



Gestion du non-isolement des malades de la tuberculose et ses risques communautaires dans le département de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Management of Non-Isolation of the Patients of Tuberculosis and its Community Risks in the Department of Bouake (Ivory Coast)

**Mel Fernand Lath
Gnenegnimin Soro**

Article history:

Submitted: February 15, 2025

Revised: March 15, 2025

Accepted: April 3, 2025

Keywords:

Management of non-isolation, tuberculosis, community risks, Bouake

Mots clés :

Gestion du non-isolement, tuberculose, risques communautaires, Bouaké

Abstract

Tuberculosis management remains a major challenge in Côte d'Ivoire, with significant implications for public health. The objective of this study is to understand the reasons for the non-isolation of tuberculosis patients, as well as to analyze the associated risks for the community in the Bouake department. To achieve this, the study relied on techniques (direct observation, participant observation, document review, focus group, and semi-structured interview) and tools (interview guide and field diary) for qualitative data collection. It also mobilized theories of social representations and social behavior change to deepen the analyses. The results of this research have shown, on the one hand, that the lack of infrastructure, insufficient awareness, priority to care, surveillance and monitoring constitute obstacles to management. On the other hand, it showed that the spread of the disease, the increase in cases requiring treatment, the living conditions of populations, accessibility to care as well as stigmatization and social exclusion are all risks for communities. This requires a holistic approach with innovative approaches in order to contribute to better public health.

Résumé

La gestion de la tuberculose demeure un enjeu majeur en Côte d'Ivoire, avec des implications significatives pour la santé publique. L'objectif de cette étude est de comprendre les raisons expliquant le non-isolement des malades de la tuberculose, ainsi que d'analyser les risques associés pour la communauté dans le département de Bouaké. Pour y parvenir, l'étude s'est appuyée sur les techniques (l'observation directe, l'observation participante, la revue documentaire, le focus group, et l'entretien semi-directif) et les outils (le guide d'entretien et le journal de terrain) de collecte de données qualitatives. Elle a aussi, mobilisé les théories des représentations sociales et du changement de comportement social afin d'approfondir les analyses. Les résultats de cette recherche ont d'une part, montré que, le manque d'infrastructures, la sensibilisation insuffisante, la priorité aux soins, la surveillance et le suivi constituent des obstacles à la prise en charge. D'autre part, elle a montré que, la propagation de la maladie, l'augmentation des cas aux traitements, les conditions de vie des populations, l'accessibilité aux soins ainsi que la stigmatisation et l'exclusion sociale sont autant de risques pour les communautés. Ce qui nécessite une approche holistique avec des approches innovantes afin de contribuer à une meilleure santé publique.

Uirtus © 2025

This is an open access article under CC BY 4.0 license

Corresponding author:

Mel Fernand Lath,

Université Alassane Ouattara Bouaké (Côte d'Ivoire)

E-mail: lathfernand@gmail.com

Introduction

La gestion de la tuberculose constitue un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement. En effet, plusieurs facteurs expliquent l'insuffisance de son contrôle. Il s'agit de la mauvaise application du traitement court directement observé (TDO) et l'insuffisance du plateau technique (Ahui et al. 319). La progression de l'infection à VIH, insuffisance des objets de soins médicaux (matériels adéquats), financière et en ressources humaines (Smaoui et al. 241). Aussi, le niveau socio-culturel fondé sur les croyances et les traditions grèvent lourdement l'adhésion des patients tuberculeux aux traitements proposés (Toung et al. 34). Cependant, des travaux de recherche (Mjid et al. 72), montrent que, l'émergence de la tuberculose multirésistante (MR) et ultrarésistante (XR), menace de compromettre les avancées des progrès réalisés au cours de la dernière décennie, dans la lutte contre la tuberculose. Ce qui a permis à l'OMS d'estimer à environ un demi-million de nouveaux cas de tuberculose résistantes à la rifampicine et 78% de cas de tuberculose multi-résistantes en 2018 dans le monde.

En Côte d'Ivoire, la gestion de la tuberculose demeure un poids qui pèse sur les décideurs. Selon le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLP), la Côte d'Ivoire a enregistré plus de 21 676 cas de tuberculose en 2016. Cette importance épidémiologique de la maladie a suscité la création de 140 centres de diagnostic et de traitement (CDT). Parmi ceux-ci, figurent 16 centres antituberculeux (CAT) avec 1 642 personnels de santé formés pour l'identification des cas suspects et le suivi des patients sous traitement.

Malgré ce dispositif important dans la lutte, un tiers des cas de tuberculose ne sont toujours pas diagnostiqués ou déclarés selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Malheureusement, le département de Bouaké, localité située au centre de la Côte d'Ivoire, n'est pas épargnée de cette situation sanitaire due à la tuberculose. En 2018, la zone de coordination (CAT) dudit département a estimé plus de 1038 cas de tuberculose toutes formes confondues.

Toutefois, peu d'études ont été menées dans cette localité afin de comprendre les raisons expliquant le non-isolement des malades de la

tuberculose, ainsi que d'analyser les risques associés pour la communauté dans le département de Bouaké. Ce qui justifie le choix de ce département de Bouaké comme champ sociologique. Cette situation d'inconfort a permis de mettre en relief deux constats majeurs :

- Non-isolement des malades de la tuberculose. En effet, la phase exploratoire nous a permis de constater que dans les CAT et CDT que, les personnes atteintes de la tuberculose ne sont pas mises en isolement.
- Des risques communautaires associés à la gestion du non-isolement des malades de la tuberculose. En clair, les malades non-isolés de la tuberculose constitue une source de risques pour la communauté.

De ces constats découle la question principale suivante :

- Comment peut-on expliquer l'augmentation irréversible des cas de tuberculose dans le département de Bouaké malgré les actions de lutte ?

À cette question principale sont rattachées les questions spécifiques suivantes :

- Pourquoi les malades de la tuberculose ne sont-ils pas isolés lors de la prise en charge ?
- Quels sont les risques auxquels la communauté est-elle exposée ?

À ces deux questions spécifiques sont rattachées les hypothèses spécifiques suivantes :

- La gestion du non-isolement des malades de la tuberculose s'explique par un ensemble de facteurs systémiques, économiques, sociaux, culturels, religieux et politiques.
- Les risques auxquels la communauté est exposée sont de divers ordre : contagion, augmentation des cas, rechute, résistance aux traitements, etc.

L'objectif de cette étude est de comprendre les raisons expliquant le non-isolement des malades de la tuberculose, ainsi que d'analyser les risques associés pour la communauté dans le département de Bouaké. Elle soutient la thèse selon laquelle la gestion du non-isolement de la tuberculose constitue une méconnaissance essentielle favorable à la réémergence de la maladie. Toutefois, une démarche méthodologique s'impose.

