

PROFIL ET FACTEURS ASSOCIÉS AU STATUT DE PERDU DE VUE CHEZ  
LES PATIENTS TUBERCULEUX EN CÔTE D'IVOIRE, Tenguel Sosthène  
N'GUESSAN (Université Nangui ABROGOUA - RCI)

nguessans@yahoo.fr

## Résumé

Problème de santé publique, la tuberculose est aussi une maladie sociale. Malgré les stratégies de démocratisation de l'accès au traitement intégrant sa gratuité, le phénomène des perdus de vue persiste. Cette étude identifie les facteurs associés à ce phénomène. Conduite dans soixante-quatorze centres antituberculeux et centres de dépistage et de traitement, l'étude a combiné les approches qualitative et quantitative. Un questionnaire adressé à 896 patients dont 448 patients-cas et 448 patients-témoins et d'un guide d'entretien ont favorisé la collecte de données. L'analyse statistique et celle de contenu ont permis de donner sens aux données collectées sur fond de triangulation. Les résultats indiquent que des facteurs démographiques, sociaux, structurels, économiques et communicationnels participent à la sortie du circuit de soins du patient tuberculeux et à la propagation continue de la tuberculose dans la communauté. Le patient perdu de vue se caractérise par son faible niveau d'instruction, sa précarité financière et professionnelle, son insuffisant capital social, sa faible résilience et est objet de rejet social. Rompre avec le phénomène des perdus de vue suppose des actions synergiques en agissant sur les leviers économiques, structurels, sociaux et communicationnels et en donnant une perception méliorative de la maladie pour une gestion responsable et assumée.

**Mots clés :** Facteur, Perdu de vue, Tuberculose, Côte d'Ivoire

## **PROFILE AND FACTORS ASSOCIATED WITH LOST-TO-SIGHT STATUS AMONG TUBERCULOSIS PATIENTS IN CÔTE D'IVOIRE**

### **Abstract**

A public health problem, tuberculosis is also a social disease. Despite strategies to democratize access to treatment and make it free of charge, the phenomenon of those lost to treatment persists. This study identifies the factors associated with this phenomenon. Conducted in seventy-four tuberculosis centers and screening and treatment centers, the study combined qualitative and quantitative approaches. A questionnaire sent to 896 patients, including 448 case-patients and 448 control-patients, and an interview guide were used to collect data. Statistical and content analysis were used to give meaning to the data collected, against a background of triangulation. The results indicate that demographic, social, structural, economic and communicational factors play a part in a tuberculosis patient's exit from the care circuit and the continued spread of tuberculosis in the community. Patients lost to follow-up are characterized by a low level of education, financial and professional insecurity, insufficient social capital, low resilience and social rejection. Breaking with the phenomenon of people losing sight requires

synergistic action, acting on economic, structural, social and communication levers, and promoting a positive perception of the disease, so that it can be managed responsibly and assertively.

**Keywords:** Factor, Lost to sight, Tuberculosis, Ivory Coast

## Introduction

Déclarée « urgence mondiale » par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1995 (OMS, 1995), la tuberculose, problème de santé publique, continue de sévir dans les communautés humaines malgré les initiatives et autres stratégies déployées pour l'éradiquer. Avec 1,5 millions de décès (OMS, 2022, p.2), elle est la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde avec une incidence marquée dans les pays en développement qui hébergent 56% des patients tuberculeux dont 29% en Afrique subsaharienne (OMS, 2006 ; G. Gebrezgabihier et al, 2016, p.2 ; CA. Attinsounon et al, 2014, p.31).

En Côte d'Ivoire, la tuberculose se pose comme un problème de santé publique et une maladie sociale. Bien que le contexte politico-sanitaire favorable à la lutte contre cette maladie et la mise en œuvre de la stratégie Directly Observed Treatment (DOT) ou « traitement de brève durée sous surveillance directe », l'incidence de la tuberculose est des plus élevée avec 134 cas pour 100 000 habitants. Malgré cette incidence, les efforts consentis participent à des succès thérapeutiques. L'OMS note en effet que sur un effectif de 19 976 cas de tuberculose notifiés en 2020, un succès thérapeutique de 86% a été observé<sup>1</sup>. Ce succès cache cependant une réalité sociale : celle du phénomène des patients perdus de vue dont le taux est estimé à 7% dans un contexte sanitaire caractérisé par la gratuité des soins.

Si la notion de perdu de vue n'est pas simple à définir, un consensus semble cependant admis sur le sujet : « Il s'agit d'une personne entrée dans le système de soins et suivie par une structure sanitaire, mais qui n'est plus venue à sa consultation depuis une période donnée » (M. Bernède, 2012, p.28). L'OMS (2017, p.35) précise à ce sujet qu'un patient est perdu de vue lorsqu'il n'a pas donné de nouvelles trois mois après la date de son dernier rendez-vous (M. Bernède, 2012, p.28). Les perdus de vue constituent le véritable problème dans la lutte contre la tuberculose. Ces derniers constituent les principaux foyers de transmission de la tuberculose dans la population. Ainsi, pour atteindre l'objectif de l'OMS qui consiste à éradiquer la tuberculose à l'horizon 2030, un accent particulier doit être mis sur le cas des perdus de vue. Les recherches sur le sujet informent que le phénomène des perdus de vue s'enracine dans la stigmatisation, l'asymétrie de l'information, l'adoption de comportements à risque (F. Hane et al, 2005 ; BC. Konan et al, 2005 ; V. Poutrain et al, 2005 ; K. Horo et al, 2011). Avec le phénomène des perdus de vue, le risque de non atteinte de la stratégie END TB ou « Mettre fin à la Tuberculose » en Côte

---

<sup>1</sup> <https://www.fratmat.info/article/211803/societe/santeacute/prevalence-de-la-tuberculose-en-cote-divoire-19-976-porteurs-de-la-maladie-depistes-en-2020>

d'Ivoire se pose avec acuité dans la mesure où la réduction de la propagation de la tuberculose est en lien avec le contrôle et l'identification des perdus de vue.

La présente étude s'inscrit dans la perspective de comprendre davantage ledit phénomène dans le contexte ivoirien. Elle vise un double objectif, notamment i) identifier les facteurs associés au statut de perdu de vue et ii) déterminer le profil du patient perdu de vue.

## **1. Méthodologie**

### **1.1 Type d'étude et champ géographique et social d'investigation**

La présente étude est transversale de type cas témoins. Elle a eu pour cadre soixante-quatorze centres antituberculeux. Selon les statistiques nationales, il est dénombré en Côte d'Ivoire 269 centres dont 25 centres antituberculeux et 244 centres de dépistage et de traitement. L'ensemble de ces centres antituberculeux regroupaient un effectif de 21 710 patients tuberculeux en 2018 et 20 729 en 2021 (Le Fonds Mondial, 2023, p.10). La population cible de l'étude est l'ensemble des patients perdus de vue, irréguliers et témoins atteints de tuberculose âgés de 15 ans et plus, pris en charge dans l'un des services de dépistage ou de prise en charge de la tuberculose et ayant débuté un traitement antituberculeux sur la période du 1<sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2018 concernant les perdus de vue et sur celle du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2018 s'agissant des irréguliers. Toutefois, le cas (perdu de vue et irrégulier) et son témoin ont fait l'objet de sélection dans le même mois de début de traitement. Pour chacun de ces patients, il est distingué cinq catégories à savoir les TPB+<sup>2</sup> nouveaux cas, les TPB+ rechutes, les retraitements hors rechutes, les diagnostiqués cliniquement (TPB-<sup>3</sup>) et les patients coinfectés TB/VIH<sup>4</sup>. Pour l'essentiel, il convient de retenir que dans le cadre de la présente étude, le patient perdu de vue est tout patient tuberculeux ayant interrompu son traitement pendant deux mois consécutifs ou plus avant la fin du traitement prévue. En ce qui concerne l'irrégulier, il s'agit de tout patient tuberculeux en traitement ayant manqué au moins un rendez-vous dans le suivi de son traitement. Quant au patient témoin, il renvoie à tout patient tuberculeux suivi dans le centre et régulier au traitement.

---

<sup>2</sup> TPB+ nouveaux cas, tout patient ayant une tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement (positivité de l'échantillon biologique a été établie par examen microscopique du frottis, mise en culture ou par examen moléculaire comme le Genexpert MTB/RIF) et n'ayant jamais reçu de traitement antituberculeux ou suit un tel traitement depuis moins d'un mois. Dans le cadre de cette étude, sont considérés les TPB+ nouveaux cas ayant effectivement démarré un traitement.

<sup>3</sup> Diagnostiqué cliniquement (TPB-), tout patient ayant une tuberculose pulmonaire mais ne remplissant pas les critères de confirmation bactériologique et chez qui la forme évolutive a été diagnostiquée par un clinicien ou un autre praticien médical, lequel a décidé de mettre en place un traitement antituberculeux.

<sup>4</sup> Patient co-infecté TB/VIH, tout patient VIH+ ayant la tuberculose.

