



Stratégies d'évitement des perdus de vue dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose au cdt de lakota Côte d'ivoire

Coulibaly Brahima, Kouadio M'bra Kouakou Dieu-donné, Anoua Adou Serge Judicaël

Enseignant-Chercheur à l'Université Alassane Ouattara, Bouaké RCI, Côte d'Ivoire

Abstract

Our objective here is to show how the CDT Lakota is reached successively to a rate of zero lost sight of. From a semi-structured interview guide to address to the various actors of the supported, it emerges that the avoidance of lost of view is linked to the involvement of all these actors, to the intensification of the tasks, to the strengthening of the communication, the right to self-determination, the reduction of the movement of patients and the effective monitoring of those on the ground.

Keywords: avoidance, lost from sight, supported, tuberculosis, Lakota

1. Introduction

La tuberculose est un problème majeur de santé publique dans le monde. Plus de 95% des décès par tuberculose se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et la maladie est l'une des trois principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans ^[1]. En 2015, 10, 4 millions de nouveaux cas de tuberculose sont notifiés à travers le monde (8, 6 millions en 2012, 9 millions en 2013, 9, 6 millions en 2014). Les pays les plus touchés sont: l'Inde, l'Indonésie, la Chine, le Nigeria, le Pakistan et l'Afrique du Sud. Il y a eu 1, 8 million de personnes décédées en 2015 (1, 3 million en 2012, 1, 5 million en 2013 et en 2014), dont 400 000 co-infectés avec le VIH ^[2]. Le taux d'incidence est de 5, 9 millions (56 %) chez les hommes, 3, 5 millions (34 %) chez les femmes et 1 million (10 %) chez les enfants. Les personnes vivant avec le VIH représentaient 1, 2 million (11 %) sur l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose ^[3]. En Côte d'Ivoire, le nombre de malades est passé de 18 105 cas en 2003 à 24 222 en 2012 ^[4]. De 1994 à 2010, le nombre de cas de tuberculose dépisté a augmenté en moyenne chaque année d'environ 4,6% pour les nouveaux cas à frottis positif et 5,4% pour toutes les formes de tuberculose ^[5]. Le nombre de cas notifié en 2015 est de 22 879 ^[6]. Au regard de cette charge, la maladie demeure une préoccupation pour tous les pays. C'est pourquoi, la Côte d'Ivoire à l'instar des autres pays du monde en a fait une priorité à travers le Programme

National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Plusieurs actions sont menées dans le but d'éradiquer la pathologie. Ainsi l'on peut observer une baisse du taux de mortalité. Celui-ci a diminué de 22% entre 2000 et 2015. Plus de 3 million de vie ont été sauvées en 2015. Mais, sur les 10,4 millions de tuberculeux, seuls 6,1 millions ont été détectés et notifiés. L'« Objectif 90-90-90 » est le nouveau plan 2016-2020 de lutte contre la tuberculose. Il vise à orienter les plans nationaux vers une forte augmentation des efforts pour éliminer la tuberculose. L'ambition est de diagnostiquer 90% des personnes qui en sont atteintes, dont 90% des populations les plus fragiles et assurer 90% de guérisons grâce aux traitements. S'ils sont atteints, ces buts devraient permettre d'éradiquer les épidémies de tuberculose à l'horizon 2035 ^[7]. Si d'année en année, le nombre de nouvelles infections et de décès ne cesse de baisser, la tuberculose n'en demeure pas moins un adversaire coriace qui continue de semer la mort ^[8] en dépit des efforts d'application des stratégies recommandées par l'OMS. L'évolution des cas notifiés de tuberculose en Côte d'Ivoire (1992-2010) ^[9] et les victimes qui en résultent montrent l'urgence qu'il y a à mettre fin à cette pathologie. Pour une éradication de la tuberculose, il faut nécessairement qu'il n'existe plus de perdus de vue. Ceux-ci sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union internationale contre la TB et les maladies respiratoires (UICTRM) et l'Association royale hollandaise contre la TB (KNCV) comme étant un patient dont le traitement a été interrompu pendant deux mois consécutifs ou plus ^[10]. Des

¹OMS (Centre des médias), "Principaux faits" in *Aide-mémoire*, 2014, N°104, [en ligne] (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/f>)

² virus de l'immunodéficience humaine

³ OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2016, 2017

⁴ Programme National de Lutte Contre la Tuberculose, 2013, rapport.

⁵Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Côte d'Ivoire, plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre la tuberculose, 2012.

⁶ WHO, Data as reported to WHO. Estimates of TB and MDR-TB burden are produced by WHO in consultation with countries, 2017 Generated: 2017-06-05,

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=BW&outtype=html.

⁷ UNOPS, Le Plan Mondial pour Éliminer la Tuberculose, Le changement de paradigme, 2016-2020, in *Stop TB Partnership*, 2015 http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/GPRFrench_2016-020_WEB.pdf (consulté le 10-9-16).

⁸ Fonds mondial, Rapport 2016 sur les résultats, Genève Suisse, ISBN 978-92-9224-461-3.

⁹ Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Côte d'Ivoire, plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre la tuberculose, 2012.

¹⁰OMS-UICTRM-KNCV, Révisions des définitions internationales pour la lutte contre la tuberculose, in *Int J Tuberc Lung Dis*; 2001, vol.5, p.213-215.

recherches ont montré que le taux des perdus de vue est très variable d'une région à une autre ^[11]. Il baisse rarement jusqu'à 0%. Depuis 2006, le CDT de Lakota (Côte d'Ivoire) tente de relever ce défi à tel point que le responsable a reçu le prix du deuxième meilleur CAT du pays en 2009. Il a réussi la guérison à 100% des malades qu'il a dépistés sur trois ans avec zéro (0) cas de perdus de vue sur la même période. Il s'agit pour nous de montrer les stratégies mises en œuvre par le responsable du CDT pour éviter les perdus de vue dans son aire sanitaire. Autrement dit, comment le CDT de Lakota est-il parvenu de façon consécutive à éviter les perdus ?

