur. Dans les travaux de Weber cités par Stephen Kalberg (2010), la méthode compréhensive peut être comprise comme une démarche en trois étapes : la compréhension, l'interprétation et l'explication du fait social. Il s'agit donc, à partir de ces trois (3) étapes de la méthode compréhensive, de dégager dans un premier temps, le sens, les raisons ou les motifs que les malinkés TB-MR attribuent la mauvaise gestion de la pathologie au sein de leur communauté ; dans un second temps, traduire sous l'angle scientifique les réalités auxquelles renvoient le sens attribué par les enquêtés à ce problème ; et enfin, établir ou construire de façon explicative le processus causal de production de leur comportement de non observance des prescriptions médicales.

## **2. Présentation des résultats de l'étude**

Les résultats de cette contribution portent sur les caractéristiques sociales, économiques et culturelles des enquêtés. Ils mettent en évidence : (i) le genre, l'origine ethnolinguistique et le niveau d'instruction des TB-MR malinké ; (ii) la catégorie économique, la taille du ménage et les antécédents de ses patients avec la maladie ; (iii) les caractéristiques du ménage, le nombre de pièces et de toilette pour le ménage selon la taille des ménages.

## 2.1. Genre, origine ethnolinguistique et niveau d'instruction des enquêtés

### 2.1.1. Genre et origine ethnolinguistique des enquêtés

**Tableau 1.** Répartition des enquêtés selon l'âge et le genre.

Genre Origines Ethnolinguistiques	Masculin		Féminin		Total	
	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)
Odiennéka	10	29,42%	02	5,88%	12	35,29%
Maouka	08	23,53%	02	5,88%	10	29,42%
Koyaka	09	26,47%	03	8,82%	12	35,29%
<b>Total</b>	27	79,41	07	20,59	34	100

**Source :** notre étude.

La lecture du tableau montre que la catégorie des TB-MR malinkés renferme en majorité trois groupes ethnolinguistiques (Odiennékas, Maoukas et des Koyakas). Sur les 34 personnes interrogées, on a enregistré 14 Odiennéka, 12 Mahouka et 15 Koyaka. On note également une supériorité numérique des hommes sur les femmes dans cette catégorie de patient (27 hommes contre 07 femmes sur les 34 personnes interrogées).

En effet, le malinké, qui signifie l'homme du mandé, regroupe en son sein tous les groupes mandingues parmi lesquels nous pouvons citer les groupes susmentionnés. Ils sont très proches culturellement les uns des autres et leur langue est presque identique avec des sociétés identiques. L'organisation

sociale repose sur la famille élargie, à tendance matrilineaire, mais devenu patrilineaire après la pénétration de l’Islam. Et donc, la supériorité numérique des odienékas, maoukas et koyakas dans la catégorie des TB-MR malinkés trouve son fondement dans le fait que ces peuples ethnolinguistiques développent les mêmes attitudes et pratiques en termes de mode de vie, d’activités économiques, de loisirs et de systèmes religieux. Par exemple, pour tous les patients interrogés (hommes comme femmes), allaient à la mosquée tous les vendredis pour la prière ; ils se levaient tous les jours entre 5h00 et 5h30min pour se préparer et prier avec le reste de la famille. Il y a encore le faites qu’ils mangeaient en groupe sous l’autorité soit du père ou de la/les mère/s en famille. Ce sont là, pour ne citer que ces trois cas, quelques habitudes de vie acquises qui caractérisent des manières de faire propre à leur environnement culturel et religieux. Ainsi, il est clair que si un seul membre de la famille et/ou de la communauté est infecté par le virus, la démultiplication de ces germes BK dans la communauté serait plus facile.