## 1.2 Méthodes et échantillonnage

L'étude a combiné les approches quantitative et qualitative.

Sur le plan quantitatif, en vue de garantir une représentativité nationale, il a été utilisé un échantillonnage à deux degrés. Au premier degré, en plus des 25 centres antituberculeux chefs-lieux de zone de coordination systématiquement visités, il a été tiré des dites zones un total de 49 centres de dépistage et de traitement sur les 220 listés proportionnellement aux patients perdus de vue sur la base du tableau « devenir des patients tuberculeux de la cohorte 2016 » mis à disposition par le programme national de lutte contre la tuberculose. Ce qui donne un total de 74 structures sur 245 soit 30% des dites structures. Au second degré, les patients-cas ont été tirés aléatoirement à partir d'une liste dressée par la structure sélectionnée et ont été appariés aux patients-témoins. Ainsi, la technique d'échantillonnage à deux degrés a permis d'estimer à 896 patients dont 448 patients-cas et 448 patients-témoins la taille de la population à étudier.

En ce qui concerne l'approche qualitative, la collecte de données a concerné dix sites. Ces sites, répartis entre milieu urbain, semi-urbain et rural, couvrent les grandes zones géographiques du pays notamment l'est (Abengourou, Zaranou), l'ouest (Man), le centre (Bouaké, Béoumi, Sakassou), le nord (Katiola, Ferkessédougou, Korhogo) et le sud (Abidjan) du pays. Tout comme l'enquête quantitative, la population de l'enquête qualitative est constituée des perdus de vue, des irréguliers et des témoins sans distinction de catégorie de tuberculose. A cette population de perdus de vue, il a été associé le personnel de santé, y compris les agents de santé communautaire. La méthode d'échantillonnage à choix raisonné a été utilisée pour la sélection des participants aux entretiens. Ainsi, face à la difficulté de rassembler un quota minimum de six patients irréguliers suivant les standards focus group discussion, l'option a été prise de ne réaliser que des entretiens individuels. Cette option a offert l'opportunité d'investiguer auprès de chacune des cibles rencontrées et ayant accepté de participer à l'étude.

La collecte de données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Le recueil des données a été organisé autour i) du profil du répondant reposant sur des caractéristiques sociodémographiques (sexe, statut des membres du ménage, résidence, situation matrimoniale, emploi, statut de perdu de vue), ii) des facteurs socioéconomiques qui sous-tendent la sortie du circuit de traitement, iii) de la perception du traitement antituberculeux et iv) de l'expression de sentiments au cours du traitement

## 1.3 Gestion des données

Le traitement des données quantitatives a été effectué sous STATA et assurer leur qualité et SPSS pour l'analyse des données. L'analyse des données a été systématique pour toutes les variables du questionnaire à travers la production des fréquences, des moyennes et les autres caractéristiques de tendance centrale et de dispersion. L'analyse statistique bivariée, multivariée et factorielle a été également utilisée à travers des régressions logistiques pour ressortir le profil des patients

perdus de vue et hiérarchiser les facteurs liés à leur sortie du circuit de traitement de la tuberculose.

Le traitement des données qualitatives s'est effectué en deux étapes principales, à savoir la retranscription des entretiens et leur saisie sous Microsoft Word et le transfert des données vers le logiciel dedoose.com. La codification élaborée a permis de regrouper les différents entretiens par thèmes et codes. Ces données ont été importées à nouveau vers le logiciel Word pour une synthèse et une analyse de contenu qui a permis de donner un sens aux informations obtenues

## **2. Résultats**

### **2.1 Facteurs associés au statut de perdu de vue**

#### **2.1.1 Facteurs sociodémographiques**

Parmi les facteurs sociodémographiques identifiés, ceux qui se sont révélés significatifs à la sortie du patient du circuit de soins sont le niveau d'instruction, le revenu et l'âge.

La catégorie de tuberculeux est liée au statut de perdu de vue au seuil de 10%. En effet, les patients diagnostiqués cliniquement sont moins susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux de catégories nouveaux cas TPB+.

Les résultats démontrent que le niveau d'étude du patient est lié au statut de perdu de vue. Ainsi, les patients sans niveau d'étude sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ont un niveau d'étude supérieur. Ces derniers ont 3,09% de chance de ne pas sortir du circuit du traitement comparé aux patients sans niveau d'étude. Autrement dit, plus le patient est instruit, moins il a tendance à abandonner le traitement une fois initié en ce que l'instruction permet aux patients d'être mieux informé sur les modes de contamination et des moyens de s'en prévenir. Ce niveau d'instruction participe à une gestion optimale du traitement et à son maintien dans les soins le traitement.

Le revenu chez les patients est lié au statut de perdu de vue. Ainsi, les patients ayant un revenu compris entre 300 000 F - 399 999 F sont 85 fois moins susceptibles de sortir du circuit de traitement par rapport à ceux ayant un revenu de moins de 50 000F. On observe chez les répondants une précarité financière qui constitue un frein au suivi du traitement en dépit de la gratuité du traitement qui devrait contribuer à l'accès au traitement. L'analyse fait ressortir, en effet que malgré la gratuité du traitement, le patient tuberculeux doit faire face aux charges sociales inhérentes à la vie familiale et professionnelle mais surtout à son alimentation facteur d'adhésion au traitement.

Le groupe d'âge des patients est associé significativement au statut de perdu de vue. Ainsi, les patients appartenant à la classe d'âge de 60 ans et plus sont 43 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement par rapport à ceux de la classe de 30 à 44 ans. En d'autres termes, les perdus de vue se rencontrent beaucoup plus parmi les personnes âgées. Les difficultés de mobilité, la honte, le rejet social et la fuite du regard des membres de la communauté expliqueraient la sortie du circuit de

traitement de cette catégorie de la population. Cette situation tiendrait par ailleurs à une assistance de plus en plus faible ou insuffisante selon certains interlocuteurs.

Comme l'indique le tableau des odds (Tableau 1), l'étude n'a pas trouvé une association statistiquement significative entre le sexe, le statut des membres du ménage, la résidence, la situation matrimoniale, et l'emploi actuel des patients et le statut de perdu de vue.

**Tableau 1 : Risques relatifs aux caractéristiques sociodémographiques**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Catégories de patients TB</b>				
<i>Nouveau cas (r)</i>				
Rechute	0.3213423	0.133	0.0730971	1.412653
Retraitement hors rechute	0.0674743	0.173	0.0035558	1.280386
Diagnostiqué cliniquement	0.0093874	<b>0.055***</b>	0.0000798	1.104834
Co-infecté	3.947501	0.392	0.1698929	91.7211
<b>Sexe des patients enquêtés</b>				
<i>Masculin (r)</i>				
Féminin	0.9675696	0.969	0.1802319	5.194369
<b>Statut des membres du ménage</b>				
<i>Chef de ménage (r)</i>				
Epoux/Epouse	0.6394957	0.660	0.0871095	4.694723
Fils/fille du CM	0.8530807	0.841	0.1807286	4.026737
Frère/sœur du CM	0.2786313	0.253	0.03114	2.493109
<b>Milieu de résidence</b>				
<i>Abidjan (r)</i>				
Rural	0.800623	0.767	0.1833218	3.496569
Urbain sans Abidjan	0.5699385	0.416	0.1471583	2.20735
<b>Niveau d'étude</b>				
<i>Sans niveau d'étude (r)</i>				
Primaire	0.4385012	0.218	0.1182856	1.625584
Secondaire	0.9458715	0.937	0.2363113	3.785992
Supérieur	0.0309782	<b>0.007*</b>	0.0024475	.3920908
<b>Situation matrimoniale</b>				
Célibataires	0.8503549	0.798	0.2459427	2.94013
<b>Vie de couple (r)</b>				
Divorcé/séparé	0.1891615	0.291	0.008595	4.163137
Veuf/veuve	0.6907035	0.818	0.0296643	16.08233
<b>Emploi actuel</b>				
<i>Sans emploi (r)</i>				
Cadre (sup. et moyen)	0.1556805	0.485	.0008452	28.67438
Agent de maîtrise	0.0171109	0.137	.0000808	3.623384
Manœuvres	0.1147427	0.387	.0008524	15.44547
Ouvriers	0.2422454	0.562	.0020087	29.21442
Artisans	0.0150601	0.100	.0001009	2.248693
Agriculteur	0.0226138	0.140	.0001479	3.457658
Commerçant	0.0643431	0.268	.0005038	8.218139
Élève/étudiant	1.756591	0.840	.0073261	421.1779
Retraité	0.0092221	0.190	8.40e-06	10.13033
Agent de santé	0.0467842	0.364	.0000629	34.77254
Employé de maison	0.0218988	0.140	.0001372	3.494763
<b>Estimation du revenu des enquêtés</b>				
<i>Moins de 50 000 F (r)</i>				
Entre 50 000 F - 99 000 F	3.135198	0.074	0.8954266	10.97741
Entre 100 000 F - 199 999 F	1.900236	0.413	0.4088154	8.83259
Entre 200 000 F - 299 999 F	5.841797	0.188	0.421558	80.95348

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
Entre 300 000 F - 399 999 F	85.89869	<b>0.045*</b>	1.110122	6646.646
<b>Groupe d'âge des patients</b>				
15-29 ans	7.149662	0.193	0.3692996	138.4179
<b>30-44 ans (r)</b>				
45-59 ans	4.504668	0.128	0.6477428	31.3273
60 ans et +	43.02395	<b>0.019*</b>	1.866129	991.925

\**P* value <0, 05; \*\**P* value <0, 01; \*\*\**P* value <0, 1

### 2.1.2 Antécédents médicaux et comportementaux des patients

Les résultats du tableau 2 montrent que les antécédents comportementaux ne sont pas associés au statut de perdus de vue.