2. Méthodologie

2.1 Champ géographique

Le département de Lakota est situé dans le Centre-ouest de la Côte d'Ivoire (5° 50' 59" N 5° 41' 01" O) et compte 202 201 habitants selon le RGPH de 2014. Le nom Lakota vient de « lakota lôhokoda » qui signifie en dida, langue locale « il y a des éléphants ici ». Le climat de la zone présente deux principales saisons: une saison humide allant du mois de février à octobre et une saison sèche de décembre à janvier. Les précipitations annuelles sont comprises entre 1.000 et 1.500 MM. La température moyenne annuelle est de 26°C ^[12]. La végétation est de type forêt mésophile désignée couramment sous le nom de forêt dense semi-décidue ^[13]. Dans cette zone géographique, le CDT ^[14] est situé dans l'enceinte du district sanitaire. Il est constitué du bureau de l'infirmier du CDT dont le bâtiment qui l'abrite est en cours de réhabilitation. L'infirmier reçoit donc les patients sous un hangar en bas duquel se trouvent entassés plusieurs meubles à l'image d'ordures.

2.2 Techniques de collecte

IL s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir de neuf entretiens individuels. Ceux-ci ont porté sur les parents de malades perdus de vue (03), le Responsable du CDT(1), le Médecin (1), l'infirmier/suppléant le responsable du CDT(1), le Technicien de laboratoire (1), l'Assistant social (1) et l'Agent de santé communautaire (1). Ils ont été repérés à partir de la technique de choix raisonnée. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits par nous-mêmes. Ils ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu fondée sur le structuro-fonctionnalisme et la théorie de l'autodétermination.

2.3 L'analyse: le structuro-fonctionnalisme et la théorie de l'autodétermination

L'atteinte des objectifs du CDT peut être expliquée par le structuro-fonctionnalisme et la théorie de l'autodétermination. En ce qui concerne le structuro fonctionnalisme, le point de

vue de Parsons distingue le structuralisme, destiné à analyser les structures de la société vue dans sa globalité, et le fonctionnalisme, qui vise à appréhender les fonctions présentes dans cette même société. Dans sa théorie, l'auteur explique comment un ordre peut exister sur la base des actions individuelles. La sociologie de Parsons comporte deux directions. La première consiste à analyser l'action et à montrer comment celle-ci est structurée et régulée par le système. La deuxième tend à analyser le système et à montrer comment celui-ci est organisé et mobilise une multitude d'actions. Il décrit les organisations comme des sous-systèmes d'un système social environnant, global. Dans cette optique, chaque organisation reproduit une structure sociale commune se distinguant de ses voisines par les fonctions qu'elle met en œuvre ^[15]. Les acteurs impliqués dans la lutte contre la tuberculose sont issus de différentes structures. Bien que ne constituant pas une entité chargée officiellement de lutter contre la tuberculose, ces structures au-delà de leur vocation officielle apportent un soutien à la lutte contre cette maladie. Cette approche a été renforcée par la théorie de l'autodétermination. Selon cette théorie, tous les êtres humains ont la volonté de s'autodéterminer et pour cela doivent satisfaire trois besoins fondamentaux innés que sont le besoin de compétence (se sentir efficace, faire face à des challenges stimulants), d'autonomie (auto-organiser son expérience, se sentir le propre initiateur de nos actions) et de relations sociales basées sur le respect mutuel et la confiance réciproque ^[16]. La théorie de l'autodétermination tient pour acquis que l'individu est naturellement porté à être actif, motivé, curieux et qu'il désire vivement réussir, étant donné que la réussite est en elle-même fort gratifiante. La théorie reconnaît cependant qu'il y a aussi des personnes aliénées, qui effectuent leurs tâches de façon mécanique, ou encore, des personnes passives et démotivées. La théorie de l'autodétermination explique ces différences par les types de motivation, lesquelles sont le fruit de l'interaction entre la nature active inhérente à l'individu et les divers environnements sociaux qui la soutiennent ou la contrecarrent. La théorie de l'autodétermination repose sur deux types de motivation: la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque.

Pour Deci E. L. ^[17] et White R.W ^[18], on est en présence d'une motivation intrinsèque lorsque l'individu fait une activité parce qu'il la trouve intéressante et qu'elle lui apporte satisfaction ou plaisir. L'individu qui agit sous l'impulsion de la motivation intrinsèque le fait parce que l'activité elle-même est pour lui source de gratification. La personne est intéressée à ce qu'elle fait et manifeste de la curiosité, explorant de nouveaux stimuli et travaillant à maîtriser des défis toujours plus grands. La motivation « intrinsèque » est le prototype parfait de l'autodétermination: « J'entreprends une tâche parce que je le veux et qu'elle me plaît (intéressante et / ou source de plaisir). » L'individu n'est donc pas sous le contrôle

¹¹Affolabi D. *et al.*, Anti-tuberculosis drug resistance among new and previously treated pulmonary tuberculosis patients in *Int J Tuberc Lung Dis*, 2007; vol. 11, Cotonou, Benin, pp.1221-1224

¹²Vroh B. T. A., Cissé A., Adou Yao C. Y., Kouamé D., Koffi K. J., Kpangui K. B., Koffi B. J. C., Relation entre la Diversité et la biomasse aérienne des espèces arborescentes dans les agroforêts traditionnelles à base de cacaoyers: cas de la localité de Lakota (Côte d'Ivoire). *African Crops Science Journal*, 2015, 23(4): 311-326.

¹³Mangenot G., Etude sur les forêts des plaines et plateaux de la Côte d'Ivoire. *Etudes éburnéennes*, 1955, 4: 5-61

¹⁴Centre de Diagnostic et de Traitement

¹⁵ Rocher Guy, *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, PUF, 1972.

¹⁶Deci, E., L. & Ryan, R., M., The what and Why of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior in *Psychological Inquiry*, 2000, vol. 11, n°4, pp.227-268.

¹⁷Deci, E. L. *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Press. 1975.

¹⁸White, R. W. Motivation reconsidered: The concept of competence. in *Psychological Review*, 1959, vol.66.

d'incitations extérieures: le « lien de causalité de l'action » se trouve donc en lui-même ^[19]. La motivation extrinsèque, par opposition, implique que l'individu entreprend une activité en fonction d'une conséquence qui lui est extérieure. Parmi les exemples les plus évidents de motivation extrinsèque, figure le cas où l'individu agit avant tout pour obtenir une récompense ou pour éviter une punition ^[20].