Par ailleurs, la faible proportion des femmes (20,59%) s’explique par le fait que selon la culture mandingue et en accord avec les préceptes de la religion musulmane, la femme c’est la soumission absolue à son père lorsqu’elle vit encore en famille et à son époux lorsqu’elle est mariée. Et selon le Coran, même si elle est considérée comme la gardienne de la maisonnée et jouant aussi un rôle de conseil auprès de son époux, elle est contrainte à l’obéissance, comme le rappelle ce verset de la sourate des femmes : “ Celles de qui vous craignez l’insoumission, faite-leur la morale, désertez leur couche, corrigez-les. Mais une fois ramenées à l’obéissance, ne leur cherchez pas prétexte. ”, verset qui nous a été cité par Bi2 (68ans). Elle ne peut alors prendre de décision sans l’avis et l’accord de son père ou de son époux. Par conséquent, en cas de maladie, le choix de l’itinéraire thérapeutique dépend des

hommes qui animent sa vie. Ainsi, elle peut être malade de la tuberculose et peut ne pas être autorisée à se rendre dans un CAT simplement parce que l'époux ou le père ne l'a pas jugé opportun. En d'autres termes, il peut avoir autant de femmes que d'hommes TB-MR mais qui ne sont pas déclarées et sont à la maison du fait de leur statut de femme.

### 2.1.2. Niveau d'instruction des enquêtés

**Tableau 2.** Répartition des enquêtés selon le genre et le niveau d'instruction.

Genre Niveau d'instruction	Masculin		Féminin		Total	
	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)
<b>Aucun</b>	03	8,82%	04	11,76%	07	20,58%
<b>Coranique</b>	11	32,35%	02	5,88%	13	38,23%
<b>Primaire</b>	07	20,59%	01	2,94%	08	23,53%
<b>Secondaire</b>	04	11,76%	-	-	04	11,76%
<b>Supérieur</b>	02	5,88%	-	-	02	5,88%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>79,41%</b>	<b>07</b>	<b>20,59%</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Source : notre étude.

Dans ce tableau, on remarque que les enquêtés ayant fréquenté l'école coranique sont les plus nombreux avec 38,23% de la population totale, où nous avons 32,35% d'hommes et 5,88% de femmes. Après viennent ceux du niveau primaire avec 23,53% de la population totale, où également nous avons 20,59% d'hommes et 2,94% de femmes. Ensuite ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction représentant les 20,58% de la population totale avec 8,82% d'hommes et 11,76% de femmes. En fin nous avons le niveau secondaire et le niveau supérieur avec

respectivement 11,76% et 5,88% de la population totale qui sont uniquement que des hommes. Ainsi, on peut voir que ces quelques femmes enquêtées dans cette étude ont un niveau d'instruction inférieur ou égale au niveau primaire. Ces aspects s'expliquent par le fait que les filles sont généralement maintenues auprès de leur mère à la maison pour apprendre tout ce qui pourra faire d'elles de bonnes femmes au foyer plus tard. Et même quand elles sont scolarisées, elles y sont finalement retirées à l'adolescence pour être données en mariage et fonder leur propre famille.

Selon la culture mandingue, la jeune fille est apte à se marier à partir de 13 ans, " si elle est devenue femme " (dès le début de ses menstruations). Ainsi, une jeune fille qui se marie en étant encore " pure " fait honneur à son père et la fierté de toute sa communauté.

## ***2.2. Catégorie économique, taille du ménage et antécédent avec la maladie***

### ***2.2.1. Catégorie économique selon le genre***

Pour une meilleure compréhension, nous avons regroupé sous des catégories plus ou moins homogènes les différentes activités qui sont menées au sein par les malinkés :

- la catégorie des transporteurs (A) ; cela regroupe les chauffeurs, les membres et responsables syndicaux, et toute autre personne travaillant dans le milieu du transport.
- la catégorie des commerçants (B), renferment toutes personnes qui mènent une activité commerciale dans l'informel.
- la catégorie des agriculteurs (C), c'est-à-dire planteurs, jardiniers, et éleveurs.
- la catégorie des artisans (D), cela désigne les menuisiers, garagistes, vitriers ou autres métiers qui rentre dans l'informel
- la catégorie des fonctionnaires (E) avec toutes catégories confondues.