**Tableau 2 : Risques relatifs aux antécédents médicaux et comportementaux des patients**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Consommation actuellement de l'alcool</b>				
<b>Oui</b>	<b>1.363849</b>	<b>0.596</b>	<b>0.4326228</b>	<b>4.299552</b>
Non (r)				

\**P* value <0, 05; \*\**P* value <0, 01; \*\*\**P* value <0, 1

### 2.1.3 Environnement social et suivi du traitement

La gestion de toute maladie suppose un environnement social propice à la gestion optimale de la maladie. Cet environnement se caractérise par la possession de ressources aussi bien sociales qu'économiques pour sa gestion efficiente. Ici, il convient d'entendre par ressources sociales, le capital social du malade qui inclut la présence de personnes notamment de parents proches membres de la famille restreinte ou de la grande famille l'aidant à vivre au mieux la maladie. Il ressort de l'analyse que le manque de ressources sociales contribue à la sortie des patients tuberculeux du circuit de traitement. Ainsi, les patients qui ne reçoivent pas l'aide de quelqu'un pour leur permettre de respecter les rendez-vous au centre antituberculeux ou au centre de dépistage et de traitement sont 3,3 fois plus susceptibles de sortir du circuit que ceux qui reçoivent de l'aide.

Les obligations professionnelles principalement dans le secteur privé, sur le suivi du traitement sont associées significativement au statut perdu de vue au seuil de 5%. En effet, les patients qui déclarent que les obligations professionnelles peuvent rendre le suivi du traitement difficile sont 7,61 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux affirmant le contraire. Cette situation est révélatrice du dilemme chez le patient entre le suivi du traitement et la nécessité de maintenir son emploi, gage de la disponibilité des ressources financières devant lui permettre de faire face à ses charges sociales. La faible résilience des patients, traduite par la précarité de vie, l'insuffisance voire l'absence de nourriture et de travail participe de cette perception comme le souligne Cannaba « Je suis obligé d'aller faire contrat or on me dit de ne pas faire de contrat. Tu peux faire contrat tu gagnes ton petit attiéké et puis tu manges ». Cependant, l'existence d'une personne

qui accompagne le patient au centre antituberculeux ou au centre de dépistage et de traitement, le soutien moral et l'assistance d'un conseiller au malade tuberculeux ne sont pas associés au statut de perdu de vue (Tableau 3).

**Tableau 3 : Risques relatifs aux ressources sociales pour le suivi du traitement**

<b>Variables</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>P&gt;z</b>	<b>[95% Conf.</b>	<b>Interval]</b>
<b>Qualité de la personne qui aide à respecter les rendez-vous</b>				
Oui (r)				
Non	3.32073	<b>0.049*</b>	1.007793	10.94198
<b>Qualité de la personne qui accompagne le patient au CAT/CDT</b>				
Oui (r)				
Non	0.7278812	0.611	0.2142417	2.47296
<b>Soutien moral au malade tuberculeux</b>				
Oui (r)				
Non	3.655255	0.205	0.4932193	27.08915
<b>Obligations professionnelles sur le suivi du traitement</b>				
Oui	7.618497	<b>0.002*</b>	2.076258	27.95486
Non (r)				
NSP	3.555831	0.213	0.4835717	26.14697
<b>Assistance d'un conseiller au malade tuberculeux</b>				
Oui (r)				
Non	0.5498436	0.356	0.1545411	1.956295

\**P* value <0,05 ; \*\**P* value <0, 01; \*\*\**P* value <0, 1

#### **2.1.4 Capacité économique et structurelle et suivi du traitement**

Les ressources économiques pour le suivi du traitement sont des facteurs associés significativement au statut de perdu de vue. En effet, la distance que parcourt le patient tuberculeux de son lieu habituel de résidence au centre antituberculeux ou au centre de dépistage et de traitement est liée au statut de perdu de vue au seuil de 5%. Ainsi, les patients tuberculeux qui parcourent une distance de moins de deux kilomètres de leur lieu habituel de résidence au centre antituberculeux/centre de dépistage et de traitement ont moins de 20% de risque de sortir du circuit de traitement que ceux parcourant une distance comprise entre deux et cinq kilomètres. La distance et le temps constituent un frein à la fréquentation des centres antituberculeux/centres de dépistage et de traitement au seuil de 5%. En effet, les patients qui déclarent que la distance et le temps mis pour rallier le centre antituberculeux/centre de dépistage et de traitement peuvent être un frein à la fréquentation de ceux-ci sont 24,5 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux affirmant le contraire.

La disponibilité des moyens financiers pour assurer convenablement la nourriture est liée au statut de perdu de vue au seuil de 5%. Ainsi, les patients tuberculeux qui ne disposent pas de moyens financiers pour assurer la nourriture de

manière convenable sont dix-huit fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement de la tuberculose comparés à ceux qui en disposent.

**Tableau 4 : Risques relatifs aux ressources économiques pour le suivi du traitement**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Soutien moral au malade tuberculeux</b>				
<i>Oui (r)</i>				
Non	3.655255	0.205	0.4932193	27.08915
<b>La distance que parcourt le patient TB de son lieu de résidence habituelle au CAT/CDT</b>				
Moins de 2 km	0.2039563	<b>0.030*</b>	0.0485672	0.8565067
<i>Entre 2 et 5 km (r)</i>				
Plus de 5 km	0.6714097	0.617	0.1411988	3.192598
<b>Le temps que met le patient TB pour arriver au CAT/CDT</b>				
Moins de 15 mn	2.088779	0.327	0.478256	9.122722
<i>Entre 15 et 30 mn (r)</i>				
30 mn à 1 heure	1.867727	0.429	0.3977713	8.769874
> à 1 heure	0.4116358	0.465	0.0380928	4.448189
<b>La distance et le temps mis pour rallier le CAT/CDT peut être un frein à la fréquentation des CAT/CDT</b>				
Oui	24.56727	<b>0.001*</b>	3.677218	164.1324
<i>Non (r)</i>				
<b>Le manque de moyen financier pour assurer le transport peut amener le malade TB à arrêter le traitement contre la TB</b>				
Oui	0.8201749	0.763	0.2258272	2.978767
<i>Non (r)</i>				
<b>Disponibilité des moyens financiers pour assurer convenablement votre nourriture</b>				
<i>Oui (r)</i>				
Non	18.14683	<b>0.001*</b>	3.333757	98.77966

\*P value <0,05 ; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

### 2.1.5 Ressources informationnelles pour le suivi du traitement

Les ressources informationnelles se sont révélées, ne pas être associées au statut de perdu de vue. Toutefois, il est important que les activités de communication continuent et s'accroissent davantage. En effet, il suffit qu'un seul patient ne soit pas bien informé sur le traitement pour risquer d'obtenir de lui un comportement enclin à propager la maladie parfois à une vitesse exponentielle. En général, un tuberculeux qui n'observe pas les précautions hygiéno-diététiques, au stade de la contagion, peut contaminer neuf personnes.

**Tableau 5 : Risques relatifs aux ressources informationnelles pour le suivi du traitement**

Variabiles	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Réception des informations du personnel de santé sur le traitement de la maladie</b>				
<b>Oui (r)</b>				
Non	0.8753507	0.888	0.1372333	5.583476
NSP	1.01101	0.999	7.69e-08	1.33e+07
<b>Réception des messages d'alerte ou des appels pour le rappel des visites médicales du patient TB</b>				
Oui	1.05837	0.919	0.3527244	3.175701
<b>Non (r)</b>				

\*P value <0,05 ; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

### 2.1.6 Perception de l'offre de service antituberculeux

Le temps mis pour être reçu par un personnel de santé est associé au statut de perdu de vue au seuil de 10%. Les patients tuberculeux qui mettent plus de soixante minutes avant d'être reçus par un membre du personnel de santé ont neuf fois plus de risque de sortir du circuit de traitement que ceux qui en mettent moins de trente minutes. Avec la démultiplication des centres de santé, cela permet une prise en charge plus optimale des patients par la réduction du temps d'attente. Ce temps d'attente relativement courte est dû aux politiques nationales de recrutement systématique de tous les agents de santé (infirmier médecin, sage-femme), ce qui permet de couvrir en partie les déficits dans les centres de prise en charge de la tuberculose.