Si la motivation extrinsèque se situe au premier plan de la prise en charge des malades, la motivation intrinsèque est celle qui a suscité le dévouement du personnel. Mais c'est la pleine intégration de ces motivations qui a favorisé l'atteinte des objectifs du CDT en matière d'évitement des perdus de vue. C'est la combinaison de ces deux types de motivation qui a produit la motivation totale comme le démontre aussi Atkinson J.W. ^[21] et Porter L. W. et Lawler E. E. ^[22] dans leurs travaux. C'est la motivation intrinsèque qui a suscité le développement de la stratégie de collaboration, d'intensification des activités, de réduction des déplacements des tuberculeux et la recherche active de ceux-ci sur le terrain.

2.4 Les difficultés dans le suivi des malades de la tuberculose

L'existence des perdus de vue est liée à plusieurs facteurs relevés par les acteurs impliqués dans le suivi des tuberculeux. Les agents de santé expliquent les cas d'échec au traitement par les raisons suivantes: l'inconscience, les problèmes financiers (pour le transport et l'alimentation), la défaillance dans le suivi communautaire (non implication de la famille) l'irrégularité des moyens de déplacement, l'insuffisance et l'incompréhension des informations sur la tuberculose, l'illusion d'être guéri et les difficultés d'accessibilité géographique. De même, le médecin interrogé évoquant le cas des causes des perdus de vue les lie à l'aspect psychologique et économique en ces termes.

« Il y a deux groupes de causes: L'inconscience des patients. Malgré les explications, des patients se montrent indociles au traitement quand bien même il existe un infirmier relais; certains ne croient pas en leur état de santé (le complexe, ils pensent que ça n'arrive qu'aux autres et que lui il ne peut pas avoir la tuberculose. Ça n'arrive surtout que pour des gens d'un certain niveau. Pour eux, ils ne peuvent pas avoir la tuberculose. C'est un complexe de supériorité. Parfois aussi après quatre mois le malade se sent à l'aise et pense qu'il est guéri. Malgré tout ce qu'on lui dit, il ne croit pas. C'est ce que je pouvais appeler les causes psychologiques. Les causes économiques, il s'agit de la pauvreté qui est à la base des problèmes d'alimentation, de déplacement et la dépendance alcoolique ».

Dans le même sens, le responsable du CDT explique

¹⁹De Charms, R., *Personal causation* New York: Academic Press, 1968.

²⁰Deci, E., L. & Ryan, R., M., Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie, in *Canadian Psychology*, 2008, Vol. 49, No. 1, 24-34.

²¹Atkinson, J. W., *An introduction to motivation*. Princeton, NJ: Van Nostrand, 1964.

²² Porter, L. W., & Lawler, E. E. *Managerial attitudes and performance*, Homewood, IL: Irwin-Dorsey, 1968.

« C'est des raisons économiques parce que les malades n'ont pas de moyens pour venir chercher les médicaments. Moi ce que j'ai constaté, c'est qu'après les deux mois, ils pensent qu'ils sont guéris. C'est pourquoi je prends souvent le temps pour bien sensibiliser. Quand le patient est bien sensibilisé et qu'il adhère au traitement, même quand il pleut, il marche pour venir chercher son médicament. C'est comme ça que j'ai toujours réussi à ne pas avoir de perdus de vue ».

De son côté, l'ASC soutient

« Nous sentons que les malades ont la volonté de se faire soigner mais le coût du traitement constitue un problème (déplacement, examens, possibilité pour bien manger). Le malade se dit si je vais à Lakota, qui va payer mon transport ? Et s'il y a des analyses ? Moi j'essaie de les convaincre en leur disant que c'est gratuit pour les motiver un peu ».

Quant aux parents des malades (PM), ils insistent sur l'accessibilité d'ordre géographique, financier et alimentaire. *« De mon village Kpadeko à Lakota, les Frais de transport sont de 3000 FCFA par personne. La route est mauvaise. C'est fatigant. C'est vers Sassandra. La voiture quitte ici à 17h et arrive là-bas à 2h du matin. Tous les soirs, le véhicule s'en va. Maintenant, il ne vient plus. On lui envoie les médicaments. Dans la région, c'est très dur pour se déplacer ».* (PM1). Dans l'ensemble, les parents des malades soutiennent que l'interruption du traitement s'explique par: l'ignorance (ne savent pas qu'il est dangereux d'interrompre le traitement), les effets secondaires des médicaments, la prise quotidienne des médicaments, la forme des comprimés (trop gros), le manque de moyens de transport, la durée du traitement, la cessation de la toux, l'aggravation de la maladie et l'absence de personne pour suivre le malade, les cas de grossesse (penser que les médicaments peuvent détruire le fœtus) les difficultés pour respecter les interdits, l'illusion d'être guéri, le comportement de l'entourage. Face à ces difficultés, le personnel du CDT a mis en place des stratégies pour atteindre ses missions.

4. Les dispositions prises par le personnel soignant

Ces dispositions, relatées par le médecin et l'infirmier, reposent essentiellement sur les plans organisationnel, psychologique, social et médical.

4.1 Sur le plan organisationnel: une collaboration autour de l'infirmier responsable du CDT.

À Lakota, l'infirmier est la seule personne officiellement désignée pour lutter contre la tuberculose.

« Nous sommes au sein du district. Et le district qui est lui-même au sein de l'hôpital n'a pas non plus de local propre à lui. Donc nous exploitons les locaux de l'hôpital général de Lakota. Jusqu'à ce jour, je suis seul. Quand je ne suis pas là, c'est l'infirmier spécialiste de la lèpre qui m'aide à distribuer les médicaments. Nous exploitons les locaux de l'hôpital général de Lakota qui a en son sein trois techniciens de laboratoires qui eux aussi ont été formés au diagnostic de la tuberculose, à l'étude de lame, à la recherche de BK. Ils travaillent en collaboration avec les techniciens de laboratoire » (infirmier responsable du CDT).