**Tableau 3 :** Répartition des enquêtés selon la catégorie professionnelle et le genre.

Catégories	Masculin		Féminin		Total	
	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)
A	07	20,59	-	-	07	20,59
B	07	20,59	06	17,65	13	38,24
C	03	08,82	01	02,94	04	11,76
D	06	17,65	-	-	06	17,65
E	04	11,76	-	-	04	11,76
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>79,41</b>	<b>07</b>	<b>20,59</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Source :** notre étude.

La lecture du tableau 03 révèle qu’il y a trois (03) catégories d’activités (A avec 20,59%, D avec 17,65% et E avec 11,76%) où on y trouve que des hommes et deux (02) catégories d’activités (B avec 38,24% et C avec 11,76%) où on a des hommes et des femmes qui y travaillent. Ainsi nous pouvons remarquer que les femmes enquêtées sont pour la plupart des commerçantes et souvent des agricultrices. C’est une tendance qui vient en quelque sorte confirmer les analyses faites plus haut, notamment au niveau du construit social du statut de la femme en pays mandingue.

En effet, Socialisées dans un environnement culturel où elles jouissent d’une autonomie moindre et sont largement dépendantes des hommes, les femmes acceptent ce cliché comme étant normal et “ *se contentent du peu* ” qu’elles ont. Autrement dit, parvenues au niveau Bac et Bac + ou encore apprendre un métier, les pères de ces jeunes filles estiment qu’il n’est pas “ *nécessaire de poursuivre plus loin les études si la réalisation de la jeune fille passe par un foyer réussit et que les longues études amènent la jeune fille à être désobéissante et mal éduquée* ”. Et “ *cela ne peut se faire que si la jeune fille reste*

*apprendre auprès de sa maman à la maison. Car c'est aussi une école, c'est une école de la vie ''.*

Ainsi, peu de femmes parviennent à se retrouver dans les autres milieux de travail (transporteur, artisan, fonctionnaire), non pas à cause d'une discrimination structurelle, mais à cause d'un construit social de leur statut qui les maintient dans ces différentes catégories d'activités professionnelles.

### **2.2.2- Taille du ménage et antécédent avec la maladie**

**Tableau 4 :** Répartition des enquêtés selon la taille du ménage et antécédent avec la maladie.

Taille du ménage \ Antécédent avec la maladie	Dans ma cour		Dans ma famille		Dans mon quartier, lieu de travail ou lieu de loisirs		Ne sais pas		Total	
	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)
(01-10)	01	2,94	02	5,88	01	2,94	-	-	04	11,76
(11-20)	01	2,94	05	14,71	-	-	01	2,94	07	20,59
(21-30)	04	11,76	06	17,65	01	2,94	-	-	11	32,35
(31 et plus)	03	8,83	07	20,59	-	-	02	5,88	12	35,30
<b>Total</b>	<b>09</b>	<b>26,47</b>	<b>18</b>	<b>58,83</b>	<b>02</b>	<b>5,88</b>	<b>03</b>	<b>8,82</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Source :** notre étude.

Dans ce tableau 4, on voit que les enquêtés qui sont dans les ménages de plus de 11 personnes (11 et 20 personnes, 21 et 30 personnes et ménages de plus de 31 personnes) représentent 79,42% des enquêtés qui ont vécu avec des tuberculeux dans leur cadre de vie, soit dans la même cour (23,53%) ou soit dans la même famille (52,94%). Ensuite, vient ceux qui vivent dans des ménages de moins de 10 personnes avec près de 11,76% des

enquêtés qui ont aussi été en contact avec un tuberculeux dans leur environnement de vie, et ceux qui ne peuvent pas affirmer avoir vécu avec des tuberculeux dans leur entourage (8,82% des enquêtés). Ces chiffres traduisent deux faits : la plupart de ces enquêtés vivent dans des familles nombreuses et ont été dans leur environnement proche en contact avec au moins une personne atteinte de la tuberculose.