Au seuil 5%, la satisfaction des prestations de services est associée significativement au statut de perdu de vue. Ainsi, les patients tuberculeux peu satisfaits sont six fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement comparés à ceux qui sont très satisfaits. Ce niveau de satisfaction serait lié aux formations en démarche qualité faites aux prestataires. Cependant, le changement de centre antituberculeux/centre de dépistage et de traitement, la disponibilité des prestataires de soins et la satisfaction du personnel de santé ne sont pas liés au statut de perdu de vue (Tableau 6).

**Tableau 6 : Risques relatifs à la perception de l'offre de service antituberculeux**

Variabiles	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Changement de CAT/CDT</b>				
Oui	0.9721292	0.978	0.1257313	7.516307
<b>Non (r)</b>				
<b>Temps mis pour être reçu par un membre du personnel de santé</b>				
<b>Moins 30 mn (r)</b>				
31 mn à 60 mn	2.455773	0.445	0.244301	24.68604
61 mn-90 mn	0.0938414	<b>0.080***</b>	0.0066512	1.324009
<b>Disponibilité des prestataires de soins ?</b>				
<b>Disponibles (r)</b>				

<b>Variables</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>P&gt;z</b>	<b>[95% Conf.</b>	<b>Interval]</b>
Peu disponibles	0.0744556	0.165	0.0018949	2.92552
<b>Les horaires de dotation de médicaments au niveau du centre de santé</b>				
<b>Oui(r)</b>				
Non	1.613016	0.731	0.1055658	24.64643
<b>Satisfaction du personnel de santé</b>				
Très satisfaisant	1.656351	0.568	0.2934884	9.347898
<b>Satisfaisant (r)</b>				
Peu satisfaisant	0.2649171	0.520	0.004622	15.18414
<b>Satisfaction des prestations de services</b>				
Très satisfaisant	0.0987078	<b>0.009*</b>	0.0175211	0.5560845
<b>Satisfaisant (r)</b>				
Peu satisfaisant	6.414219	0.263	0.24841	165.6222

\**P value* <0,05 ; \*\**P value* <0, 01; \*\*\**P value* <0, 1

### 2.1.7 Perception du traitement conventionnel

Les variables associées à la perception du traitement conventionnel sont significativement liées au statut de perdu de vue. La prise contraignante des comprimés le matin à jeun est associée au seuil de 5% au statut de perdu de vue. Ainsi, les patients tuberculeux qui déclarent que la prise des comprimés le matin à jeun est contraignante sont cinq fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux affirmant le contraire. Cette situation peut se justifier par le fait que les patients ne sont pas assez informés des raisons de la prise des médicaments le matin et à jeun. Elle pose en filigrane l'épineuse question de la communication entre patient et personnel de santé. En effet, la prise des médicaments à ces heures permet une meilleure biodisponibilité dans le sang et la destruction des bacilles tuberculeux.

Au seuil de 5%, la coloration rouge orangé des urines est liée au statut de perdu de vue. Les patients tuberculeux qui déclarent que la coloration rouge orangé des urines peut gêner, sont 10 fois plus susceptibles de sortir du circuit de soins de la tuberculose comparés à ceux qui affirment le contraire. Ces résultats supposent que les patients ne soient pas assez informés sur les effets attendus, indésirables et la nécessité de continuer le traitement malgré la sensation de guérison au cours du traitement.

La continuité du traitement, une fois qu'on se sent bien après avoir commencé à prendre les comprimés, est associé au statut de perdu de vue au seuil 5%. Ainsi, les patients tuberculeux qui déclarent que se sentir bien après la prise des médicaments est synonyme de guérison sont 9 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ont donné un avis contraire.

Les résultats de l'étude (Tableau 7) n'ont pas ressorti une association statistiquement significative entre l'opinion sur le traitement contre la tuberculose,

la connaissance des risques liés à la maladie et la présence des réactions indésirables aux médicaments.

**Tableau 7 : Risques relatifs à la perception du traitement conventionnel (moderne)**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Opinion sur le traitement contre la tuberculose</b>				
Oui	1.425945	0.816	0.0720482	28.22164
<i>Non (r)</i>				
<b>La prise des comprimés le matin à jeun est contraignant</b>				
Oui	5.036267	<b>0.004*</b>	1.695439	14.96013
<i>Non (r)</i>				
<b>Coloration rouge orangé des urines peut gênée</b>				
Oui	10.35429	<b>0.009*</b>	1.781017	60.19662
<i>Non (r)</i>				
<b>Connaissance des risques liés à l'arrêt du traitement</b>				
<i>Oui (r)</i>				
Non	1.092306	0.866	0.3917589	3.045579
<b>Continuation du traitement une fois qu'on se sent bien après avoir commencé à prendre les comprimés</b>				
Oui	9.521814	<b>0.020*</b>	1.424638	63.64071
<i>Non (r)</i>				
<b>Un malade peut arrêter son traitement quand il y a des réactions indésirables aux médicaments</b>				
Oui	4.539829	0.106	0.7257778	28.39718
<i>Non(r)</i>				

\**P value* <0,05 ; \*\**P value* <0, 01; \*\*\**P value* <0, 1

### 2.1.8 Perception du traitement alternatif

Les résultats de l'étude (Tableau 8) montrent une association des variables liées à la perception du traitement alternatif au statut de perdu de vue. La consultation d'un féticheur/marabout, d'un guide religieux (prêtre/pasteur/iman) ou d'un tradipraticien en cas d'apparition des premiers symptômes de la maladie sont significativement associés au statut de perdu de vue. Ainsi, les patients tuberculeux qui les ont consultés sont respectivement 3,7%, 3,9% et 4,4% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement comparés à ceux qui ne consultent pas ces personnes. La fréquentation de ces acteurs de soins se justifie par leur croyance qui suppose que leurs maux ne sont pas liés à une défaillance de l'organisme uniquement mais associés à un déséquilibre surnaturel.

Ces recours thérapeutiques alternatifs trouvent leur source dans la croyance des populations africaines en général et des Ivoiriens en particulier, pour qui la maladie n'est jamais une perturbation de l'organisme mais plutôt provient d'une transgression des lois surnaturelles. Ce qui explique le recours aux féticheurs, marabouts, guides religieux afin de rétablir l'équilibre entre l'individu et le volet surnaturel. Pour ces patients, la douleur et le traumatisme liés à la maladie, la quête

d'une solution efficace à leur état de santé et l'insuffisance d'informations sur la tuberculose fondent ces recours alternatifs comme l'illustre cette opinion :

Au moment où cela (la tuberculose) m'est arrivée, on est allé au village. Là-bas, on est allé voir les guérisseurs on sortait les canaris partout, je bois tout, je fais tout, je me lave avec tout. À la fin, j'ai vu que si je reste là-bas je vais perdre ma vie. Dieu merci on a croisé (rencontré) un monsieur il nous a dit que non il y a un coin ici l'hôpital qu'on appelle CAT.

Si l'insuffisance d'information n'est pas attestée par le personnel de santé car « maintenant tout le monde est sensibilisé » comme motif de non-recours systématique au centre de santé, une frange relativement importante de ce personnel soutient l'idée que le l'hôpital est généralement le dernier recours thérapeutique des patients car :

... ils ont leur itinéraire : il y en a qui s'orientent vers la médecine traditionnelle ; il y a d'autres qui s'orientent vers les camps de prière ; il y en a qui ont l'information qu'il y a un centre de dépistage et qui pensent que les signes qu'ils ont font penser à la tuberculose donc ils viennent directement nous voir et on pose un diagnostic.

Pour une partie du personnel de santé, le recours thérapeutique dépend du milieu de vie du patient car « quelqu'un qui est dans un village, la première chose c'est son guérisseur. Maintenant, ceux qui sont en ville d'autres vont dans les camps de prière, c'est par rapport à sa culture souvent quand ça s'aggrave c'est là qu'ils viennent ». L'itinéraire thérapeutique du patient reste ainsi dépendant du contexte structurel mais aussi du cadre de référence de soins que mobilisent en général ses croyances. Cela explique en partie leur recours à la médecine traditionnelle et aux pratiques magico-religieuses car « ... nous sommes tous des africains ; il faut essayer d'abord les médicaments traditionnels et quand ça ne va pas on s'oriente à l'hôpital ».