1. Méthodologie

1.1. Site de l'étude

Cette recherche s'est déroulée dans le département de Bouaké, au centre de la Côte d'Ivoire. Ce département comprend trois (3) Sous-préfectures que sont :

- i- La Sous-préfecture de Bouaké, peuplée par les « Foufouè » ;
- ii- La Sous-préfecture de Brobo, peuplée par ; « Ahari » ou « Ahli » ;
- iii- La Sous-préfecture de Djebonoua, peuplée par les « Sah »

Ces trois (3) tribus constituent des sous-groupes du grand groupe Baoulé.

Avec une superficie de 4803 km², le département de Bouaké compte, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2021, 832 371 habitants. La recherche a pris en compte les milieux urbain (Bouaké, Brobo et Djebonoua), périurbain (Tollatanoukro, Tollakouadiokro, Diezoukouamekro et Broukro), et rural (Lengbré, Kanoua, Takikro, Mamini et Ayabo). Les populations visitées étaient composées des peuples autochtone (Baoulé), allochtone (Senoufo, Malinké, Koyaka) et allogène (non nationaux). Le choix de ces sites s'explique par la forte endémicité de la tuberculose notifiée dans les registres du CAT et de CDT dudit département.

1.1.1. Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Les cadres techniques des directions sectorielles du Ministère de la santé, car ce sont eux qui élaborent les politiques ;
- Les leaders religieux modernes (églises chrétiennes et l'islam) ;
- Les autorités locales ;
- Les caractéristiques sociodémographiques ;
- Les personnes ayant déjà entendu parler de tuberculose et acceptant librement de répondre aux questions ;
- Le niveau d'instruction ; le statut social et sérologique ;
- La relation de parenté avec le malade, le corps médical et l'entourage ;
- Les inégalités territoriales et sociales ; le taux de pauvreté élevé ;
- L'incidence et la prévalence de la tuberculose ;
- Les conditions de vie des populations, lieu d'habitation ;
- L'appartenance ethnique et religieuse ;

- L'expérience du malade en tant qu'acteur principal de la tuberculose ;
- Les sources d'information sur la tuberculose (cf., registre de déclaration des cas de tuberculose).

Toutefois, certains critères n'ont pas été pris en compte.

1.2. Collecte et analyse des données

1.2.1. Collecte des données

Cette recherche s'inscrit dans une approche qualitative. Les techniques de collecte de données utilisées sont : l'observation directe, l'observation participante, la revue documentaire, le focus group. Le guide d'entretien, le magnétophone portable et le journal de terrain ont été mobilisés comme outils de collecte des données. Dans cette approche, les informateurs ont été choisis de manière raisonnée. En réalité, nous n'avons pas interrogé tous les acteurs. Mais plutôt des personnes ressources, susceptibles de nous fournir des informations sur la tuberculose. Toutefois, nous avons mis fin aux entretiens lorsque les mêmes informations collectées revenaient. Ce qui indique les informations collectées ont atteint leur saturation.

Ont été retenus pour cette recherche :

- les prestataires de soins, pour analyser la prise en charge thérapeutique des tuberculeux ;
- les agents de santé communautaire (ASC), pour comprendre leur rôle et leur influence au sein de la communauté ;
- les cadres techniques des directions sectorielles du Ministère de la Santé, car ce sont eux qui élaborent les politiques de lutte contre la tuberculose. Aussi, ils représentent la médecine moderne. Ils ont le meilleur profil à nous éclairer sur les comportements à risque ;
- les leaders religieux modernes (églises chrétiennes et islam), car ils disposent de centres thérapeutiques pour divers types de malades ;
- les autorités administratives et villageoises, pour analyser les perceptions sur la tuberculose. Parce que l'ensemble des sites ciblés ont notifié des cas de tuberculose ;
- les tradithérapeutes, à cause de leur influence sur l'itinéraire thérapeutique des malades.

En somme, nous notons 24 entretiens réalisés dont 20 entretiens semi-

directifs et 4 focus group de 8 personnes. Avec un effectif de 54 informateurs comme participants à cette recherche. Nous pouvons les répartir comme suit :

Informateurs	Nombre
Prestataires de soins	15
ASC	5
Cadres techniques	6
Autorités administratives	6
Leaders religieux	10
Notabilités villageoises	6
Tradithérapeutes	6
Total	54

1.2.2. Analyse des données

Dans cette approche qualitative, l'analyse thématique a été menée de façon manuelle, à l'aide du logiciel Word. L'analyse a pris en compte l'enregistrements des entretiens (individuels et focus group) réalisés. Relativement aux règles d'éthique et de la déontologie de recherche en sciences sociales, nous avons codifié tous les enregistrements des différents entretiens. Aussi, nous avons affecté des prénoms fictifs à tous les participants afin de donner un caractère anonyme au document. Nous n'avons pas également mentionné leurs numéros de téléphone dans le corps du document. Tous les numéros et les noms des répondants sont gardés confidentiels. À la suite de l'anonymat des différentes données brutes, nous avons procédé aux retranscriptions des entretiens enregistrés. Par la suite, nous avons saisi toutes les prises de notes des entretiens non enregistrés. L'ensemble des entretiens retranscrits et les prises de notes ont été corrigés avant que nous passions à la phase de la tri-thématique. Ces données sont triées et rangées en fonction des différentes thématiques abordées dans cette recherche.

Cependant, les théories des représentations sociales et le changement de comportement social ont été convoquées dans l'analyse des données. La théorie des représentations sociales nous a permis de comprendre les logiques

qui sous-tendent la gestion du non-isolement des malades de la tuberculose. Quant à la théorie du changement de comportement social, elle a permis de mettre en exergue des stratégies de communication pour le changement de comportement.

1.2.3. Considération éthique de la recherche

Toute étude socio-anthropologique fait toujours appel à des questions éthiques et à la déontologie de recherche en sciences sociale. De ce fait, l'anthropologie et la sociologie ont respectivement pour objet d'étude l'homme et les faits sociaux. Cependant, la société est régie par des normes, des valeurs sociales et des croyances qui doivent être respectées dans toute leur intégralité. Il a été question pour nous, de prendre en compte les normes et les principes d'éthique. Tout d'abord, nous avons adressé un courrier de demande d'autorisation de recherche. Ensuite, nous avons à nouveau adressé des courriers à messieurs les chefs des villages ou de Canton de : Lengbre; Kanouan; Tollatanoukro; Ayabo; Takikro; Mamini; Tollakouadiokro ; Broukro et Diezoukouamekro. Enfin, nous avons procédé au recueil de consentements libres et éclairés auprès de chaque informateur avant tout entretien. Néanmoins, cette recherche a présenté les résultats du terrain.

2. Résultats

Les résultats se déclinent en deux chapitres. Le premier chapitre est intitulé « Gestion du non-isolement des malades de la tuberculose ». Quant au deuxième chapitre, il est intitulé comme suit : « Risques communautaires associés ».