Cette situation est due au fait que l'organisation sociale du groupe malinké en général admet la vie en famille de façon élargie, c'est-à-dire le père, la mère, les enfants, les oncles, les tantes, les cousins et cousines les neveux et nièces, et les petits-enfants. Comme le souligne un enquêté, *“chez nous, on vit tous en famille dans la même cour. Le vieux, ses femmes, nous les enfants, si les fils sont mariés alors les fils et leur femme, les petits enfants et parfois les oncles. Et le vieux est le chef de la famille, c'est lui qui prend toutes les décisions...”* C'est une norme culturelle des malinkés qui permet ainsi de respecter la tradition et en même temps d'éduquer les nouvelles générations que constituent les enfants. Au-delà de ces aspects, ils estiment que cela permet d'éviter un dysfonctionnement dans le système familial. Le fait de vivre *“ tous ensemble ”* dans la même concession aide à tisser des liens plus forts entre membres de la même famille et à uniformiser les modes de penser et les manières de faire. Et de ce fait, à terme, il se met en place un style de vie routinisé qui permet aux uns et aux autres de s'identifier comme un *“ nous ”*.

Cependant, si cela est bénéfique pour la culture malinké, elle l'est moins pour le système de lutte contre la tuberculose. En effet, le style de vie instauré et entretenu par la culture malinké est dépositaire de modes de pensées et d'actions au sein de cette population : les notions de vivre ensemble ; la distribution des rôles, des tâches ; la manière de manger, de se vêtir. Les malinkés qui pensent et agissent en conformité avec la tradition, la culture, développent des attitudes et comportements, à travers

ce style de vie, pouvant favoriser la démultiplication des germes en cas de présence de personne malade dans leur environnement de vie.

### **2.3. Caractéristiques du ménage, nombre de pièces et de de toilette pour le ménage selon la taille du ménage**

#### **2.3.1- Caractéristiques du ménage**

**Tableau 5** : Répartition des enquêtés selon la caractéristique du ménage.

Type de famille	VA	VR (%)
Famille nucléaire simple	05	14,70
Famille nucléaire composée	10	29,42
Famille élargie	19	55,88
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Source** : notre étude

La lecture de ce tableau indique que 14,70% des enquêtés vivent dans des familles nucléaires simples (où on a le père, la mère et les enfants issus de cette union) et près de 85,30% sont issus de famille nombreuse à savoir famille nucléaire composée et famille élargie. Le constat qui est fait ici souligne encore plus la notion “*du vivre ensemble*” qui caractérise la société malinké globale.

L’organisation sociale de cette société repose sur la famille élargie, à tendance matrilineaire, mais devenue patrilineaire et la polygamie y est très développée. Et dans les microsociétés qui la composent, rurales puis urbaines, la famille malinké est

composée de plusieurs générations où on retrouve les grands-parents, les parents, enfants et petits-enfants.

### 2.3.2- Nombre de pièces pour le ménage

**Tableau 6** : Répartition des enquêtés selon le nombre de pièce pour le ménage.

Nombre de pièce \ Taille du ménage	2 à 3 Pièces		4 à 5 Pièces		6 à 7 Pièces		Plus de 7 pièces		Total	
	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)	VA	VR (%)
(01-10)	02	5,88	02	5,88	-	-	-	-	04	20,59
(11-21)	-	-	05	14,71	02	5,88	-	-	07	38,24
(22-32)	-	-	04	11,76	05	14,71	02	5,88	11	11,76
(33 et plus)	-	-	02	5,88	07	20,59	03	8,82	12	17,65
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>5,88</b>	<b>13</b>	<b>38,23</b>	<b>14</b>	<b>41,18</b>	<b>05</b>	<b>14,71</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Source : notre étude.

La lecture de ce tableau montre que la plupart (79,41%) des enquêtés (ceux de plus de 11 personnes dans les ménages) vivent dans des habitations de quatre (4) à sept (7) pièces. Et c'est seulement 14,71% d'entre eux qui sont dans des plus de sept (7) pièces. avec une prédominance de ménages qui enregistrent plus de 22 personnes. Nous avons également 14,71% de ces ménages de plus de 22 personnes qui sont dans des maisons de plus de sept (7) pièces. Cependant, il y a 5,88% de ceux de moins de 10 personnes dans des ménages qui sont dans les deux (2) à trois (3) pièces. L'on constate à travers ces chiffres que parmi ces enquêtés, nombreux sont ceux qui vivent dans des familles

nombreuses et dans des maisons plus ou moins petite par rapport à leur nombre.