**Tableau 8 : Risques relatifs à la perception du traitement alternatif**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Consultation un féticheur/marabout</b>				
Oui	0.0370775	<b>0.015*</b>	0.0025935	0.5300628
Non (r)				
<b>Consultation d'un prêtre/un iman</b>				
Oui	0.0393159	<b>0.024*</b>	0.0023817	0.6489998
Non (r)				
<b>Consultation un tradi-praticien pour des soins</b>				
Oui	4.447199	<b>0.147*</b>	0.5907	33.4816
Non (r)				
NSP	0.0536747	0.046	0.0030216	0.9534716

\*P value <0, 05; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

### 2.1.9 Sentiment de rejet/stigmatisation

L'analyse des résultats du tableau 9 montre que les sentiments de rejet ou de stigmatisation vis-à-vis des patients tuberculeux sont significativement associés au statut de perdu de vue au seuil 5%. Les patients tuberculeux déclarant que la communauté les a rejetés, sont 19% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ont été soutenus par celle-ci. Les patients qui sont victimes ou qui ont ressenti du rejet de la communauté, sont dix fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement comparés à ceux qui n'ont pas été victimes ou qui n'ont pas ressenti du rejet du fait de la maladie. Les patients tuberculeux qui estiment être coupables d'être atteints de la maladie sont treize fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux affirmant le contraire.

**Tableau 9 : Risques relatifs au sentiment de rejet/stigmatisation**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Considération de la personne atteinte de la TB par la communauté</b>				
Rejetée	0.1995991	<b>0.036*</b>	0.0442494	0.9003469
<i>Soutenue (r)</i>				
Autre à préciser	0.004208	0.003	0.000114	0.1552793
<b>Être victime ou avoir ressenti des rejets du fait de la maladie</b>				
Oui	10.17747	<b>0.001*</b>	2.569872	40.30585
<i>Non (r)</i>				
<b>Être coupable d'être atteint(e) de la maladie</b>				
Oui	13.67201	<b>0.005*</b>	2.245184	83.2555
<i>Non (r)</i>				

\*P value <0,05; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

### 2.1.10 Sentiment de honte/gêne

Il existe une association significative entre la honte à l'égard de l'entourage du patient TB et le statut de perdu de vue au seuil 5%. Les patients tuberculeux qui estiment que la honte à l'égard de l'entourage peut constituer un motif d'arrêt du traitement contre la maladie sont 26 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui affirment le contraire. Cependant, les résultats du tableau 10 montrent qu'être inutile parce qu'on est atteint de la tuberculose n'est pas statistiquement associé au statut de perdu de vue.

**Tableau 10 : Risques relatifs au sentiment de honte/gène**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>La honte à l'égard de l'entourage peut constituer un motif d'arrêt du traitement contre la maladie</b>				
Oui	26.38947	<b>0.009*</b>	2.288324	304.3292
<i>Non (r)</i>				
<b>Etre parfois inutile parce que vous êtes atteint(e) de la maladie</b>				
Oui	0.4614437	0.467	0.0574264	3.707884
<i>Non (r)</i>				

\*P value <0,05; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

### 2.1.11 Sentiment de peur du rejet social

Les résultats présentés au tableau 11 ont ressorti une association statistiquement significative entre le sentiment de peur du rejet social et le statut de perdu de vue. Les patients tuberculeux qui ont exprimé que la peur d'être rejeté peut constituer un motif d'arrêt du traitement contre la maladie sont 39 fois plus enclins à sortir du circuit que ceux qui ont donné un avis contraire.

**Tableau 11 : Risques relatifs au sentiment de peur du rejet social**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Peur d'être rejeté comme un motif d'arrêt du traitement</b>				
Oui	0.3927366	0.466	0.0317847	4.852711
<i>Non (r)</i>				

\*P value <0,05; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

### 2.1.12 Sentiment de peur de perte d'emploi

Les résultats de l'étude ont ressorti une association statistiquement significative entre la perte de son emploi du fait d'être atteint de la tuberculeux et le statut de perdu de vue (Tableau 12). Les patients tuberculeux qui déclarent qu'être atteint de la maladie peut faire perdre son emploi sont 20 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui estiment le contraire. Cependant, la peur d'être rejeté n'est statistiquement pas associée significativement au statut de perdu de vue.

**Tableau 12 : Risques relatifs au sentiment de peur de perte de l'emploi**

Variables	Odds Ratio	P>z	[95% Conf.	Interval]
<b>Perte de l'emploi du fait d'être atteint de la tuberculose</b>				
Oui	0.206814	<b>0.009*</b>	0.0632912	0.6757967
<i>Non (r)</i>				

\*P value <0,05; \*\*P value <0, 01; \*\*\*P value <0, 1

## 2.2 Profil du patient perdu de vue

Le profil du patient perdu de vue se décline ainsi : ils sont sans niveau d'instruction et vivent en milieu rural. Ils sont par moment sans emploi ou exercent dans le domaine de l'agriculture. Ils ne sont pas le chef du ménage dans lequel ils

vivent, ont à parcourir plus de cinq kilomètres pendant plus d'une heure pour accéder au centre antituberculeux le plus proche d'eux. Ces patients apprécient peu l'indisponibilité des médicaments dans les centres de prise en charge, sont peu satisfaits de l'accueil du personnel de santé ainsi que leurs prestations de service. En ce qui concerne les irréguliers, le patient perdu de vue se caractérise par son manque d'emploi, un niveau d'études primaires et est l'époux/épouse du chef de ménage dans lequel il vit. Ces patients consomment l'alcool, ont bénéficié d'une assistance pour faire le suivi régulier du traitement.

### **3. Discussion**

Les analyses de cette étude ont permis de révéler que de nombreux facteurs sont à la base de la sortie des patients tuberculeux du circuit des soins de santé dans les centres antituberculeux et centres de dépistage et de traitement dans le pays.

#### **3.1 Phénomène des perdus de vue : une prédominance de certains facteurs socio-démographiques**

Au niveau sociodémographique, l'étude a permis de montrer que trois principales variables ou facteurs notamment le niveau d'éducation, le revenu et l'âge sont à la base de la sortie du circuit de soins des patients tuberculeux.

##### **3.1.1 Niveau d'éducation**

Les résultats de la présente étude permettent de noter que le niveau d'étude du patient est lié au statut de perdu de vue. Ces résultats montrent que les patients n'ayant pas ou ayant un faible niveau d'étude sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement. Ainsi, un niveau d'éducation assez ou relativement élevé constitue une garantie de l'observance du traitement dans la mesure où les résultats attestent que les personnes instruites sortent rarement du circuit du traitement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cet avantage leur permet aisément de comprendre les enjeux de l'observance du traitement antituberculeux. L'étude menée par El Hamdouni (2019, p.88) atteste de cette réalité sociale. En effet, ses résultats indiquent que la tuberculose est moins présente chez personnes instruites en raison des informations détenues par ces dernières sur cette maladie. Ces résultats confortent l'hypothèse selon laquelle le niveau d'instruction influence fortement le comportement des patients tuberculeux dans l'observance du traitement. Cela a été démontré par NN.N'gangro (2012, p.134) pour qui les patients les moins instruits ont une progression plus laborieuse dans le système de soins et une inclination à abandonner leur traitement antituberculeux. Cependant, les travaux de certains chercheurs ont permis d'observer le succès thérapeutique chez des patients peu instruits (SI. Bello et OA. Itiola, 2010, p.112 ; AD. Harries et al, 1999, pp.444-445). Ces résultats montrent que le contexte social et les comportements sont à considérer dans la rétention du patient tuberculeux dans les soins. Au demeurant, il ressort qu'avoir un niveau d'étude (peu, moyen, assez élevé) pourrait être un indicateur de

succès thérapeutique chez les patients tuberculeux. Toutefois, il convient de noter qu'il est déterminant dans le résultat thérapeutique du patient tuberculeux.

### 3.1.2 Revenu

En Côte d'Ivoire, malgré la disponibilité et la gratuité des soins, les résultats présentés permettent d'observer que les tuberculeux présentant une précarité financière sont beaucoup plus susceptibles de sortir du circuit du traitement. Ces résultats sont en conformité avec ceux de A. Berthe (2020, p.93) au Mali, qui a trouvé dans son étude sur la prévalence et les perdus de vue que 30,77% des perdus de vue avaient des problèmes financiers. Il note que ces derniers ont mis fin à leur traitement parce qu'ils n'avaient pas les moyens et n'étaient pas à mesure d'obtenir une aide financière auprès de leurs différentes familles. Les problèmes financiers se répercutent ainsi sur l'accès aux soins antituberculeux malgré les mesures de gratuité initiées par le programme national de lutte contre la tuberculose (NN. Ngangro, 2012, p.149). Cela s'explique par le fait que les patients doivent faire face aux charges sociales inhérentes, à leur vie familiale, professionnelle mais surtout à leur alimentation (qui est un facteur d'adhésion au traitement). C'est à ce titre que S. Carillon cité par N'gangro (2012) trouvait que les pertes de vue étaient dues à une difficulté d'articuler les contraintes familiales, professionnelles et celles du suivi ; ce qui va aboutir à une hiérarchisation des risques entre les enjeux sociaux et les enjeux thérapeutiques.