2.1. Gestion du non-isolement des malades de la tuberculose

Ce chapitre vise à comprendre les raisons qui expliquent la gestion du non-isolement des malades de la tuberculose dans le département de Bouaké en Côte d'Ivoire. En clair, nos résultats de recherche nous ont permis d'avancer que certaines maladies comme la tuberculose demeurent une maladie contagieuse et mortelle. Ce qui nécessite une prise en charge obligatoire en isolant les malades. Ce qui pourrait limiter la contagion. En effet, l'isolement consiste à séparer les malades de ceux qui sont en bonne santé. Autrement dit, isoler les malades n'est pas un emprisonnement ferme

mais plutôt un ensemble de pratiques médicales visant à minimiser le risque de contamination de l'entourage. Cette pratique ne doit pas être faite sous la contrainte. Mais toujours d'un commun accord entre le soigné (malade) et le soignant (praticien).

En revanche, dans le cadre de cette recherche, un dossier est ouvert pour le malade, à la suite des examens cliniques ou de laboratoire. Ces examens confirment le statut sérologique de l'individu positif à la tuberculose. Dès cet instant, le processus de la prise en charge débute au CAT et se poursuit à la maison. En d'autres termes, le malade regagne son domicile pour poursuivre le traitement. D'un côté, les malades des zones rurales regagnent leur domicile avec les médicaments anti-tuberculeux de premier niveau. Et sont priés de revenir au CAT une fois les médicaments sont à terme ou épuisés. De l'autre côté, les malades qui résident dans la commune de Bouaké sont priés de se rendre au CAT tous les matins des jours ouvrables pour leur prise en charge.

Cependant, pourquoi les malades de la tuberculose poursuivent-ils le processus de prise en charge à domicile ? La réponse à cette question, en appelle à une combinaison de plusieurs facteurs combinés :

2.1.1. Les ressources limitées

La gestion de la tuberculose reste un défi majeur de santé publique. Cependant, les contraintes liées aux infrastructures de soins, aux financements et aux capacités humaines entravent souvent la mise en place effective de cette stratégie. Ici, l'objectif consiste à explorer comment ces ressources limitées affectent la gestion de la tuberculose.

Parlant de la gestion de la tuberculose, la Côte d'Ivoire connaît des avancées spectaculaires durant ces vingt dernières années. Toutefois, les résultats de terrain ont révélé que, malgré, ces avancées extraordinaires, certaines contraintes rendent difficile cette gestion. En réalité, les CDT reçoivent de nombreux malades. Or, les centres d'accueil et de traitement demeurent insuffisants. Sur cette question, des entretiens ont été réalisés. Les propos de cet informateur illustrent bien cette idée développée plus haut :

On n'a pas assez de matériels pour travailler. Comme vous pouvez le constatez, cela fait quand même un bon nombre d'année que je

travaille dans ce centre. Aujourd'hui, j'ai plus de 50 ans. Je connais parfaitement le fonctionnement de ce service. On a combien d'appareils ici pour travailler ? Tous les jours, on arrive à accueillir des nouveaux malades ici. Je ne sais pas si on fait le point de ce qui manque à mon avis. Même nous qui sommes ici, on a quel outil de travail. On a que notre cahier de registre, notre stylo et puis c'est tout. Nous qui sommes en contact avec les malades, on a quelle protection ? Tôt ou tard, un jour on peut contracter la tuberculose. Mais en attendant, qu'est-ce qu'on fait ? Donc voilà à peu près, comment on travaille ici dans ce centre. (D.K., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr. 2023)

Ce verbatim montre véritablement qu'il y a une insuffisance des ressources (matérielles, humaines et financières) pour la bonne gestion de la tuberculose. Cela rend encore plus difficile la prise en charge des malades.

2.1.2. Manque de sensibilisation

L'insuffisance de la communication autour de cette maladie limite l'accès à des informations essentielles. Ce qui entraîne une faible sensibilisation, un diagnostic tardif et une prise en charge souvent inadéquate. L'objectif de cette réflexion vise à mettre en place les enjeux de la communication sur la tuberculose. Promouvoir des approches adaptées pour sensibiliser les populations. Améliorer le dépistage et renforcer la prévention.

Lors de cette recherche, il a été constaté que des sensibilisations ont été faites. Cependant, cette sensibilisation demeure insuffisante. En réalité, cette sensibilisation ne touche le grand public. Aussi, cette sensibilisation a lieu que lors de la journée mondiale de la tuberculose. Tel est le cas de l'absence des panneaux publicitaires sur la tuberculose dans la commune de Bouaké. C'est dans ce même ordre d'idée que se justifient les propos ci-dessous :

Je ne sais pas si c'est par ignorance ou par négligence. Malgré tout ce qu'on dit, il y a toujours des problèmes. Comment comprendre qu'on est médecin, soit pharmacien, soit agent de santé ou toute autre personne faisant partie du corps médical. Et face à une personne qui présente une toux de plus d'une semaine, au lieu de le conseiller à se rendre dans un centre de santé le plus proche pour déjà penser à faire une analyse de crachat, certains de nos collaborateurs lorsqu'ils les reçoivent dans leurs locaux, préfèrent prescrire à ce dernier des

médicaments de toux à la suite d'une explication donnée par ce toussueur sans aucune analyse réalisée ou même recommandée. Et cela est constaté dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire. C'est pourquoi nous sommes en train de sillonner toutes les régions ivoiriennes qui abritent un CAT ou CDT pour une sensibilisation. (M.C., entretien individuel, CAT Bouaké, 16 mars 2023)

On note une sensibilisation des acteurs de lutte contre la tuberculose. Ce qui montre qu'il y'a des campagnes de sensibilisations sur la tuberculose et son impact social. Cependant, la communication pour le changement de comportement demeure insuffisante. Car tous les canaux de sensibilisations ne sont pas associés.

2.1.3. Priorité aux traitements

La priorité accordée aux traitements contre la tuberculose constitue une réponse stratégique. L'objectif de cette initiative est d'améliorer l'accès aux soins. De renforcer les systèmes de santé. De réduire significativement la morbidité et la mortalité associées à la tuberculose. Et d'envisager une santé durable et équitable.

Dans la priorité aux traitements, on note plusieurs efforts en termes d'actions menées. Ce qui explique les cas de guérison de la tuberculose. Toutefois, force est de constater que, le protocole thérapeutique n'est pas souvent respecté dans le processus de prise en charge. Sur cette question, voici les propos recueillis :

À ce niveau, je dirai qu'il faut permettre une formation du personnel soignant. Pourquoi je le dis. C'est très, très important parce que le personnel soignant se trouve parfois dans des difficultés assez complexes. Puisque le personnel soignant ne maîtrise pas trop son travail. C'est quand même un problème qui est inquiétant. Il ne sait même pas comment faire une consultation. Qu'est-ce qu'il faut utiliser comme matériel. Comment l'orienter. Quel est le circuit du malade. Comment faire la prise en charge. Il faut déjà songer à faire un renforcement de capacité de ces agents dans nos différents centres de santé. C'est vraiment très important de le faire pour qu'on sache que face à une personne qui tousse depuis plus d'une semaine, voici ce qui

conviendrait de faire. (D.L., entretien individuel, DRMSHPCU Bouaké, 15 fév. 2023)

Ce verbatim montre qu'il faut renforcer les acquis au niveau du personnel soignant. Seul, ce renforcement des capacités est susceptible de permettre une meilleure prise en charge des malades de la tuberculose.