Cette situation de promiscuité avec ce taux élevé de malinkés vivant de façon nombreuse dans des ménages s'explique par deux faits majeurs : le système culturel qui met un accent fondamental sur les liens de sang, les liens de parenté et le désir de solidarité et de soutien mutuel autour des membres d'une même famille.

Dans le premier cas, C'est la manifestation de la manière de pensée et d'agir de ces populations malinkés, la manière de percevoir l'environnement social qui les entoure. Ainsi, Nous pouvons le comprendre avec cet enquêté qui dit ceci : *“ j'ai une autre chambre de l'autre côté là-bas que j'ai mise en location. Y'a une jeune fille Agni dedans. Bon ça là, chez nous ça ne se fait pas. Ce n'est même pas bon pour l'image de la famille. Comment une jeune fille qui n'est pas mariée peut sortir de la famille pour prendre maison seule ... ”*.

Et dans le second cas, c'est le fait d'être sûr qu'il y'ait toujours quelqu'un pour se soutenir en cas de problème. Cela se perçoit mieux à travers leur manière de vivre. Les malinkés de par cette vie en communauté, approfondissent d'une manière ou d'une autre les liens de fraternité de sorte à se sentir concerné et à prendre soin les uns des autres. Nous en voulons pour preuve les dires de cet enquêté : *“ le premier fils de la famille reste là, il se marie et reste dans la cour pour prendre soin de ses parents car si tout le monde va loin, qui est derrière pour s'occuper des parents ? ”*. Ainsi, selon eux, la vie dans une famille nombreuse facilite la prise en charge des uns et des autres et participe à un certain équilibre au sein de ladite famille.

### 2.3.3- Nombre de toilette du ménage

**Tableau 7** : Répartition des enquêtés selon le nombre de toilette du ménage.

Nombre de toilette \ Taille du ménage	Pas de toilette		Une toilette		Deux toilettes		Plus de deux toilettes		Total	
	VA	VR (%)	VA	VR(%)	VA	VR(%)	VA	VR(%)	VA	VR (%)
(01-10)	03	8,82	01	2,94	-	-	-	-	04	20,59
(11-21)	04	11,76	02	5,88	01	2,94	-	-	07	38,24
(22-32)	04	11,76	04	11,76	02	5,88	01	2,94	11	11,76
(33 et plus)	04	11,76	03	8,82	04	11,76	01	2,94	12	17,65
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>44,12</b>	<b>10</b>	<b>29,42</b>	<b>07</b>	<b>20,58</b>	<b>02</b>	<b>5,88</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Source** : notre étude.

Dans ce tableau, 44,12% des enquêtés sont dans des habitations qui ne possèdent pas de toilette propre à leur ménage. Ceux qui ont une toilette propre au ménage représentent 29,42% de ces enquêtés. 20,58% sont dans des maisons avec deux toilettes maximums. Et seulement 5,88% enquêtés vivent dans des ménages où il y'a plus de deux toilettes propres à leur utilisation. Il ressort donc de ces faits que plus de la moitié de ces enquêtés ne disposent pas d'un accès à des installations sanitaires gérées en toute sécurité d'autant plus que là où il y a une ou deux toilettes, on a affaire à des familles de plus de vingt (20) personnes.

L'absence d'installations sanitaires dans ces ménages est due dans la majorité au fait que la plupart des malinkés habitent dans des cours dites communes où on y trouve plusieurs habitations pour différents ménages. Ces cours ont des toilettes qui sont

également communes à tous ces ménages qui y vivent. En effet, on trouve souvent des cours de quatre (4) ou cinq (5) portes donc quatre ou cinq ménages avec seulement deux douches et deux WC. Pour l'utilisation, les ménages sont donc obligés de se les partager quotidiennement. Voici en guise d'illustration quelques propos des enquêtés : “ ...*les douches et les WC sont la-bas là et c'est nous tous on utilise...* ”. “ *Dans le cours là, chacun est chez lui, chacun a sa porte. Seulement les douches et les cabinets sont dehors à coté vers l'entrée là-bas mais...* ”.