Cependant, certains travaux (SA. Munro et al, 2007 ; WG. Xu, 2009) notent que la précarité des revenus n'influence pas significativement la continuité des soins pour la tuberculose. Selon ces chercheurs, la gratuité du traitement antituberculeux atténue probablement l'impact de la précarité des revenus sur l'observance du traitement. De plus, la décentralisation du traitement permet de rapprocher le plus possible les centre de soin des populations. Par conséquent, d'autres facteurs prédiraient la perte de vue. Bien que les résultats de ces travaux indiquent que des coûts tels que les déplacements, la nourriture et les frais d'hospitalisation restent à la charge du patient, aucune tendance significative à l'abandon thérapeutique n'a été observée dans leurs résultats chez les patients issus des classes sociales les plus défavorisées. Les travaux de Bello et Itiola (2010) et Harries et al., (1999) qui présentent les succès thérapeutiques à l'issue du traitement des patients pauvres permettent de conforter la position de Munro et WG. Xu (2009, p.8).

### 3.1.3 Âge

Des résultats obtenus, il ressort que le phénomène des perdus de vue s'observe beaucoup plus chez les personnes âgées. Ces résultats s'opposent à ceux des travaux de J. Rambeloarisoa et al., (2005, p.49) en France, de FH. Okemba-Okombi et al., (2018) à Brazzaville, de NN. Ngangro (2012) au Tchad et de A. Charmillon (2014). Dans ces différentes études, c'est la classe d'âge 32-45 ans qui est plus susceptible d'abandonner le traitement antituberculeux. Il transparaît donc des résultats de ces différentes études que les jeunes sont plus susceptibles de sortir

du circuit de traitement. Cette sortie des jeunes des circuits de traitement s'explique par le fait qu'il s'agit de la classe d'âge la plus active sur le plan professionnel. Or, le traitement antituberculeux nécessite du temps de la part des patients. Par ailleurs, dans ces pays où beaucoup de jeunes travaillent dans le secteur informel et gagnent leur vie au jour le jour (NN. Ngangro, 2012, p.148 ; MM. Mesfin, 2009 ; SB. Squire et al, 2005 ; A. Sanou et al, 2004), il n'est pas aisé pour eux d'observer le traitement. Cette situation constitue sans doute le véritable problème de l'observance du traitement chez les jeunes.

A contrario, J. Rakotonirina et al., (2009, pp.142-144) notent qu'il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'abandon du traitement et l'âge, la forme clinique, le régime thérapeutique et la résidence.

### **3.2 Perdu de vue : un phénomène exacerbé par l'absence de ressources sociales**

Dans le cadre de la présente étude, il est ressorti que les obligations professionnelles et le fait pour la plupart des patients de ne pas bénéficier d'une aide, participent à l'abandon du traitement. A. Berthe (2020, p.71) est parvenu à observer que certains patients par souci de ne pas perdre leur emploi pour raison d'absence multiple liée à l'observance du traitement avaient choisi de ne pas venir poursuivre leur traitement. Cette situation suppose que rien n'est mis en place pour assurer l'assiduité des malades à leur poste de travail (P. Naidoo et al., 2009 ; SG. Mfinanga et al., 2008 ; A. Cambanis et al., 2005). Cela limite les possibilités d'une mise en œuvre durable de la stratégie DOTS en dehors des services de santé. Or, une prise médicamenteuse quotidienne dans un service de soins suppose des dépenses de la part des patients pour le transport, un délai d'attente avant de pouvoir accéder aux soins et une perte de temps et de revenus dans des pays où beaucoup de personnes actives travaillent dans le secteur informel et gagnent leur vie au jour le jour (NN. Ngangro, 2012, p.148 ; MM. Mesfin, 2009 ; SB. Squire et al., 2005 ; A. Sanou et al., 2004).

### **3.3 Effets induits des perceptions de la maladie**

#### **3.3.1 Perception de l'offre de service antituberculeux**

Les résultats relatifs à la perception de l'offre de service antituberculeux mettent en évidence une faible qualité de l'offre de service par le personnel médical. Celle-ci est due aux longues attentes des patients tuberculeux et à la non-satisfaction de la qualité de service au niveau des centres antituberculeux/centres de dépistage et de traitement justifiant ainsi en partie le phénomène des perdus de vue des patients tuberculeux. Ces résultats étayaient ceux de NN. Ngangro (2012, p.143) qui notait dans son étude que des patients tuberculeux sortaient du circuit de traitement parce qu'ils estimaient qu'ils avaient l'impression « d'être abandonnés à eux-mêmes », qu'il y avait « un débordement du personnel » qui n'avait ni le temps de discuter avec les malades de leur situation ni celui de s'intéresser à eux. Par ailleurs, il révélait que les patients estimaient que « les gens qui avaient des parents ou des amis docteurs

étaient mieux traités » et « qu'il était possible d'obtenir plus d'attention en proposant de l'argent à certains soignants ». C'est à juste titre que V. Mauch et *al.*, (2011, p.11) ont indiqué que les interactions soignants-soignés sont déterminantes pour la poursuite du traitement. Ils notent qu'un mauvais rapport entre les soignants et le malade influence négativement la prise en charge de ce dernier et le conduit à l'arrêt de son traitement. De même, lorsqu'ils sont mal accueillis ou accusés verbalement par le personnel, certains décident d'arrêter leur suivi. A ce propos, un patient disait : « Je ne peux pas supporter de me faire critiquer par quelqu'un juste parce qu'il est médecin » (A. Berthe, 2020, p.81). Dans cette même optique, Sévérine Carillon aussi disait que « Les soignants ont tendance à percevoir négativement les patients ne venant pas régulièrement et à adopter des attitudes coercitives culpabilisantes, ce qui contribue à les éloigner encore plus du soin ». Il en découle que la mauvaise qualité de la prise en charge des patients tuberculeux au sein des centres de prise en charge concourt à une perception négative de l'offre des services et participe à l'abandon du traitement du traitement.

### **3.3.2 Perception du traitement conventionnel**

Des résultats de cette étude, il transparait que les perceptions sur le traitement conventionnel qui sont à la base des perdus de vue tuberculeux au niveau de la Côte d'Ivoire sont : la prise contraignante des comprimés le matin à jeun, la coloration rouge orangé des urines et l'arrêt du traitement par les patients tuberculeux lorsque ces derniers commencent à bien se sentir. En plus de ces perceptions, il convient de noter que de nombreux patients tuberculeux sortent du circuit de traitement parce qu'ils ne bénéficient pas d'éducation thérapeutique. C'est à juste titre que A. Charmillon (2014, p.42) note que les facteurs protégeant du risque d'être perdu de vue sont principalement d'avoir bénéficié d'une éducation thérapeutique. En effet, il a été démontré qu'une éducation thérapeutique insuffisante peut avoir un effet délétère sur le suivi du traitement antituberculeux. C'est l'un des facteurs qui concourent à un abandon thérapeutique par ignorance des conséquences de l'interruption du traitement antituberculeux pour le patient et pour son entourage (P. Suganthi et al, 2008 ; J. Volmink et P. Garner, 1997). Une révision des modalités de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dispensée aux patients tuberculeux dans les services de soins et un effort pour une meilleure interaction entre les soignants et les soignés pourraient contribuer à améliorer l'issue de leur prise en charge thérapeutique.

### **3.3.3 Perception du traitement alternatif**

Au niveau des perceptions du traitement alternatif, nos données indiquent que la consultation d'un féticheur/marabout, d'un guide religieux (prêtre/pasteur/iman) ou d'un tradipraticien en cas d'apparition des premiers symptômes de la maladie sont significativement associés au statut de perdu de vue. Cette situation trouve ses origines dans la croyance de l'africain pour qui la maladie n'est jamais une perturbation de l'organisme mais plutôt provient d'une

transgression des lois surnaturelles. Ainsi, pour rétablir le volet surnaturel, les patients ont recours aux féticheurs, marabouts et aux guides religieux. De nombreux chercheurs en ont trouvé des résultats différents aux nôtres. Leurs travaux ont montré que les patients tuberculeux abandonnent généralement le traitement formel au profit des soins informels du fait de la limitation et de l'épuisement des ressources financières (NN. Ngangro, 2012, p.149 ; TK. Ray et al, 2005 ; V. Mauch et al, 2011 ; MM. Mesfin et al, 2010). Vu que de nombreux perdus de vue tuberculeux s'orientent de plus en plus vers des soins informels, Finnie et al (2011) indiquent que le programme national de lutte contre la tuberculose devrait recourir sélectivement à certains prestataires de soins informels pour réorienter les cas suspects qu'ils reçoivent vers les établissements de soins. N'gangro (2012, p.147) note à cet effet que des tradipraticiens sensibilisés à la lutte contre la tuberculose pourraient par exemple adresser des patients présentant une toux de plus de quinze jours ou des signes respiratoires persistants aux hôpitaux. Pour ce chercheur, cette mise à contribution des communautés auxquelles appartiennent les malades par des transferts de compétences vers des prestataires de soins ou vers certains membres de la société pourrait permettre une responsabilisation de la population et un décloisonnement de la lutte contre la tuberculose.