2.1.4. Surveillance et suivi

La surveillance et le suivi autour de la tuberculose constituent des piliers essentiels dans la lutte contre cette maladie infectieuse. L'objectif principal de cette démarche est d'assurer une détection précoce des cas. Suivre l'évolution des patients sous traitement. Recueillir des données épidémiologiques pour orienter efficacement les stratégies de prévention et de contrôle. Grâce à ces efforts, il est possible de réduire la propagation de la tuberculose. Aussi, d'améliorer la qualité des soins et de sauver des vies.

À ce niveau de la surveillance et du suivi, on note un travail louable des agents de santé communautaire et du corps médical. Mais, quelques insuffisances sont à noter dans la prise en charge. En clair, certains malades échappent au contrôle des agents de santé communautaire. Ce qui rend difficile l'application stricte du protocole médical. À cet effet, un suivi rigoureux est nécessaire pour s'assurer que les patients respectent le protocole médical. Or, on enregistre des perdus de vue, des abandons au traitement, etc. en milieu hospitalier. Le témoignage ci-dessous nous en dit plus :

Je ne sais pas trop, mais c'est ce que les gens disent. Que si tu as cette maladie, tu ne dois pas manger certains aliments. Donc, comme on n'a pas fait aussi la maladie donc je ne sais pas si c'est vrai. Même ici dans ce village, il y a des gens qui disaient qu'il y a un monsieur qui a cette maladie mais apparemment il mange de tout. Il se balade dans tout le village sans toutefois penser à se soigner. Or, il sait très bien que la tuberculose est contagieuse. Mais ce n'est pas son problème. C'est ce qui se passe à l'heure actuelle où nous vous parlons. (Extrait d'un focus group, village de Lengbre, le 14 avr. 2023)

Il ressort de ce verbatim que, le suivi thérapeutique est une trajectoire importante dans le processus de réhabilitation des malades. Cela demande une surveillance contrôlée dans les milieux hospitaliers, communautaires, professionnels.

2.1.5. Contexte socio-économique

Les inégalités socio-économiques constituent un véritable problème de lutte contre la tuberculose. Bien vrai qu'il s'agit d'une maladie curable. Mais elle est souvent exacerbée par des conditions telles que la pauvreté, le manque d'accès aux soins, la malnutrition et l'insalubrité. Ces facteurs, combinés à une sensibilisation insuffisante, favorisent la propagation de la maladie. Ils retardent les diagnostics et les traitements. L'objectif de cette approche vise à souligner l'importance de comprendre et d'agir sur le contexte socio-économique. Cela permettra de mieux orienter les politiques et les interventions de santé publique pour réduire l'impact de cette maladie. Aussi, de cibler les populations vulnérables et améliorer l'accès aux services essentiels.

Les résultats de cette recherche ont montré que le contexte socio-économique des patients joue également un rôle important. En effet, les conditions de vie de certains malades ont une influence sur la prise en charge moderne. Des entretiens ont été réalisés dans ce contexte afin de comprendre les logiques sociales qui sous-tendent cette manière d'agir. Nous pouvons illustrer cette argumentation par ces propos recueillis :

La tuberculose demeure une maladie honteuse. C'est parce qu'on la trouve honteuse, qu'on tousse plus de deux semaines, mais on ne cherche pas à se rendre dans un centre de santé pour se faire diagnostiquer parce que la communauté dira que c'est la tuberculose. Parce qu'on sera stigmatisé, rejeté ou même exclu. La méconnaissance de cette maladie pousse les individus à ne pas fréquenter les centres de santé parce qu'aujourd'hui, les individus préfèrent même le VIH qui ne se guérit pas par rapport à la tuberculose. D'autres te diront qu'ils n'ont pas de moyens pour aller à l'hôpital. Donc la situation économique des populations joue beaucoup dans cette prise en charge, (T.B., entretien individuel, CAT Bouaké, 13 juil. 2020)

Dans ce même ordre d'idée, une autre ajoute ceci :

Tu sais mon frère, l'homme noir a toujours la peau dure. Nous ASC, on fait des sensibilisations, on passe dans les villages là où il y a déjà des malades qui sont pris en charge. Nous leur expliquons tout ce qui

est autour de cette maladie comme quoi c'est vrai. C'est une maladie qui est dangereuse et mortelle mais on guérit de cette maladie. Il y'a des gens comme vous qui ont été touchés par cette maladie, qui ont été diagnostiqués, et qui ont même été confirmés bactériologiquement porteur du BK. Mais ces individus ont été mis sous traitement. En suivant ce traitement, beaucoup ont été guéris. Mais ils ne croient pas en cela. Donc c'est difficile. (M.P., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr. 2023)

De ces verbatims, on note une influence du contexte socio-économique sur la prise en charge des malades. Cette influence prend en compte les conditions de vie des malades, et les pesanteurs culturelles. En revanche, la prise en charge du non isolement des malades de la tuberculose peut être perçue comme un risque de contamination dans la communauté.

2.2. Risques communautaires

Cette section vise à analyser les risques associés pour les communautés. En effet, la gestion du non-isolement des malades de la tuberculose constitue un risque pour les communautés. Ces risques associés peuvent être entre autres :

2.2.1. La propagation de la maladie

Malgré, les progrès réalisés en matière de santé publique et de médecine, la propagation de la tuberculose demeure un défi mondial. Cette introduction vise à souligner les mécanismes de transmission, les facteurs de risque et les efforts nécessaires pour contrôler l'épidémie. Son objectif est de sensibiliser le public à l'importance d'une prévention efficace. D'un dépistage précoce pour limiter sa propagation et protéger les communautés vulnérables.

La tuberculose se propage principalement par voie aérienne lorsque des personnes infectées toussent, éternuent ou parlent. Si les malades ne sont pas isolés, ils peuvent contaminer d'autres membres de la communauté. Ils peuvent ainsi augmenter le nombre de cas. Les propos de cet informateur nous en disent plus :

Quand on leur dit que la maladie que vous avez est grave mais elle se traite. Et que pour cela, vous ne devrez pas cracher n'importe comment. Mais il faut plutôt cracher dans une boîte pour ne pas

contaminer les autres. C'est vraiment difficile pour respecter cela. C'est là que certains ne vont plus se traiter convenablement. Ils abandonnent le traitement et vont se promener dans le village pour échanger avec les autres membres de la communauté. Or, cette manière de faire est sujet de contamination. (D.A., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr.2023)

De ce verbatim, il est à noter que, la propagation de la maladie est un élément amplificateur augmentant le nombre de cas de tuberculose. Ce qui engendre la prévalence de la maladie.