On a également des familles qui sont dans des habitations normale où elles sont seules dans leur cours avec leurs propres installations sanitaires. Mais là encore c'est une situation où la seule toilette est utilisée par des dizaines de personnes qui y vivent et même très souvent ouverte aussi aux voisinages. Un enquêté le confirme ici : “ *il y'a la douche et WC des parents dans la maison. Maintenant y'a cette douche et WC pour nous les enfants, les oncles, enfin tout le monde quoi... (.....) oui, c'est un voisin, il habite juste derrière la maison et c'est ici qu'il se lave, qu'il fait tous ses petits besoins quoi...* ”.

Ce sont donc des pratiques qui conditionnent la prolifération des bactéries et même le maintien et l'aggravation en termes de mutation de la maladie dans son environnement de vie en cas de présence de patient tuberculeux.

## 2. Discussion

L'objectif de cette étude est de voir s'il existe un lien entre les conditions de vie des malinkés et la survivance de la tuberculose dans leur environnement de vie. A cet effet, cette réflexion a permis de dégager des résultats.

De façon générale, ils permettent de comprendre que les caractéristiques sociodémographiques sont fondamentales dans la démultiplication de la tuberculose. En effet, Meichenbaum et Turk (1987) dans leur étude, résumant que les caractéristiques

sociodémographiques du patient telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, etc., sont des prédicteurs du niveau d'observance thérapeutique. Ainsi, ces résultats portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'origine ethnolinguistique et la taille du ménage des TB-MR malinkés sont déterminant dans l'explication de leur comportement de non-observance thérapeutique.

Selon notre étude, la grande majorité des malinkés qu'on retrouve dans la catégorie des TB-MR sont issus des groupes ethnolinguistiques Odiennéka, Mahouka et Koyaka. La supériorité numérique de ces malinkés dans la catégorie des TB-MR s'explique par le fait que ces peuples ethnolinguistiques développent les habitudes en termes de mode de vie, d'activités économiques, de loisirs et de systèmes religieux. L'idée des pesanteurs socioculturelles en termes de partage des habitudes de vie et d'uniformisation des modes de penser et des manières de faire est soutenue par plusieurs auteurs, notamment Doris Bonnet (2005) dans “ *Santé et migration : à propos d'une “ maladie des origines ” ethnicité, catégorisation et identités en santé.* ” qui a menée enquête à l'hôpital Necker-Enfants malades et au domicile des malades. Une réflexion qui portait sur les constructions d'appartenance, les catégorisations identitaires ou les processus d'“ étiquetage ” dont les drépanocytaires sont les victimes, les supports ou les acteurs, puisque cette maladie pose la question des origines (des races, des cultures, du métissage, de la maladie, etc.), et ce d'autant que le discours médical de la prévention interroge sur le mélange des sangs et des alliances. Pour Doris Bonnet, si aux Etats-Unis, l'étude de la drépanocytose témoigne d'une racialisation de la pathologie par le milieu médical, elle révèle, en France, le statut social de l'immigré, souvent placé dans une situation de non-retour avec le pays d'origine pour que ses enfants bénéficient de soins de qualité et d'une bonne protection sociale, avec, pour corollaire, la nécessité de créer un nouveau “ chez soi ”, Mais elle dévoile

aussi une approche éminemment culturaliste des populations immigrées africaines de la part du milieu médico-social, à la recherche de marqueurs identitaires qui forgent une représentation “ ethniciante ” du malade, probablement sous l'influence d'une incompréhension à expliquer l'inobservance thérapeutique et d'un discours politique d'identification des populations en termes raciaux.