Pour parvenir à sa mission, l'infirmier collabore avec un ensemble de personnes. L'objectif général étant de lutter

contre la tuberculose, chacun a un objectif spécifique à réaliser. Le médecin supervise les activités en se focalisant sur l'aspect médical. L'infirmier coordonne toutes les activités, prend en compte l'aspect médical et psychologique. Le technicien de laboratoire est chargé de l'analyse des lames pour la recherche des BK. L'assistante sociale est chargée de comprendre et de prendre des dispositions sur le plan social. L'infirmier de la lutte contre la lèpre supplée le responsable du CDT. Les infirmiers des villages relaient l'infirmier du CDT dans leurs différents Centres de Traitement (CT). Les ASC (agents de santé communautaire) servent d'intermédiaire entre le personnel médical et la communauté, recherchent les cas suspects, suivent les malades sous traitement et participent activement à la recherche des malades perdus de vue.

« Le malade qui est dans le village, il tousse pendant plus de deux semaines. Je l'envoie chez l'infirmier, mais nous là-bas, nous avons la chance d'avoir un médecin. Donc je l'envoie chez le médecin. Lui il me le ramène et je l'enregistre et je le fais venir pour voir l'infirmier du CDT. Quand l'infirmier constate qu'il est tuberculeux, il le met sous traitement. S'il est avéré tuberculeux, j'échange avec lui sur les nouvelles conditions de vie. Est-ce que c'est un homme marié ? Comment il dort à la maison avec ses enfants ? Il ne doit plus consommer de l'alcool, tout ce qui ne va pas avec la maladie, il y a tous ces aspects qu'il faut gérer avec lui sur le terrain ».
(Agents de santé communautaire)

Les parents et/ou les accompagnateurs des malades veillent au respect des consignes données par l'infirmier, accompagnent le malade en quête des conditions nécessaires pour le rétablissement de la santé.

Ces acteurs travaillent en collaboration et rendent régulièrement compte à l'infirmier responsable du CDT. C'est dans cette collaboration qu'ils affrontent ensemble les difficultés liées à la prise en charge des malades de la tuberculose.

4.2. Sur le plan psychologique

L'infirmier et le médecin démontrent la stratégie utilisée sur le plan psychologique pour annoncer la maladie, expliquer et faire accepter la situation de maladie et le traitement. En effet, l'annonce de la tuberculose et celle de la séropositivité sont faites par l'infirmier :

« Je suis chargé de l'annonce. Je ne tourne pas. Je lui dis, nous avons fait un prélèvement de crachat et après analyse du technicien de laboratoire, il a découvert le BK. Tu fais la tuberculose. C'est donc la tuberculose qui fait que tu tousses, tu ne manges pas assez. Chaque fois quand tu te lèves, tu es déjà fatigué. Je lui dis, la tuberculose est une maladie guérissable. Quand on prend les médicaments, on guérit facilement. J'informe aussi sur le VIH car ayant reçu une formation dans ce sens (counseling) et je suis autorisé. On nous a appris à ne pas tourner. On lui dit: Monsieur ou Madame, on vous a fait un prélèvement de sang parce que vous faites régulièrement les furoncles, (mais avant qu'on arrive aux résultats, ils voient d'abord les images dans mon bureau) vous faites la diarrhée, des dermatoses donc on a pris votre sang. Quand on est malade, ce qui peut permettre la voie de guérison, il faut la rechercher. J'ai pris ton sang et voici ce que j'ai trouvé. Mais ce n'est pas une fin en soi. On a découvert ce que tu as comme maladie. C'est une joie pour

nous d'avoir fait cette découverte. On va tout faire pour que tu aies les médicaments. Si tu les prends, tu vas recouvrer la santé. Tu seras comme moi. Tu seras comme les autres. Si tu n'acceptes pas le traitement, la maladie va détruire toute la défense et tu vas commencer à faire la diarrhée, à avoir les boutons sur ton corps, les plaies dans la bouche, à perdre les cheveux. Tu gagneras à bien prendre tes médicaments. Il y a beaucoup de malades du sida dans la ville, bien habillés en vestes, au volant de leur voiture, ils circulent partout. Mais ils viennent prendre leurs médicaments » (infirmier responsable du CDT).

L'annonce de la tuberculose est toujours suivie de conseils

« Quand on annonce à un malade qu'il a la tuberculose, c'est comme si le ciel était tombé sur lui. Aujourd'hui comme il y a le VIH/ SIDA, on lui fait la comparaison en lui disant toi au moins tu as la tuberculose, il y a certains qui ont le VIH/ SIDA. Entre vous deux, laquelle des situations tu préfères ? Nous donnons toujours l'assurance au malade en lui disant que la tuberculose certes tue mais qu'elle est guérissable. Très souvent, nous avons des malades sur notre banc qui sont venus chercher des médicaments. Nous les citons en exemple. On lui dit par exemple, le Monsieur que tu vois là, il y a deux mois, il ne pouvait pas lui-même venir chercher ses médicaments. Mais aujourd'hui, lui il marche très bien, et vient chercher ses médicaments. Les malades entre eux font leur prise en charge psychologique. Les premiers donnent des conseils aux entrants. On leur explique ce qu'est la tuberculose, ses manifestations, les modes de contagion et comment l'éviter. Comment gérer la tuberculose pour ne pas qu'un autre membre de la famille ne puisse pas la contracter. Nous évitons que le malade soit isolé de façon stricte. C'est un malade qu'on peut saluer, c'est un malade avec qui on peut communier. On ne doit pas l'isoler comme on faisait avant, c'est-à-dire on construit une petite case. On dépose son repas et quitter d'abord avant que le malade vienne le chercher. Pour ceux qui sont contagieux, nous leur disons qu'ils doivent avoir leurs assiettes, leurs soupières, leurs verres, cuillères et chaque fois qu'ils doivent tousser, ils doivent mettre un mouchoir sur la bouche avant de tousser. Ils doivent aussi tousser dans une boîte contenant du sable ou de l'eau de Javel. C'est les conseils qu'on leur donne pour qu'ils arrêtent de contaminer l'entourage. J'ai l'habitude de leur dire: toi seul tu es malade, tu as payé 5000 fcfa non obligatoire pour te soigner. Si tu es seul on peut te gérer. Mais si tu t'es arrangé à ce que celui qui t'a accompagné soit contaminé, qui va s'occuper de toi ? Tes parents aussi ont la tuberculose, qui va s'occuper de qui ? Les gens du village ou de l'entourage auront peur de vous. On dira que vous êtes une famille de tuberculeux. Donc, c'est toi qui dois faire en sorte que les gens puissent vous fréquenter ». (Infirmier responsable du CDT)

Le médecin intervient pour renforcer les explications données par l'infirmier en insistant sur la chance de guérir si le malade prend convenablement ses médicaments et sur les dangers du non-respect de ses principes.