2.2.2. Augmentation des cas résistants aux traitements

L'augmentation des cas de tuberculose résistante aux traitements constitue une crise sanitaire mondiale majeure. Ce phénomène résulte de l'émergence et de la propagation de souches de *Mycobacterium tuberculosis*. Ces souches sont capables de résister aux antibiotiques de première et de deuxième intention. L'objectif de cette introduction est de mettre en lumière l'urgence d'agir face à cette problématique. Ce qui revient à explorer ses causes profondes, ses impacts et les stratégies nécessaires pour enrayer cette menace croissante.

Le terrain a révélé que, le non-respect dû au traitement, est capable d'entraîner d'autres formes de TB. En clair, ces formes de tuberculose peuvent être difficiles à traiter. Selon les propos de M.C., : « C'est une question assez complexe cette affaire de tuberculose. On ne peut pas vous dire exactement que voici les principales formes auxquelles vous êtes exposés. Parce que chaque forme peut développer d'autres formes graves du BK. Il peut avoir des formes résistantes, multirésistante, ultrarésistantes aux traitements » (M.C., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr. 2023). Cette analyse montre que la tuberculose est une maladie assez complexe. Qui nécessite une prise en charge assistée. Dans la mesure où elle peut développer d'autres formes. Ce qui signifie qu'un malade très mal suivi, représente une source de danger pour et pour son entourage.

2.2.3. Impact sur la santé publique

La tuberculose reste un enjeu majeur de santé publique. Car elle affecte

des millions de vies à travers le monde. Ce qui soulève des questions importantes concernant la prévention, le diagnostic et le traitement. L'objectif consiste à faire état des impacts directs et indirects de la tuberculose sur la santé publique. Tout en soulignant l'importance des stratégies d'intervention et des efforts de coordination. Ce qui aiderait à réduire sa prévalence et ses conséquences.

Cette question soulève une surcharge des systèmes de santé. Augmente les coûts de traitement et des efforts de contrôle. Les propos ci-dessous donnent plus de détails :

Quand on parle de suivi des malades de la tuberculose, ce n'est pas une mince affaire. D'ailleurs, on a déjà un nombre de malades à suivre. Or, les moyens d'accompagnements ne sont pas réunis. Je veux parler des moyens de déplacement (motos, etc.). Or, il faut parcourir des kilomètres pour s'assurer que le malade suit véritablement le protocole médical. Pour dire que le nombre qu'on a, est déjà fatigant et si d'autres devront s'ajouter, ça fait beaucoup. Donc, il est important qu'on nous aide dans ce sens. Sinon c'est la santé de tout le monde qui est mise en jeu. (M.P., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr. 2023)

2.2.4. Comorbidités

Les comorbidités, telles que le VIH, le diabète ou encore les maladies respiratoires chroniques, compliquent souvent la prise en charge des patients atteints de tuberculose. Ces interactions influencent non seulement l'évolution de la maladie, mais également l'efficacité des traitements et les stratégies de contrôle. Son objectif est de souligner l'importance d'une compréhension approfondie des comorbidités associées à la tuberculose. Développer des approches médicales intégrées et améliorer les résultats thérapeutiques pour les patients touchés.

Nos résultats de recherche révèlent que, les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'un système immunitaire affaibli (comme le VIH) sont les plus vulnérables. En effet, ils sont susceptibles de développer des formes graves de tuberculose. Citons pour s'en convaincre : les facteurs psychologiques et les troubles mentaux. Conséquence, cela peut affecter la capacité des malades à suivre leur traitement. Et à se conformer aux

recommandations d'isolement.

2.2.5. Stigmatisation et exclusion sociale

La stigmatisation et l'exclusion sociale liées à cette maladie constituent des obstacles majeurs pour les patients. Elles entravent leur accès aux soins et leur intégration dans la société. L'objectif est de mettre en exergue les défis sociaux afin de sensibiliser à la nécessité de lutter contre ces préjugés. Et de favoriser un environnement inclusif et solidaire pour ceux qui sont atteints de tuberculose.

Aujourd'hui encore, la stigmatisation et l'exclusion sociales sont d'actualité. Elles constituent des obstacles dans la prise en charge. Ce qui poussent certains à conserver leur statut sérologique. On note une perception négative des malades de la tuberculose. Les malades font face à des préjugés et à la stigmatisation. Ce qui peut les dissuader à se faire soigner. Aussi, la peur du rejet peut pousser les malades à s'isoler d'eux-mêmes. Ce qui complique leur accès aux soins et à un soutien social. Cette idée est renforcée dans ce verbatim ci-dessous :

Ce que nous avons remarqué aujourd'hui, c'est que la plupart des personnes affectées par la tuberculose que nous recevons ici, peuvent facilement accepter le VIH plutôt que le BK. Parce que cette maladie est honteuse. Imaginons un instant, une personne de haut niveau qui est bien connue dans sa communauté. Fréquenter un centre antituberculeux. Quel est le regard que la communauté aura de cette dernière ? le fait d'être mal vu, c'est-à-dire, d'être stigmatisé, pousse les gens à ne pas se trouver de centre de traitement. (M.P., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr. 2023)

Ce résultat montre que la stigmatisation est l'un des facteurs de persistance de la tuberculose dans la mesure où la honte pousse les malades à cacher leur statut sérologique. Ce qui est perçu comme un mal crucial pour la communauté.

2.2.6. Conséquences économiques

Les répercussions de la tuberculose ne se limitent pas seulement au domaine médical. Mais s'étendent aux sphères économiques. Perturbent les

moyens de subsistance des individus et les structures économiques des communautés touchées. Il s'agit de mettre en exergue, l'impact économique global de la tuberculose. En établissant un cadre clair pour explorer ses conséquences financières directes et indirectes.

Par exemple, les entreprises peuvent souffrir de l'absence de travailleurs malades. Les coûts liés aux soins de santé peuvent augmenter pour les individus et les systèmes de santé. En effet, des personnes présentant une forme grave de tuberculose connaissent un arrêt de fréquenter le milieu professionnel, éducatif, scolaire, universitaire, etc. De plus, une communauté touchée par la tuberculose peut voir sa réputation affectée. Ce qui peut distraire les investissements et le développement économique. Par contre, les malades de la tuberculose peuvent avoir perdu leur emploi ou leur source de revenus pendant leur traitement, ce qui complique leur retour à une vie stable. C'est ce qui est soutenu dans ce verbatim :

Souvent, il faut comprendre les gens lorsqu'ils se plaignent du fait que le traitement soit trop long. On sait que dans nos sociétés africaines, c'est l'homme qui tient sa famille. En effet, il doit aller chercher de quoi à nourrir sa famille pour sa survie. Pendant ce temps, il est contraint à le faire parce qu'il doit observer une certaine période dédiée à son traitement anti tuberculeux. Que fera sa famille sans lui ? Sa femme peut être enceinte, demandant des ressources pour les consultations prénatales. Les enfants peuvent tomber malades. Que feront -ils sans la présence du chef de la famille ? S'il se débrouillait dans une entreprise avec un patron compliqué, il peut perdre son emploi. Ce sont des réalités qu'il faut prendre en considération. Or, il faut bien manger pour prendre les médicaments. S'il ne mange pas bien aussi, son système immunitaire peut être affaibli. Du coup, il sera à nouveau exposé à d'autres pathologies. (M.C., entretien individuel, CAT Bouaké, 17 avr. 2023)

On retient de ce verbatim, que la tuberculose peut fragiliser l'économie d'une famille et d'une entreprise voire de l'État. Comme corollaire, on a le licenciement (cas des entreprises qui embauchent les travailleurs, cas des promotions ou de graduation, etc.).