La drépanocytose qui est déjà au cœur d'une problématique des origines, par son caractère héréditaire, s'est progressivement révélée être, au cours de ces enquêtes, une maladie des origines non seulement d'un point de vue méthodologique pour l'ethnologue - notions de population, de groupe d'origine, de culture d'origine, etc.-, mais aussi d'un point de vue identitaire pour les malades - identité d'immigré, identité de malade dans le cadre de l'obtention d'un visa, etc. -, et même d'un point de vue scientifique pour les généticiens - notion de souche originale, d'isolat géographique, d'unité biologique homogène, référence à un modèle d'homínisation naturaliste, etc.

L'appartenance ethnique, dans son étude, est définie en fonction de la langue maternelle de la personne interrogée. Le regroupement des individus s'y effectue donc sur un critère linguistique. A priori, ce critère apparaît objectif. L'auteure semble, dans un second temps, avoir regroupé plusieurs langues maternelles sous forme d'aires culturelles - on parle, par exemple, des ethnies de langue Kwa, regroupant les Agni, les Baoulé et les Ashantis. L'approche ethnique est donc tout à fait relative et dépend de la représentation des marqueurs identitaires que chacun utilise.

D'autres auteurs ont bien montré que cette "mise en ethnicité" correspondait souvent à une structuration de l'espace africain du colonisateur (M'Bokolo, 1998) ; l'ethnie étant devenue, au fil de l'histoire, “ une communauté imaginaire de sang ou de race ”. Le statut socio-économique de l'individu, son modèle matrimonial, ses croyances et ses pratiques religieuses, son

environnement écologique et sanitaire ne sont-ils pas plus déterminants que l'ethnie dans l'étude des déterminants de ses comportements de santé ?

Pour ces auteurs, il ne s'agit pas de bannir, pour autant, l'utilisation de tout ethnonyme, ceux qui en feraient cette déduction n'auraient pas compris le sens fondamental de la critique de l'anthropologie. Il s'agit surtout d'être conscient de l'usage social voire politique, et donc variable, de ce terme. Hors contexte, un tel item nécessite, pour le moins, d'être utilisé avec précaution, surtout quand il s'agit de le croiser statistiquement avec d'autres variables, comme le statut socio-économique, le statut d'emploi, le niveau d'emploi, etc.

Pour Bonnet Doris (2005), la tentation de considérer la culture d'origine du patient comme étant la cause de nombreuses incompréhensions se rencontre par exemple dans le cas de l'observance thérapeutique. Plus *que* le *niveau* d'études, le milieu socio-économique, le lieu de socialisation dans l'enfance, le type ou le statut d'emploi, la culture d'origine est volontiers considérée comme étant la cause d'une incompréhension des protocoles thérapeutiques, de l'organisation du système de soin français, d'une perception différente du risque et de l'efficacité du médicament, et d'une manière générale, d'une faible adhésion des malades aux soins médicaux “ occidentaux ”.

Une telle chaîne de causalité arbitraire fait valoir une représentation de l'observance selon une logique d'exclusion (modèle du "oui-non") qui, d'une part, ne correspond pas à sa réalité multidimensionnelle quelle que soit d'ailleurs la culture du malade - et, d'autre part, encourage ce que les psychologues sociaux appellent “ l'erreur fondamentale ”, “ celle qui consiste à attribuer à la personnalité ou à certaines caractéristiques de l'individu la cause ou la responsabilité de ses actes sans tenir compte du contexte ” (Morin M, 2001).

Une étude menée au Sénégal (Desclaux A, 2001) rejoint les conclusions de recherches menées en Île-de-France en montrant

que les ruptures d'observance se réfèrent plutôt aux problèmes d'intégration des malades dans leur milieu, à la difficulté qu'ils rencontrent dans “ la gestion de leur espace privé ” et à des conflits d'intérêts ou de logiques dans l'adhésion au traitement, par exemple, le désir d'une grossesse peut conduire une femme séropositive à interrompre son traitement. Une étude anthropologique sur l'observance des populations immigrées devrait s'effectuer aussi à partir de l'étude de ces conflits au sein de l'espace privé des familles, car le médecin n'est pas toujours à même de mesurer les enjeux familiaux et sociaux, d'autant que certains malades se taisent devant les médecins ou espacent les visites lorsqu'ils sont dans une rupture d'observance.