Sur le plan psychologique, on note une intensification en communication autour du malade.

4.3 Sur le plan médical

Sur le plan médical, le responsable du CDT ne se limite pas

seulement à la tuberculose. Il considère toutes les autres pathologies pouvant aggraver la santé du malade et implique tous les agents de santé.

« Sur la prise en charge, après le dépistage, c'est de donner régulièrement les médicaments. Depuis le diagnostic jusqu'au traitement complet, nous devons suivre le malade. Nous avons en charge tous les petits problèmes qu'il peut rencontrer (autres maladies). Pour éviter qu'on donne à nos malades un certain nombre de médicaments que nous ne pouvons contrôler, nous demandons au malade s'il ne se porte pas bien, la première personne à consulter c'est nous. C'est nous qui devons les référer à un autre médecin ou spécialiste pour qu'on puisse bien gérer les six mois de traitement » (Infirmier responsable du CDT).

Pour éviter les perdus de vue, l'infirmier implique tous les agents de santé.

« Chaque mois, on a une réunion de district. Quand je découvre un malade dans un village, j'informe l'infirmier de son aire sanitaire. Je lui donne les indications et l'identité du malade tout en lui signifiant les dispositions à prendre pour éviter d'être contaminé. Et j'ai toujours démontré par A plus B que la tuberculose quelque part, c'est la tuberculose partout. Elle peut quitter un lieu pour un autre (se répandre). J'ai fait comprendre au Directeur Départemental d'ici que la tuberculose à Lakota ne soit pas le seul fait de l'infirmier du CDT. Et que s'ils ne font pas attention, ils vont faire la tuberculose. Ils ont posé comme condition, des cahiers de registres. Je leur ai dit qu'il n'y a pas de problème. Il y a eu des séminaires de formation sur l'ouverture de CT. Ça m'a aidé. Mais le problème est que quand on affecte un infirmier ailleurs, celui qui doit le remplacer doit être formé. Or cela fait deux ans qu'il n'y a plus eu de formation. Quand l'infirmier est formé, on peut lui donner des médicaments de deux mois pour un malade. C'est comme ça qu'on travaille pour éviter les perdus de vue » (Infirmier responsable du CDT).

Pour mieux contrôler les patients, l'infirmier prend en charge les autres problèmes de santé ou réfère le malade à un autre médecin. Il associe les infirmiers des différents villages et veille à la régularité de leur formation dans la prise en charge des malades de la tuberculose.

4.4 Sur le plan social

Sur le plan social, l'assistante sociale, l'ASC et l'infirmier coordonnent leurs efforts pour suivre les malades dans la communauté. Du côté de l'Etat, il est montré au malade qu'un effort a été fait pour amoindrir les dépenses:

« Il y a des cadeaux qu'on fait à l'endroit des patients, une manière de les encourager à bien suivre le traitement. On lui montre que l'Etat lui vient en aide dans sa prise en charge. On fait des visites à domicile pour vérifier si le patient suit bien son traitement. Sur le terrain, des visites sont menées pour se rapprocher des patients afin de comprendre et résoudre leurs problèmes ». (Infirmier); « Nous effectuons des visites à domicile en fonction des motifs et en collaboration avec les conseillers communautaires. Nous, assistants sociaux n'allons pas sur le terrain mais c'est plutôt les conseillers communautaires. Le malade lui-même peut demander à être visité par rapport à un problème qu'il a rencontré. Nous recherchons les malades irréguliers ou perdus de vue par des

appels téléphoniques ou des déplacements. Nous constatons que c'est après le traitement de la tuberculose qu'ils sont perdus de vue » (Assistante sociale).

Des stratégies ont été développées sur le plan psychologique, médical, et social. Mais elles nécessitent plus d'explication. Quel sens peut-on donc donner aux attitudes et comportements des acteurs de la lutte contre la tuberculose ? Comment faut-il comprendre les difficultés liées à la prise en charge des tuberculeux ? Comment peut-on interpréter les stratégies développées pour réduire les perdus de vue ?

5. La récurrence des difficultés dans la prise en charge de la tuberculose

Les difficultés liées au suivi des tuberculeux au CDT de Lakota sont essentiellement d'ordre psychologique, économique, géographique et social. Ces difficultés ne sont pas spécifiques au CDT de Lakota. L'expérience de Médecins Sans Frontières (MSF) dans le sud du Myanmar illustre bien des difficultés similaires sur le plan géographique. Il en est de même pour celles réalisées par Rey J-L relatifs à l'organisation des structures, au personnel soignant, au traitement, à l'individu, etc. [23]. Dans une étude réalisée à Madagascar, les raisons d'ordre professionnel, financier et familial sont citées comme motif d'abandon du traitement [24]. Les mêmes difficultés sont évoquées par Lamia H. [25] quant à son travail de mémoire de fin d'étude.

C'est au regard de ces difficultés qu'il est difficile d'éviter les perdus de vue dans un centre de prise en charge des tuberculeux. Mais connaissant les mêmes difficultés, le CDT de Lakota a réussi depuis 2009 à déployer des stratégies lui permettant d'éviter les perdus de vue. Comment peut-on comprendre la stratégie mise en œuvre par le responsable du CDT ?