2.2.7. Accès limité aux soins de santé

Comme barrières économiques, les coûts associés aux soins de santé peuvent être exorbitants pour certains malades. Les empêchent de chercher un traitement. Cela a pour résultat le manque d'information, une méconnaissance des symptômes et des traitements de la tuberculose.

2.2.8. Conditions de vie des populations

Les populations vivant dans des conditions socio-économiques précaires sont vulnérables. Comme objectif, explorer les conditions de vie des populations concernées par la tuberculose. La surpopulation dans les zones à forte densité de la tuberculose reste inquiétante. En réalité, le risque de transmission augmente. Car les malades peuvent vivre dans des conditions où l'espace est limité. Dans de telles conditions sanitaires, un manque d'accès à des installations adéquates peut encore favoriser la propagation de la maladie.

2.2.9. Éducation et sensibilisation

L'éducation et la sensibilisation jouent un rôle essentiel dans la lutte contre cette maladie. Cette initiative vise à informer les populations sur les modes de transmission, les signes et symptômes. Leur objectif est de réduire les préjugés et la stigmatisation associés à la tuberculose. Aussi, d'encourager des comportements préventifs et un accès renforcé aux soins pour tous.

Bien vrai qu'il y a des sensibilisations qui se font autour de la tuberculose et de son impact social. Cependant, une faible sensibilisation autour de la tuberculose peut conduire à des comportements à risque au sein de la communauté. De même, une éducation insuffisante due à l'absence d'éducation sur l'importance de l'isolement et du traitement, peut contribuer à la propagation de la maladie. Le terrain a révélé que certains canaux de communication ne sont pas associés lors des campagnes de sensibilisation. Exemple des radios de proximité, le forum communautaire, les réseaux sociaux.

2.2.10. Mobilité et migration

La thématique de la mobilité et de la migration en lien avec la tuberculose revêt une importance particulière. Les migrations humaines, qu'elles soient volontaires ou forcées, influencent la dynamique de

transmission de la tuberculose. Elles posent des défis majeurs en matière de prévention, de dépistage et de traitement. Ce qui revient à explorer ces interactions complexes. Examiner comment les flux migratoires impactent la gestion de la tuberculose. Identifier des solutions adaptées pour renforcer les systèmes de santé face à cette problématique.

Le déplacement fréquent des personnes, que ce soit pour le travail ou d'autres raisons, est souvent, source de propagation de la maladie. En réalité, les populations migrantes peuvent être particulièrement vulnérables en raison de l'accès limité aux soins de santé et de la stigmatisation. Tel a été le cas des malades non nationaux constatés dans les registres du CAT Bouaké. Toutefois, il convient de confronter les résultats avec d'autres travaux de recherche en lien avec notre thématique de recherche.

3. Discussion

Gestion du non-isolement et risques communautaires

Cette recherche a permis de mettre en évidence les risques communautaires associés à la gestion du non-isolement des malades de la tuberculose dans le département de Bouaké. Or, dans les approches innovantes, la prise en charge de la tuberculose pulmonaire inclue des mesures de précaution strictes, telles que l'isolement des patients dans des chambres ventilées et l'utilisation de masques FFP2 (Anna et al. 992). Dans son étude intitulée : « Activités de l'OMS dans la Région africaine 2016-2017 : Rapport biennal de la Directrice », dont l'objectif vise à améliorer la santé dans les pays africains, (OMS 92), indique que, la Guinée-Bissau faisait face à un grand nombre de difficultés dans la lutte contre la tuberculose multirésistante. Parmi ces difficultés figurent : l'insuffisance de la détection des cas, de faibles capacités de diagnostic, une collaboration insuffisante entre les programmes contre le VIH et ceux contre la tuberculose, le manque d'engagement de la communauté, le non-respect de la stratégie DOT, le nombre de cas perdus de vue, et l'absence du traitement de neuf mois.

Pour remédier à cette situation, le programme s'est lancé dans une analyse de la situation et a mis en œuvre un plan d'amélioration qui a été proposé au Comité feu vert. Ce programme comportait l'élaboration d'un plan stratégique et d'un guide de gestion des cas de tuberculose multirésistante à l'intention du personnel clinique, l'établissement d'un comité thérapeutique,

la réhabilitation du laboratoire national et l'acquisition de deux machines GeneXpert, la mise en place d'un système de transport des échantillons, l'identification d'un laboratoire supranational au Portugal, la définition du suivi des patients (c'est-à-dire, suivi centralisé la première année, puis soins ambulatoires), la formation du personnel clinique et des agents communautaires, et enfin la construction d'un service d'hospitalisation pour les patients atteints de cette maladie.

La Sierra Leone quant à elle, a mis en place un système de diagnostic et de traitement de la tuberculose multirésistante. Elle a adopté la machine GeneXpert pour diagnostiquer la tuberculose résistante aux médicaments antituberculeux en 2016 et le premier patient atteint de tuberculose multirésistante a commencé son traitement en avril 2017. Avant la mise en place de ce système, le pays a étudié le processus d'établissement d'un mode de traitement de la tuberculose multirésistante grâce à diverses activités, comme des débats et des missions dans les pays voisins, ainsi que la conception d'un cadre opérationnel. Ce travail a conféré au pays l'expérience nécessaire pour poursuivre l'expansion du diagnostic et du traitement de la maladie, en instituant notamment dix sites GeneXpert, en développant un système de transport des échantillons, en rénovant le laboratoire national pour lui accorder une capacité de conduite de tests de sensibilité aux médicaments, et enfin en adoptant le traitement court.

Le Sénégal et le Ghana, quant à eux, ont opté pour une chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS), dépistage de la tuberculose et de la malnutrition. Des programmes pilotes ont été menés en Guinée (un district, soit 150 000 enfants), au Sénégal (un district, 120 000 enfants) et au Ghana (11 districts, 230 000 enfants), s'appuyant sur la campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier pour mener un dépistage de la tuberculose et de la malnutrition chez les enfants de moins de 15 ans. Ce programme de recherche avait pour but d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité, l'efficacité et le coût de la mutualisation de ces services. La méthodologie faisait appel à l'engagement de personnel des programmes nationaux contre la tuberculose, le paludisme et la malnutrition à l'échelle nationale, régionale et à celle du district ; à la participation des directeurs des services de santé des districts ; et à la participation de l'UNICEF et d'autres acteurs locaux incontournables.