### **3.4 Revers sociaux renforçant le phénomène**

#### **3.4.1 Sentiment de rejet/stigmatisation**

Des résultats indiquent que les sentiments de rejet ou de stigmatisation des patients tuberculeux entraînent la sortie de ces derniers du circuit de traitement. Ces résultats corroborent ceux de l'étude de NN. N'gangro (2012, p.135) qui a montré que la stigmatisation de la tuberculose et des malades tuberculeux nuit à la prise en charge thérapeutique de cette maladie. De même, les études de nombreux chercheurs ont également noté que des changements dans la vie quotidienne des patients, liés à la stigmatisation de la tuberculose notamment l'association du traitement antituberculeux à l'isolement du patient, constituent probablement de réels obstacles à l'observance du traitement (P. Naidoo et al., 2009 ; WG. Xu et al., 2009 ; A. Cambanis et al., 2005 ; E. Hasker et al., 2010 ; A. Jaiswal et al., 2003 ; C. Thomas, 2002, p.382). Ainsi, pour mettre fin à la stigmatisation de la tuberculose et permettre aux patients tuberculeux d'assumer leur statut dans la communauté, il faudrait à travers des sensibilisations communautaires faire contribuer les communautés en leur demandant de référer ou de signaler toutes personnes ayant une toux de plus de quinze jours ou ayant des signes respiratoires persistants aux centres de santé le plus proche où il va falloir les accueillir sans reproches ni préjugé. Cette appropriation des éléments de la lutte contre la tuberculose par la population pourrait avoir pour effets collatéraux, notamment une réduction de la stigmatisation et une plus grande facilité pour les malades à assumer leur maladie et les soins antituberculeux (NN. Ngangro, 2012, p.147) permettant ainsi d'avoir la mainmise sur les cas suspects. Cette approche est envisagée par UD. Kombila et al., (2017, pp.12-14) qui ont fait

le constat d'un recours prononcé des patients tuberculeux aux marabouts du fait de l'ignorance des symptômes de la tuberculose.

### **3.4.2 Sentiment de honte/gêne**

La honte à l'égard de l'entourage est l'un des facteurs à la base de la sortie des patients tuberculeux du circuit de traitement. Ces résultats convergent avec ceux de nombreux chercheurs qui ont trouvé que la tuberculose est assimilée à une maladie honteuse ou à la saleté (C. Thomas, 2002 ; SG. Mfinanga, 2008 ; E. Ngadaya, 2009). Dans un tel contexte, la peur du regard de l'autre peut conduire les malades à éviter les services de santé. A cet effet, A. Berthe (2020, p.79) a relevé que certains patients avaient arrêté leur traitement par crainte du dévoilement de leur statut. Il note que ces patients avaient des connaissances qu'ils rencontraient au cours de leur rendez-vous que ce soit du côté personnel ou de leurs camarades patients et qu'ils avaient peur que ces connaissances dévoilent leur statut. Dans une telle situation, il est évident que ces personnes, par peur d'être stigmatisées, abandonnent le traitement.

### **3.4.3 Sentiment de peur de perte d'emploi**

La peur de perdre son emploi est un autre facteur associé aux perdus de vue tuberculeux dans les centres antituberculeux et les centres de dépistage et de traitement ivoiriens. Ce résultat a été également observé par A. Berthe (2020, p.80) qui note que certains patients avaient choisi leur travail plutôt que leur prise en charge thérapeutique. Cette situation pourrait s'expliquer par la durée du traitement. En effet, le traitement de la tuberculose a une durée minimale de six mois. Durant ces mois de traitement, deux grandes phases sont observées. La première appelée phase intensive qui dure deux mois et la deuxième continuation avec une durée de quatre mois (RA. Dlodlo et al., 2019, p.33). Au cours de la phase du traitement intensive, il est prescrit au patient plusieurs médicaments qu'il devrait prendre les matins à jeun durant les deux premiers mois du traitement. Notons que cette étape rend le tuberculeux peu productif dans son travail, vu que les nombreux médicaments qu'il doit prendre le matin l'affaiblissent physiquement. Cette étape demande beaucoup de repos chez le patient. Ainsi, il devient difficile à cette étape d'allier travail et traitement. C'est sans doute pour éviter cette situation de non productivité que certains patients décident de rompre leur traitement par peur de perdre leur boulot (M. Koné, 2013, p.62).

## **Conclusion**

Au terme de ce travail, il apparaît que la sortie du circuit de traitement de certains patients tuberculeux est un challenge important dans la lutte contre la tuberculose du fait que ceux-ci constituent des vecteurs potentiels de propagation de la maladie. La connaissance des facteurs incitant à la sortie du circuit de traitement s'avère donc une réflexion opportune pour contribuer à stopper la propagation de la tuberculose dans la communauté. L'étude renseigne que des facteurs

démographiques (âge, sexe, revenu et situation professionnelle) participant à la sortie du circuit du traitement de la tuberculose. Cette sortie est également favorisée par des pesanteurs sociales (stigmatisation, rejet social, contrainte professionnelle), qui renforcent chez les patients tuberculeux l'idée d'un éloignement plus important des structures de prise en charge. A ces facteurs s'ajoutent ceux structurels, notamment la durée de l'offre y compris le long temps d'attente, le mauvais accueil des patients et l'inaccessibilité géographique en dépit des efforts gouvernementaux pour rapprocher davantage les structures de prise en charge des populations. Au demeurant, le profil typique du patient perdu de vue est caractérisé le faible niveau d'instruction, la précarité financière et professionnelle, l'insuffisant capital social qui réduit sa capacité de résilience, le rejet social.

Rompre avec la tuberculose suppose ainsi une synergie d'actions alliant autant les aspects sociaux qu'économiques et sanitaires. Ainsi, une redistribution équitable de la richesse nationale favorisant la réduction de la pauvreté au sein de la population, une réduction de la stigmatisation permettant une intégration sociale aussi bien dans le milieu familial que professionnelle, aideraient à donner une perception méliorative de la maladie pour une gestion responsable et assumée.

## Remerciements

Les auteurs savent gré à ALLIANCE Côte d'Ivoire y compris le Fonds Mondial pour le financement de cette réflexion. Ils expriment leur reconnaissance au Cabinet CARMEN STRATEGIES pour la conduite de l'étude avec une mention spéciale à monsieur Feu Camille MERHEB†

## Bibliographie

- ATTINSOUNON CA, FORTES-DÉGUÉNONVO L, DIOP SA, CISSOKO Y, KPANGON AA, MANGA NM, 2014, Devenir des patients perdus de vue sous traitement antituberculeux à Dakar (Sénégal). *Rev PneumolTrop* 14; 21: 30-5
- BELLO SI, Itiola OA, 2010, Drug adherence amongst tuberculosis patients in the University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin, Nigeria. *Afr JPharm Pharmacol*.4(3):109-14.
- BERNÈBE Marianne, 2012, Les « perdus de vue » en Afrique : quelles réponses ? *Transversal* n°57 Mars-Avril Repères
- BERTHE Amidou, 2020, Prévalence et déterminants des perdus de vue des personnes vivant avec le VIH à l'hôpital de Sikasso, Thèse de Doctorat, Faculté de médecine et d'Odonto-stomatologie, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, 111p.
- KONAN Bla Claire, HANE Fatoumata, DELAUNAY Karine, KADJO Modestine, N'DIOR Marie-Adama et VIDAL Laurent, 2005, « L'inégale prise en compte de l'autre (exemples de la tuberculose et de la prévention) », dans Laurent Vidal, Abou Salam Fall et Dakouri Gadou (dir.), *Le professionnels de santé en Afrique de l'ouest : entre savoir et pratiques : Paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, L'Harmattan, France, pp. 101-135