6. L'implication des acteurs et l'intensification des tâches

En Côte d'Ivoire, la prise en charge de la tuberculose est effectuée selon les recommandations de l'OMS. Mais les stratégies et l'ardeur dans la gestion des perdus de vue varie d'un CDT à un autre. Si ces acteurs rencontrent presque les mêmes difficultés pour diminuer le taux des perdus de vue, les stratégies pour les éviter ne sont pas encore trouvées pour tous les centres. Le cas du CDT de Lakota qui enregistre régulièrement zéro (0) perdus de vue est tributaire du comportement des acteurs sur le terrain. Ce comportement s'illustre par l'organisation mise en place par le responsable du CDT et l'intensification de la contribution de tous les

²³Rey J-L, Tuberculose et observance, In *Développement et Santé*, 2008, n°190, [en ligne] <http://devsante.org/base-documentaire/education-sanitaire/tuberculose-et-observance>

²⁴Fanjaso R., et al, Profil des malades perdus de vue en cours de traitement dans le Programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar, in *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*. 1999, Volume 9, Numéro 4, Juillet-Août 1999, pp. 225-9 Étude originale [en ligne] http://www.jle.com/it/revues/san/e-docs/profil_des_malades_perdus_de_vue_en_cours_de_traitement_dans_le_programme_national_de_lutte_contre_la_tuberculose_a_madagascar_273814/article.phtml

²⁵Lamia H., *Les facteurs impliqués dans l'abandon du traitement anti bacillaire chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Cas des préfectures Ain Chock -Hay Hassani-Nouaceur, Région du Grand Casablanca*, MEMOIRE DE FIN D'ETUDES, 2010.

acteurs à chaque niveau de la prise en charge du malade. En effet, pour parvenir à sa mission, l'infirmier a réussi à maintenir autour de lui une équipe stratégique. Ces acteurs ont des formations spécifiques, des fonctions spécifiques et sont affectés à des postes précis. Mais face à la défaillance en personnel pour la prise en charge de la tuberculose, une équipe est formée et chaque acteur au-delà de sa fonction initiale consacre une partie de son temps à la prise en charge des malades de la tuberculose. Chacun contribue en fonction de la formation reçue et des attentes du responsable du CDT. Ces différents acteurs mettent en œuvre leur savoir et savoir-faire dans leurs domaines respectifs de même que les moyens matériels dont ils disposent pour une meilleure prise en charge des tuberculeux.

C'est ainsi que sur le plan psychologique, le médecin, l'infirmier et l'assistante sociale s'activent à sensibiliser les malades afin qu'ils acceptent la maladie, le traitement et les conditions pour la guérison. Sur le plan médical, le médecin, l'infirmier, le technicien de laboratoire et l'infirmier spécialiste de la lèpre et ceux des villages mettent l'accent sur le diagnostic et les stratégies pour le traitement. Sur le plan social, l'ASC, l'Assistante sociale et les parents des malades cherchent à comprendre les problèmes des malades, leur conditions de vie et trouvent les solutions adéquates pour un meilleur suivi social. Ces acteurs conjuguent leurs efforts dans les bureaux, sur le terrain avec l'implication de la communauté pour lutter contre la tuberculose. En fait, sans cette collaboration, il est impossible à chacun de ces auteurs de parvenir individuellement à éviter les perdus de vue. Partant, il s'agit de la réduction de la tuberculose dans la population. Chacun des acteurs éprouve un sentiment de satisfaction à collaborer avec l'autre. Cette complémentarité en fonction des spécialités constitue un atout pour la lutte contre la tuberculose à Lakota. Les règles, normes et décisions majeurs viennent du PNLT (Programme National de Lutte contre la Tuberculose). Techniquement, les recommandations du PNLT sont appliquées de façon consensuelle mais avec les stratégies appropriées sur le terrain.

Au CDT de Lakota, l'infirmier a impliqué tous les acteurs nécessaires à chaque niveau de la prise en charge. Chaque étape voit l'intervention de plusieurs acteurs pour intensifier l'encadrement du malade. Ainsi, cette organisation permet de retrouver les perdus de vue. En réalité, ce qu'il faut comprendre ici, c'est qu'aucun aspect pris isolément ne peut permettre d'éviter les perdus de vue. L'intervention intensive des acteurs implique une intensification au niveau de chaque aspect (psychologique, médical et social). L'influence de la communication sur l'état psychologique des patients relative à leur adhésion à un traitement sans interruption est renforcée par une intensification des activités sur les plans médical et social. L'on doit l'évitement des perdus de vue à la collaboration des structures de santé à travers leur différents personnels.

7. La communication et l'humanisme de la prise en charge

Si la prise en charge psychologique semble relever de la compétence de l'infirmier, du médecin et de l'assistante sociale, elle est en réalité assurée par tous les acteurs que le malade fréquente. Elle va de l'annonce de la tuberculose et de la séropositivité pour d'autres jusqu'à la guérison.

Pour éviter les perdus de vue, l'infirmier au cours de l'annonce explique au malade que la tuberculose est une maladie guérissable à condition que le traitement soit bien suivi. Aussi précise-t-il au cours de cette annonce, les dangers d'un mauvais suivi ou de l'échec du traitement. Cette attitude de l'infirmier consiste à amener le malade à accepter sa nouvelle situation et à garder le contact avec lui. Pour renforcer cette explication, il prend en exemple les anciens malades qui se sont conformés aux recommandations du CDT. Ceux-ci ont régulièrement suivi le traitement et sont guéris ou sont sur le point de l'être.

L'infirmier ne se limite pas seulement aux malades. Il procède, quand l'occasion lui est donnée à la sensibilisation des acteurs communautaires (religieux) de se limiter à la prière qui peut être complémentaire dans le processus de guérison du malade. Pour lui, si la prière est indispensable pour celui-ci, elle doit venir en complément au traitement. Il ne s'agit pas de quitter le CAT pour le temple comme si l'on pouvait substituer l'un à l'autre. C'est en fait l'un des recours des malades quand ils sont déclarés séropositifs. Guidés par le désespoir ils se confient à Dieu.