Elle reposait également sur la conception d'une stratégie de dépistage de la tuberculose et sur sa mise en œuvre (c'est-à-dire, par le porte à porte ou bien en des points fixes, avec une intégration complète au CPS ou bien en comptant sur du personnel spécialisé dans la tuberculose associée à l'équipe CPS et à la population visée).

Au Burkina Faso, un programme pilote de recherche active des sujets contacts de la tuberculose chez l'enfant a été exécuté. Cette approche reposait sur des visites à domicile par des agents communautaires dans une région déterminée. Les résultats étaient ensuite comparés à ceux d'une autre région utilisant la détection passive des cas et à la région initiale qui se fondait sur la détection passive avant l'intervention. Les résultats révèlent une amélioration de l'identification des sujets contacts grâce à l'approche active (rapport sujets contacts par cas de référence de 2,47) par opposition à l'approche passive (rapport de 0,72). De même, la couverture du dépistage a été étendue (99% des enfants dépistés grâce à la méthode active, contre 64% avec la méthode passive). Les deux approches ont conduit à démarrer de façon similaire un traitement préventif à l'isoniazide. Cette approche traduit également l'importance et l'efficacité du recours à des agents communautaires pour la recherche de sujets contacts et le suivi du traitement préventif à l'isoniazide. De même, le rôle joué par les centres de santé communautaires décentralisés dans l'évaluation des sujets contacts, le recueil des données et l'orientation des patients vers des centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose est primordial.

C'est le contraire au Kenya et en Tanzanie. Ces deux pays s'intéressent plutôt sur la qualité et l'efficacité des programmes (PQE) pour le dépistage dans les centres de santé. Comme mesures prises, les responsables des hôpitaux et les médecins de haut niveau ont été formés afin qu'ils puissent eux-mêmes former d'autres équipes au diagnostic de la tuberculose. Un clinicien référent sur la tuberculose qui ne participait pas au PNT a été désigné afin de maintenir cette maladie à l'ordre du jour des discussions et réunions régulières. Autre changement significatif, une note de service a été diffusée par le ministère de la Santé.

Elle préconise le dépistage et le diagnostic actifs de la tuberculose dans tous les services des hôpitaux, notamment auprès des patients hospitalisés, et dans toutes les cliniques spécialisées. Cela a été possible grâce à un processus

très méthodique : l'évaluation nationale destinée à définir les obstacles et les bonnes pratiques de détection de la maladie. Les visites mensuelles de mentorat organisées à la suite des formations initiales ont contribué à garantir un suivi rigoureux des protocoles de diagnostic, à recueillir des données et à affronter les difficultés posées au cours de ces échanges. Toutefois, certains hôpitaux pilotes n'ont pas connu d'améliorations en raison du manque de participation de la direction à la sensibilisation et à la formation ; le personnel ne faisait pas toujours évoluer ses pratiques et invoquait une surcharge de travail comme obstacle à l'exécution de responsabilités supplémentaires du programme sur la tuberculose.

En somme, la confrontation de nos résultats à celles des activités de l'OMS menées dans les régions africaines, montre clairement que, la gestion de la tuberculose doit se faire dans une approche holistique. Et est possible qu'en adoptant des approches plus spécifiques strictes et le suivi des contacts (Lepelletier 32). Cependant, le tableau de synthèse ci-dessous explicite des recommandations pour la politique publique et les actions prioritaires à entreprendre.

Tableau synthétique des principaux résultats et recommandations	
Chapitre i : Gestion du non-isolement des malades de la tuberculose	
Sous-chapitres	Recommandations en vue d'une meilleure prise en charge
Ressources limitées	-Prioriser l'utilisation des ressources disponibles pour les cas les plus critiques ; -Former le personnel de santé à optimiser les ressources existantes, comme les équipements de protection individuelle (EPI) et les médicaments ; -Collaborer avec des organisations non gouvernementales (ONG) pour obtenir des financements ou des dons.
	-Installer des centres mobiles de dépistage dans les zones reculées ;

Insuffisance de sensibilisation	-Organiser des ateliers éducatifs dans les zones rurales et urbaines pour informer sur les symptômes, les modes de transmission et les traitements disponibles. ; -Utiliser des médias locaux (radio, télévision, réseaux sociaux) pour diffuser des messages adaptés aux différentes cultures et langues.
Priorité aux traitements	-Assurer un accès gratuit ou subventionné aux traitements antituberculeux pour les patients ; -Mettre en place un système de suivi pour garantir que les patients terminent leur traitement ; -Encourager l'utilisation de la thérapie directement observée (DOT) pour améliorer l'adhésion au traitement.
Surveillance et suivi	-Créer une base de données centralisée pour suivre les cas de tuberculose et leurs contacts ; -Former le personnel de santé à la surveillance épidémiologique et à la gestion des cas ; -Effectuer des visites régulières à domicile pour s'assurer que les patients suivent les protocoles de traitement.
Contexte socio-économique	-Fournir un soutien social et économique aux patients, comme des bons alimentaires ou une aide au logement ; -Collaborer avec des programmes de développement communautaire pour améliorer les conditions de vie ; -Intégrer la lutte contre la tuberculose dans les politiques de santé publique pour réduire les inégalités.
Chapitre ii : Risques communautaires associés	
Sous-chapitres	Recommandations en vue d'une meilleure prise en charge

Propagation de la maladie	-Mettre en place des campagnes de dépistage actif dans les communautés à risque. -Renforcer les mesures d'hygiène et de ventilation dans les espaces publics et privés. -Fournir des masques et des équipements de protection aux malades et à leurs proches.
Augmentation des cas résistants aux traitements	-Assurer une prise en charge stricte et supervisée des traitements pour éviter les interruptions. -Introduire des tests de sensibilité aux médicaments pour adapter les traitements. -Former les professionnels de santé à la gestion des cas résistants.
Impact sur la santé publique	-Renforcer les systèmes de surveillance épidémiologique pour détecter rapidement les cas. -Allouer des ressources suffisantes pour la recherche et le développement de nouveaux traitements. -Intégrer la lutte contre la tuberculose dans les politiques de santé publique.
Comorbidités	-Identifier et traiter les maladies associées comme le VIH/SIDA ou le diabète ; -Promouvoir des programmes de nutrition pour renforcer l'immunité des patients ; -Offrir un suivi médical régulier pour les patients atteints de comorbidités.
Stigmatisation et exclusion sociale	-Sensibiliser les communautés pour réduire les préjugés liés à la tuberculose ; -Mettre en place des groupes de soutien pour les malades et leurs familles ; -Protéger les droits des patients contre toute forme de discrimination.