## **Conclusion**

Cette étude a porté sur les facteurs explicatifs de la démultiplication de la tuberculose multi-résistante et la prédominance des malinkés dans la catégorie des TB-MR en Côte d'Ivoire. L'objectif était de montrer comment des facteurs expliquent la persistance de la tuberculose au sein de la population Malinké. En s'appuyant sur les données du terrain, cette étude est arrivée à démontrer que des prédispositions issues de la culture manding telles que le construit social du statut de femme, le vivre ensemble qui crée à certains égard la vie en promiscuité et l'absence d'installations sanitaires sécurisés dans les habitations, augmentent considérablement les risques de contamination surtout lorsqu'on a dans son environnement proche une personne atteinte de la tuberculose. Elles sont donc des portes d'entrée si l'on veut appréhender les raisons de la démultiplication de la tuberculose au sein de la communauté Malinké. Ce sont des éléments importants dans la mesure où cela permet de faire une typologie de cette population et favorise développement de dispositions pratiques dans leur prise en charge médicale. Ainsi, la connaissance du patient TB-MR

malinké est une condition essentielle pour améliorer son observance au traitement.

### Références bibliographiques

- Ahuja SD., Ashkin D., Avendano M. (2012). *Multidrug resistant pulmonary tuberculosis treatment regimens and patient outcomes: an individual patient data meta-analysis of 9,153 patients*: PLoS Med
- Akrich M., Callon M., Latour B. *et al.* (2006). *Sociologie de la traduction* : Textes fondateurs, Paris, Presses des Mines Paris.
- Alvin P. (1997). *La non-compliance thérapeutique : une vérité pénible à dire ou difficile à entendre ?* Arch Pédiatr : 4 : 395-397
- Alvin P. (2000). *L'adolescent et l'observance au traitement* J Pédiatr Puériculture. 13 (4) : 225-9
- Alvin P., Rey C., Frappier JY. (1995). *Compliance thérapeutique chez l'adolescent malade chronique*. Arch Pédiatr. 2 : 874-882
- Barben J., Bodmer T. (2012). *Manuel de la tuberculose. Ligue pulmonaire suisse*
- Barnett C., Cloke P., Clarke N. *et al.* (2010). *Globalizing responsibility: The political rationalities of ethical consumption*, Hoboken, Wiley-Blackwell.
- Boehme CC., Nabeta P., Hillemann D. (2010). *Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance*: N Engl J Med
- Callon M., Latour B. (1985). *Les Scientifiques et leurs alliés* : Paris, Pandore.
- Conde MB., Efron A., Loredó C. *et al.* (2009). *Moxifloxacin versus ethambutol in the initial treatment of tuberculosis: a double-blind, randomised, controlled phase II trial*: Apr 4;373(9670):1183-9.

- Diacon HA., Pym A., Grobusch MP. (2014). *Multidrug-resistant tuberculosis and culture conversion with bedaquiline* : N Engl J Med
- Evans D. (2011). *Beyond the throwaway society: Ordinary domestic practice and a sociological approach to household food waste*’: *Sociology*, vol. 46, n° 1, pp. 41-56.
- Faustini A., Hall AJ., Perucci CA. (2006). *Risk factors for multidrug resistant tuberculosis in Europe: A systematic review*. Thorax
- Feldman M.-S., Orlikowski W.-J. (2011). *Theorizing practice and practicing theory: Organization Science*, vol. 22, n° 5, pp. 1240-1253.
- Getahun H., Matteelli A., Chaisson RE. *et al.* (2015). *Latent Mycobacterium tuberculosis infection*: N Engl J Med. 372: 2127–2135.
- Hassmiller M. (2006). *The association between smoking and tuberculosis: Salud Publica Mex.* 48(Suppl 1): S201–16.
- Hassmiller M. (2006). *The association between smoking and tuberculosis: Salud Publica Mex.* 48(Suppl 1). S201–1.
- Halbwachs M. (1913). *La Classe ouvrière et les niveaux de vie. Recherches sur la hiérarchie des besoins dans les sociétés industrielles contemporaines* : Paris, Alcan.