- CAMBANIS Alexis, MOHAMMED A Yassin, RAMSAY Andy, SQUIRE S Bertel, ARBIDE Isabel, CUEVAS Luis E, 2005, Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Trop Med Int Health*. Apr;10(4):330-5.
- CHARMILLON Alexandre, 2014, Tuberculose en Seine-Saint-Denis : déterminants de la perte de vue. Thèse de doctorat en Médecine. Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine, 77p.
- DLODLO Riitta A, BRIGDEN Grania, HELDAL Einar, , Brian Allwood, Chen-Yuan Chiang, Paula I. Fujiwara, Stephen M. Graham, Nathalie Guillerm, Anthony D. Harries, Kobto G. Koura, Ajay M. V. Kumar, Yan Lin, Jamilah Meghji, Kevin Mortimer, Alberto Piubello, Barbara Roth, Srinath Satyanarayana, Moorine Sekadde, Ivan Solovič, Jamhoih Tonsing, Armand Van Deun, 2019, Prise en charge de la tuberculose : guide des éléments essentiels pour une bonne pratique, septième édition, Paris, France ; Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, 157p.
- EL HAMDOUNI Mariam, 2019, Stratégies thérapeutiques du traitement de la tuberculose pulmonaire et la tuberculose résistante chez la population marocaine (région Rabat-Salé-Kénitra), Thèse de doctorat, Université Mohammed V Rabat, Faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, 155p.
- RAKOTONIRINA El-C. Julio, RAVAOARISOA Lantonirina, RANDRIATSARAFARA Fidiniaina Mamy, Rakotomanga Jean de Dieu Marie, Robert Annie, 2009, « Facteurs associés à l'abandon du traitement antituberculeux dans la ville d'Antananarivo, Madagascar », *Santé Publique*, Vol. 21, p. 139-146. DOI 10.3917/spub.092.0139
- HANE Fatoumata, ABDOUL Salam et KONAN Bla Claire, 2005, « L'appréhension des risques face à la tuberculose », dans Laurent Vidal, Abou Salam Fall et Dakouri Gadou (dir.), *Le professionnels de santé en Afrique de l'ouest : entre savoir et pratiques : Paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, L'Harmattan, France, pp 137-151.
- FINNIE Ramona K C, KHOZA Lunic Base, VAN DEN BORNE Bart, TIYANE Mabunda, ABOTCHIE Peter, MULLEN Patricia D, 2011, Factors associated with patient and health care system delay in diagnosis and treatment for TB in sub-Saharan African countries with high burdens of TB and HIV. *Trop Med Int Health*, 16(4):394-411
- GEBREMEDHIN Gebrezgabiher, GEBREMEDHIN Romha, EYASU Ejeta, GETAHUN Asebe, ENDALEW Zemene, GOBENA Ameni, 2016, Treatment Outcome of Tuberculosis Patients under Directly Observed Treatment Short Course and Factors Affecting Outcome in Southern Ethiopia: A Five-Year Retrospective Study. *PLoS ONE*, 11(2): 1-10
- HARRIES AD, NYIRENDA TE, BANERJEE A, BOEREE MJ, SALANIPONI FML, 1999, Treatment outcome of patients with smear-negative and smear-positive pulmonary tuberculosis in the National Tuberculosis Control Programme, Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 93(4):443-6.

- HASKER E, KHODJIKHANOV M, SAYFIDDINOVA S, RASULOVA G, YULDASHOVA U, UZAKOVA G, et al., 2010, Why do tuberculosis patients default in Tashkent City, Uzbekistan? A qualitative study. *Int J TubercLung Dis.* 14(9):1132-9.
- HORO K., KOUASSI A.B., BROU-GODE C.V, AHUI J.-MB, DIAW A., KONE-KONATE F, TOURE K, GNAZE A.Z., N'GOM S.A., KOFFI B.N, AKA-DANGUY E., 2011, Facteurs prédictifs du statut de perdus de vue au cours du traitement de la tuberculose. 28 :894-902
- JAISWAL A, SINGH V, OGDEN JA, PORTER JD, Sharma PP, SARIN R, 2003, Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, India. *Trop Med Int Health.* 8(7) :625-33.
- UD Kombila, FBR Mbaye, Y Dia Kane, NO Touré Badiane, W Ka, NF Diouf1, S. Kone, P. Ouédraogo, JM Sagne, 2017, Parcours de soins des patients tuberculeux dépistés à la clinique de pneumologie de FANN, Dakar. *Revue de Pneumologie Tropicale*, n°28, pp.10-15
- KONÉ Moussa Mamadou, 2013, Prévalence et déterminants des perdus de vue des personnes vivants avec le VIH suivies au CHU du point G, Thèse de doctorat de médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de, Bamako, : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bamako, 86p.
- VARENA Mauch, WOODS Naomi, KIRUBI Beatrice, KIPRUTO Hillary, SITIENEI Josph, KLINKENBERG Eveline, 2011, Assessing access barriers to tuberculosis care with the tool to Estimate Patients' Costs: pilot results from two districts in Kenya. *BMC Public Health*, Vol 11, n°43, pp.1-9
- MESFIN Mengiste M, NEWELL James N, WALLEY John D, GESSESSEW Amanuel, TESFAYE Tassew, LEMMA Frew and MADELEY Richard J, 2009, Quality of tuberculosis care and its association with patient adherence to treatment in eight Ethiopian districts. *Health Policy Plan.* 24(6):457-66.
- MFINANGA Sayoki G, MUTAYOBA Beatrice K, KAHWA Amos, KIMARO Godfather, MTANDU Rugola, NGADAYA Esther, EGWAGA Said & KITUA Andrew Y, 2008, The magnitude and factors associated with delays in management of smear positive tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. *BioMed Central Health Services Research.* 8:158.
- MUNRO Salla A, LEWIN Simon A, SMITH Helen J, ENGEL Mark E, FRETHEIM Atle, VOLMINK Jimmy, 2007, Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 4(7):e238.
- NAIDOO Pamela, DICK Judy, COOPER Diane, 2009, Exploring Tuberculosis Patients' Adherence to Treatment Regimens and Prevention Programs at a Public Health Site. *Qual Health Res.* 19(1):55-70.
- NGADAYA Esther S, MFINANGA Godfrey S, WANDWALO Eliud R and MORKVE Odd, 2009, Delay in tuberculosis case detection in Pwaniregion, Tanzania. A cross sectional study. *BioMed Central Health Services Research.* 9:196.

- NGANGRO NDEINDO Ndeikoundam, 2012, Les déterminants du recours aux soins des patients tuberculeux en milieu urbain au Tchad, Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie Paris 6, Paris, 231p.
- OKEMBA-OKOMBI F.H., OSSIBI IBARA B.R., R.G. BOPAKA, OSSALE ABACKA, K.B., 2018, Etat des lieux des patients tuberculeux perdus de vue à Brazzaville. Affiche scientifique n°257
- OMS, 1995, Stop TB at source Genève.
- OMS, 2006, Plan mondial halte à la tuberculose 2006-2015 : agir pour une vie vers un monde sans tuberculose, [WHO/HTM/STB/2006.36]
- OMS, 2022, Rapport sur la tuberculose dans le monde 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>, 25p.
- OMS, 2017. Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne, Genève, 249 pages
- RAMBELOARISOA J, FARGE-BANCEL D, MALLET HP, KESHTMAND H DE CASTRO N, PICARD C, CHE D, HERRMANN JL, ANTOUN F, ROCHER G, BOURGARIT A, FAIN O, CARRE N, 2007, Issues de traitement des cas de tuberculose pulmonaire Réseau TB-info, 1996-2005
- RAY TK, SHARMA N, SINGH MM, INGLE GK, 2005, Economic burden of tuberculosis in patients attending DOT centers in Delhi. *J Commun Dis.* 37(2):93-8
- SANOU A, DEMBELE M, THEOBALD S, MACQ J, 2004, Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by-patients and communities in Burkina Faso. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* 8(12):1479-83.
- SQUIRE SB, BELAYE AK, KASHOTI A, SALANIPONI FML, MUNDY CJF, THEOBALD S, 2005, 'Lost' smear positive pulmonary tuberculosis cases: where are they and why did we lose them? *Int J Tuberc Lung Dis.* 9(1):25-31.
- SUGANTHI P, CHADHA VK, AHMED J, UMADEVI G, KUMAR P, SRIVASTAVA R, 2008, Health seeking and knowledge about tuberculosis among persons with pulmonary symptoms and tuberculosis cases in Bangalore slums. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.* 12(11):1268-73
- CASSIE Thomas, 2002, A literature review of the problems of delayed presentation for treatment and non-completion of treatment for tuberculosis in less developed countries and ways of addressing these problems using particular implementations of the DOTS strategy. *JManag Med.* 16(4-5):371-400.
- TOURÉ A, Cissé D., KADIO KJJO., Camara A., TRAORE FA., DELAMOU A., SIDIDÉ S., KOUYATÉ C., BANGOURA IS., DIALLO MM., TOUNKARA TM., Traoré F., Sow MS., Khanafer N., Cisse M., 2018, Facteurs associés aux perdus de vue des patients sous traitement antirétroviral dans un centre de traitement ambulatoire du VIH à Conakry, Guinée. *Rev Epidemiol Santé Publique*, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.04.057>
- POUTRAIN Véronique, ADJAGBÉ Assasi, HANE Fatoumata, KONAN Bla Claire et N'DOYE Tidiane, 2005, « Système de santé et programme de lutte contre la tuberculose et le paludisme », dans Laurent Vidal, Abou Salam Fall et Dakouri

Tenguel Sosthène N'GUESSAN / Profil et facteurs associés au statut de perdu de vue chez les patients tuberculeux en Côte-d'Ivoire / revue *Échanges*, n° 22, juin 2024

Gadou (dir.), Les professionnels de santé en Afrique de l'ouest : entre savoir et pratiques : Paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire, L'Harmattan, France, pp.45-81.

VOLMINK Jimmy, GARNER Paul, 1997, Systematic review of randomised controlled trials of strategies to promote adherence to tuberculosis treatment. *BMJ*. 1997 Nov, 315(7120):1403-6.

WEIGUO Xu, WEI Lu, YANG Zhou, LIMEI Zhu, HONGBING Shen and JIANMING Wang., 2009, Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. *BioMed Central Health Services Research*, 9:169.