Conséquences économiques	-Offrir des aides financières ou des programmes de soutien aux familles touchées ; -Encourager les employeurs à maintenir les emplois des malades pendant leur traitement ; -Investir dans des programmes de réinsertion professionnelle.
Accès limité aux soins de santé	-Développer des cliniques mobiles pour atteindre les zones reculées ; -Réduire les coûts des traitements et des consultations ; -Former des agents de santé communautaires pour un accès localisé.
Conditions de vie des populations	-Améliorer les infrastructures de logement pour réduire la promiscuité ; -Fournir un accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquate ; -Promouvoir des politiques de développement communautaire.
Éducation et sensibilisation	-Organiser des campagnes d'information sur les modes de transmission et de prévention ; -Intégrer des modules sur la tuberculose dans les programmes scolaires ; -Utiliser les médias pour diffuser des messages de sensibilisation.
Mobilité et migration	-Mettre en place des contrôles sanitaires aux points de migration ; -Fournir des informations sur la tuberculose aux populations migrantes ; -Collaborer avec les pays voisins pour une gestion transfrontalière.

Conclusion

Cette recherche a été menée dans le département de Bouaké en Côte d'Ivoire. Elle est intitulée comme suit : « *Gestion du non-isolément des malades de*

la tuberculose et ses risques communautaires dans le département de Bouaké (côte d'ivoire). L'objectif de cette recherche vise à comprendre les raisons expliquant le non-isollement des malades de la tuberculose, ainsi que d'analyser les risques associés pour la communauté dans le département de Bouaké. Il est donc évident que le non-isollement des malades de la tuberculose soit une source de contagion pour la santé publique. À cause des ressources (matérielles, financières et humaines) limitées, le faible niveau de sensibilisation sur la tuberculose, les conditions de vie des populations, la résistance aux traitements, l'accessibilité aux soins dans les zones rurales, etc. Ce qui nécessite une approche plus globale en vue de permettre une meilleure prise en charge des malades.

Travaux Cités

- Ahui, Boniface Jean-Marie, et al. « Évaluation du traitement de la tuberculose multirésistante en Côte d'Ivoire de 2008 à 2010. » *Revue de Pneumologie Clinique*, vol. 69, 2013, pp. 315-319.
- Anna, Turkova, et al. "Shorter Treatment for Nonsevere Tuberculosis in African and Indian Children." *The New England Journal of Medicine*, vol. 386, no. 10, 2022, pp. 911-922.
- Lepelletier, Didier. *Bonnes pratiques en Hygiène : Isolement et obligations des soins*. Société française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) et Haut Conseil de la santé publique, 2020, 32 p. Disponible sur Infectiologie, <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2020/pnm/jni2020-atpar2-01-lepelletier.pdf>.
- Mjid, Mohamed, et al. « Épidémiologie de la tuberculose. » *Revue de Pneumologie Clinique*, vol. 71, 2015, pp. 67-72.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Rapport sur la tuberculose dans le monde. Résumé ; orientation, 2019. Health Sciences and Diseases*, vol. 22, no. 11, 2019, pp. 46-50. Consulté le 22 juin 2024, www.hsd-fmsb.org.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Activités de l'OMS dans la Région africaine 2016-2017 : Rapport biennal de la Directrice générale*. Consulté le 21 mars 2025, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260407/9789290312697-fre.pdf;sequence=1>.

- Programme National de Lutte Contre la Tuberculose (PNLT). *Rapport annuel d'activités du Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Côte d'Ivoire*. 2016.
- . *Rapport annuel d'activités du Centre Antituberculeux (CAT) de Korhogo, Côte d'Ivoire*. 2016.
- Smaoui Fourati, Samia, et al. « Tuberculose multirésistante : épidémiologie et facteurs de risque. » *Revue de Pneumologie Clinique*, vol. 71, 2015, pp. 233-241.
- Toung Mve, Michel, et al. « Les causes d'abandon et les motivations d'une reprise de traitement au Centre antituberculeux de Libreville (Gabon). » *Cahier Santé*, vol. 20, no. 1, 2010, pp. 31-34.
- Santé Publique France. « Maladies à déclaration obligatoire (CERFA). » *Santé Publique France*, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>. Consulté le 13 février 2024.

About the authors:

Mel Fernand Lath est un chercheur ivoirien né le 22 octobre 1993 à Vieux-Badien Dabou, en Côte d'Ivoire. Titulaire d'un doctorat en Socio-Anthropologie, il s'est spécialisé dans les Politiques publiques de développement socio-sanitaire. Il est affilié à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire. Ses recherches se concentrent principalement sur les perceptions, connaissances et pratiques des populations concernant des problématiques de santé publique, notamment en milieu rural. En janvier 2025, il a publié un article scientifique intitulé : « Connaissances et pratiques des populations sur la tuberculose dans le département de Bouaké (Côte d'Ivoire) » dans la *Revue Les Cahiers du Centre Africain de Recherche Scientifique, de Formation et d'Innovation (CARESFI)*, Volume 1, n°1, pp. 419-442. À travers ses travaux, Mel Fernand Lath contribue à l'analyse des politiques de santé publique en Côte d'Ivoire, en cherchant à comprendre comment les populations perçoivent et adoptent les stratégies de prévention et de traitement de maladies telles que la tuberculose.

Soro Gnenegnin est un chercheur ivoirien né le 27 novembre 1993 à Korhogo, en Côte d'Ivoire. Titulaire d'un doctorat en Socio-Anthropologie avec une spécialisation en Politiques publiques de développement socio-sanitaire, il est affilié à l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire. Ses recherches portent principalement sur les dynamiques sociales et culturelles liées à la santé publique, notamment sur les résistances et les obstacles relatifs à l'adoption des méthodes contraceptives modernes au sein des communautés Sénoufo de la région du Poro, en Côte d'Ivoire. Au cours de l'année 2024, Soro Gnenegnin a publié

plusieurs articles scientifiques dans des revues de référence. Avec Meite Oumou, il a co-écrit un article intitulé « *Obstacles relatifs à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les Sénoufo de Tioroniaradougou, région du Poro (Côte d'Ivoire)* » dans la *Revue Internationale Dónni* (Vol.4, N°2, Décembre, p. 21-33). En collaboration avec Kouassi Amenan Ruth Marylise, il a publié « *La résistance des hommes Sénoufo de Guiembé dans la région du Poro (Côte d'Ivoire) à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes* » dans la *Revue Ivoirienne de Sociologie et de Sciences Sociales* (Vol. 4, n°18, 4ème trimestre du 31 Décembre 2024, p. 107-125). Avec Brahim Coulibaly, il a co-rédigé un article intitulé « *La résistance des hommes Sénoufo de Tioroniaradougou dans la région du Poro (Côte d'Ivoire) à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes* » paru dans la *Revue des Lettres et Sciences Humaines ANYASA* (Numéro 17, Décembre 2024, p. 340-356). En tant qu'expert en socio-anthropologie des politiques publiques de développement socio-sanitaire, Soro Gnenegninmin contribue activement à la compréhension des enjeux culturels liés aux pratiques de santé au sein de sa communauté d'étude.

How to cite this article/Comment citer cet article:

MLA: Lath, Mel Fernand and Gnenegninmin Soro. "Gestion du non-isolement des malades de la tuberculose et ses risques communautaires dans le département de Bouaké (côte d'ivoire)." *Uirtus*, vol. 5, no. 1, April 2025, pp. 397-424, <https://doi.org/10.59384/uirtus.2025.2632>.