Cette attitude de l'infirmier témoigne de la communication qui s'engage entre les différents acteurs dans la lutte contre la tuberculose à Lakota. Elle est intensifiée au niveau de chaque acteur. En effet, la communication relative aux différentes réalités de la maladie, au traitement et aux dangers de l'arrêt du traitement permet au malade de prendre conscience et de croire aux avantages d'un bon suivi. Ce rapprochement favorise l'intégration du malade et démontre le dévouement du personnel soignant et des acteurs communautaires dans la sauvegarde des vies humaines. Cet aspect est mentionné par l'IRD après une recherche effectuée sur l'évaluation de la magnitude du problème de la tuberculose au Sénégal et des moyens de lutte disponibles. Sur sept centres concernés, seul un centre, celui de l'hôpital de Fann(Dakar), connaît un faible taux de perdus de vue grâce au système d'information: « *Il y a peu de perdus de vue dans leur service en raison de l'humanisation du traitement grâce à la mise en place d'une réelle communication entre le patient et toute l'équipe soignante.* »^[26]. Dans les autres centres, cette politique est défaillante car le problème d'information et de communication demeurent les points faibles dans la prise en charge des tuberculeux. Egalement, dans le cadre d'une étude au Mali sur les perdus de vue au sein des malades vivant avec le VIH/SIDA, la question de l'information demeure l'un des facteurs déterminant même si la qualité des soins, l'éloignement des centres de prise en charge, la nature de la cellule familiale et l'état de santé jouent sur les risques d'être perdus de vue et l'assiduité du patient: « *Au regard des outils, il est important de retenir que le cœur de la question des perdus de vue est éminemment une question d'information. D'abord parce que c'est la qualité de l'information circulant dans le système de santé et la qualité des relais de cette information qui permettent d'assurer le suivi le meilleur*

²⁶ IRD, *Amélioration de l'observance du traitement et des taux de guérison de la tuberculose dans un pays d'endémie palustre, le Sénégal, Rapport d'étape (phase I) Evaluation de la magnitude du problème de la tuberculose au Sénégal et des moyens de lutte mise en place.* 2002.

possible aux patients. Ensuite, parce que le fait de disposer d'une information riche sur un patient (c'est à dire incluant des éléments précis sur leur domicile, des contacts, des précisions sur la cellule familiale...) est le signe d'une bonne intégration de ce patient dans le système de soin. »^[27]. Cette position est aussi celle de Horo K. *et al.*^[28] pour qui le défi de la réduction de l'incidence des perdus de vue, nécessite l'adhésion du patient aux « bonnes attitudes » à adopter en post éducation-information.

8. L'accessibilité géographique

8.1 L'ouverture des centres de traitement (CT)

L'une des stratégies fondamentales mises en œuvre par l'infirmier est la décentralisation du CDT par la création de CT (Centre de Traitement). Le responsable du CDT par ce procédé confie la prise en charge des malades à l'infirmier le plus proche de son domicile. Il est formé et ensemble avec l'ASC et la communauté, ils suivent le malade. Cette stratégie favorise une autre qui est celle du mode de dotation en médicaments.

8.2 De la dotation en médicaments

Au regard des difficultés d'ordre géographique, économique et de l'irrégularité des moyens de transport, l'infirmier responsable du CDT de Lakota propose aux malades résidant dans les villages éloignés une dotation d'une durée d'un mois. Lorsque le malade est bien encadré sur le terrain, l'infirmier lui offre une dotation pour une durée d'un mois. Avec un infirmier formé, il va jusqu'à une dotation de deux mois. Ces stratégies favorisent sur le plan médical la prise en charge. Cette dotation est gérée par l'infirmier du village périphérique et l'ASC. Pour un traitement bien suivi, le malade se déplace six (6) fois au cours de son traitement. La possibilité est donnée à l'ASC, l'infirmier ou le parent qui a accompagné le malade de venir chercher les médicaments lorsque la présence du malade n'est pas obligatoire.

Ces stratégies réduisent les déplacements des malades, rapprochent l'agent de santé du patient et permettent à celui-ci d'accéder facilement aux médicaments.

8.3 Le suivi des malades dans la communauté

8.3.1 L'implication de l'infirmier dans la prise en charge des pathologies associées à la tuberculose

Les malades interrompent très souvent le traitement pour d'autres voies de prise en charge. Cette interruption peut être liée à d'autres malaises que le malade ressent. Mais le CDT ne se limite pas seulement à la prise en charge de la tuberculose. Il s'implique dans la prise en charge des autres maladies associées pour éviter aux malades plusieurs recours à la fois. Mais quand on annonce au tuberculeux qu'il est séropositif, il préfère se confier à Dieu par les prières. Cette situation amène les malades à fréquenter les temples au détriment du CDT. Prendre en compte toutes les maladies du patient ne suppose pas que le CDT a aussi pour vocation la prise en charge des

autres pathologies. Il s'agit surtout pour l'infirmier de le référer au spécialiste de la maladie dont il souffre. Cette stratégie lui permet de connaître les praticiens que le malade fréquente, d'échanger avec eux et demieux suivre le malade.

8.3.2 De la recherche des cas suspects au suivi sur le terrain

Dans la communauté, les ASC sont chargés de la recherche des cas suspects. Ils suivent les malades sous traitement sur le terrain, veillent sur la mobilité de ceux-ci, leurs conditions de vie et sensibilisent les parents à les accepter. Ils les suivent dans la prise quotidienne des médicaments. Ils sont aidés dans cette tâche par l'entourage et les parents des malades. Cet encadrement permet de suivre régulièrement la situation géographique, financière, etc. du malade.

L'implication des ASC et des parents des malades au suivi des tuberculeux est une stratégie pour suivre de près le malade. L'observance dans la prise quotidienne des comprimés favorise un repérage constant des malades. Si malgré l'effort fait par l'État en subventionnant le traitement, un malade interrompt son traitement, il est recherché dans la région. Les ASC et les infirmiers se livrent à des recherches en se renseignant.

Si des stratégies sont régulièrement adoptées pour éviter les abandons de traitement, rares sont celles qui dans leur exécution ont atteint l'objectif visé. En général, les stratégies développées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose prennent en compte les volets psychologique, médical et social. Mais, la différence réside au niveau des approches utilisées et du but visé.

9. Perspectives

Les stratégies mises en œuvre par le responsable du CDT de Lakota pour éviter les perdus de vue résident dans son dynamisme à collaborer avec d'autres acteurs auxquels il a suscité une volonté de participation. Au-delà des risques liés à cette pathologie, le CDT en relevant le défis des perdus de vue diminue ces risques à grande échelle. En répondant ici à la question comment le responsable du CDT qui est le seul acteur officiel de lutte contre la tuberculose à Lakota a pu de façon successive enregistrer zéro (0) perdu de vue contrairement aux autres centres mieux équipés en ressources humaines et matérielles officielles, la nécessité d'une comparaison des différentes approches s'impose. La socio-anthropologie de la santé en s'intéressant à cet aspect de la tuberculose offre un outil de compréhension des actions liées à la lutte contre la tuberculose. Partant, ces résultats permettraient aux autorités sanitaires de déployer les mécanismes pouvant susciter l'engouement des acteurs officiels et non officiels à lutter contre la tuberculose. C'est dans cette perspective que les chercheurs bien que n'étant pas des spécialistes ou des praticiens de cette pathologie offrent leurs services. Il s'agit donc pour nous d'intensifier les recherches pour permettre l'élaboration de stratégies générales d'évitement des tuberculeux perdus de vue.

10. Conclusion

Les raisons qui justifient les perdus de vue sont apparemment les mêmes (la précarité économique, le poids psychologique de la maladie, les problèmes institutionnels et organisationnels

²⁷Lurton G., *Les perdus de vue dans la file active de la région de Ségou* (Sciences-po Paris Master Affaires Internationales), 2008.

²⁸Horo K., *et al.* "Facteurs prédictifs du statut « perdus de vue » au cours du traitement de la tuberculose" in *Revue des Maladies Respiratoires*, 2011, Volume 28, numéro 7, pp. 894-902 Doi: 10.1016/j.rmr.2011.01.012[en ligne] <http://www.em-consulte.com/rmr/article/651282>

de l'hôpital, la défaillance dans la mise en confiance du patient, etc.) dans les centres de prise en charge de la tuberculose en Côte d'Ivoire tout comme partout ailleurs en Afrique. Mais parvenir à éviter les perdus de vue tout en bravant ces difficultés n'est pas évident. L'exemple du CDT de Lakota en Côte d'Ivoire montre que l'évitement des perdus de vue est possible grâce à la conjugaison des efforts de tous les acteurs. Ce dévouement est fondé sur l'autodétermination et surtout sur la motivation intrinsèque des acteurs qui favorise le développement des stratégies adaptées aux réalités de la zone.

11. References

1. Affolabi D, *et al.*, Anti-tuberculosis drug resistance among new and previously treated pulmonary tuberculosis patients in *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007; 11:1221-1224.
2. Atkinson JW. An introduction to motivation. Princeton, NJ: Van Nostrand, 1964.
3. Deci EL. Intrinsic motivation. New York: Plenum Press, 1975.
4. Deci EL, Ryan RM. The what and Why of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior in *Psychological Inquiry.* 2000; 11(4):227-268.
5. Deci EL, Ryan RM. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie, in *Canadian Psychology.* 2008; 49(1):24-34.
6. De Charms R. Personal causation New York: Academic Press, 1968.
7. Fonds mondial, Rapport sur les résultats, Genève Suisse, 2016. ISBN 978-92-9224-461-3.
8. Lurton G. Les perdus de vue dans la file active de la région de Ségou Sciences-po Paris Master Affaires Internationales, 2008.
9. IRD, Amélioration de l'observance du traitement et des taux de guérison de la tuberculose dans un pays d'endémie palustre, le Sénégal, Rapport d'étape (phase1) Evaluation de la magnitude du problème de la tuberculose au Sénégal et des moyens de lutte mise en place, 2002.
10. Lamia H. Les facteurs impliqués dans l'abandon du traitement anti bacillaire chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Cas des préfectures Ain Chock -Hay Hassani-Nouaceur, Région du Grand Casablanca, Memoire De Fin D'études, 2010.
11. Manganot G. Etude sur les forêts des plaines et plateaux de la Côte d'Ivoire. *Etudes éburnéennes.* 1955; 4:5-61.
12. OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2016-2017.
13. Oms-Uictmr-Knc V. Révisions des définitions internationales pour la lutte contre la tuberculose, in *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001; 5:213-215.
14. Porter LW, Lawler EE. Managerial attitudes and performance, Homewood, IL: Irwin-Dorsey, 1968.
15. Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Côte d'Ivoire, plan stratégique national 2012-2015 de lutte contre la tuberculose, 2012.
16. Programme National de Lutte Contre la Tuberculose, rapport, 2013.
17. Rocher Guy. Talcott Parsons et la sociologie américaine, PUF, 1972.
18. Vroh BTA, Cissé A, Adou Yao CY, Kouamé D, Koffi KJ, Kpangui KB, *et al.* Relation entre la Diversité et la biomasse aérienne des espèces arborescentes dans les agroforêts traditionnelles à base de cacaoyers: cas de la localité de Lakota (Côte d'Ivoire). *African Crops Science Journal.* 2015; 23(4):311-326.
19. White RW. Motivation reconsidered: The concept of competence. in *Psychological Review,* 1959, 66.
20. Fanjasoa R, *et al.* Profil des malades perdus de vue en cours de traitement dans le Programme national de lutte contre la tuberculose à Madagascar, in *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé.* 1999, 9(4), Juillet-Août 1999, pp. 225-9 Étude originale [en ligne] http://www.jle.com/fr/revues/san/e-docs/profil_des_malades_perdus_de_vue_en_cours_de_traitement_dans_le_programme_national_de_lutte_contre_la_tuberculose_a_madagascar_273814/article.phtml(Consulté le 15- 9-16).
21. Horo K, *et al.* Facteurs prédictifs du statut perdu de vue au cours du traitement de la tuberculose' in *Revue des Maladies Respiratoires,* 2011, 28(7):894-902 Doi: 10.1016/j.rmr.2011.01.012[en ligne] <http://www.em-consulte.com/rmr/article/651282> (Consulté le 02-9-16).
22. Rey JL. Tuberculose et observance, In *Développement et Santé,* 2008, n°190, [en ligne] <http://devsante.org/base-documentaire/education-sanitaire/tuberculose-et-observance> (Consulté le 06-9-16).
23. OMS. Centre des médias, Principaux faits in Aide-mémoire, 2014, N°104, [en ligne] (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/f>) (consulté le 10-9-16).
24. UNOPS. Le Plan Mondial pour Éliminer la Tuberculose, Le changement de paradigme, 2016-2020, in *Stop TB Partnership,* 2015 http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/GPRFrench_2016-020_WEB.pdf (consulté le 10-9-16).
25. WHO, Data are as reported to WHO. Estimates of TB and MDR-TB burden are produced by WHO in consultation with countries, 2017 Generated: 2017-06-05, https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=BW&outtype=html.(consulté le 10-09-2016)