



Centre Africain d'Etudes

Supérieures en Gestion



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Pour l'obtention du MBA en Gestion des services de santé

Option : Gestion des Programmes de santé

27ème Promotion

THEME

Contribution à l'amélioration de la lutte contre la tuberculose : analyse de ses représentations sociales au centre de santé Philippe Maguilen Senghor de Yoff/Dakar/Sénégal

Présenté par :

NdeyeSawlou THIAW

Sous la direction de :

Dr Kalidou SY

Enseignant associé au CESAG

Année Académique 2016-2017

DEDICACES

AU NOM D'ALLAH,

LOUANGE A ALLAH,

PAIX ET SALUT SUR SON PROPHETE MOUHAMED

Je dédie ce travail :

- ✚ A ma mère **Ndèye Coumba DIOP** : cette femme brave et courageuse, qui s'est battue et continue à se battre pour nous mettre dans des conditions meilleures. Qu'ALLAH te Garde et te Préserve de tout mal.
- ✚ A ma grand-mère **Yaye Fatou DIOP** qui n'a jamais cessé de m'encourager dans la poursuite de mes études et qui s'est toujours battue pour protéger sa famille et de la mettre à l'abri du besoin ; Qu'ALLAH Lui accorde longue vie et une santé de diamant.
- ✚ A mon père **Issa THIAW** pour tout ce qu'il a fait pour nous
- ✚ A mon tendre et cher époux **Pape Maguette DIAO** pour son soutien inestimable. Merci d'être là à me soutenir, à m'encourager, à me redonner de la force quand je fléchis, à me rendre tout simplement heureuse.
- ✚ A mes adorables enfants, **Woly, Pape Samba et Mame Fatou**. Ces quelques mois de formation m'avaient privée de votre présence chaleureuse, mais vous étiez ma source de motivation. Ma princesse MameFatou tu as vu le jour après une longue journée de cours au CESAG avec ton chromosome de plus m'apportant joie et amour. Je te dédie tout spécialement ce travail.
- ✚ A ma sœur **Mama DIOP** qui me soutient dans tout ce que j'entreprends. Tes encouragements et tes prières m'accompagnent toujours
- ✚ A mes sœurs **Ndeye Awa, Salamba, Sadio, Mame Astou**
- ✚ A mes cousines **Maty, Fama, Khoudja, Adji**
- ✚ A mes tantes **Wolimata, Ndeye Fatou, Aminata DIOP, Adja DIOP** pour leurs prières et leurs encouragements
- ✚ A mes belles sœurs **Ndeye Sokhna, Adama Laye, Mame Penda, Mame Fatou, Fatou Samb** pour leur soutien sans faille

- ✚ A ma belle-mère **Woly Nliang** pour son soutien et ses prières
- ✚ A mes amies **Ramatoulaye Wone, Mame Marie, Adjil PAYE, Madjiguene** pour leurs encouragements et prières
- ✚ A mes amis **Mor Talla MBOUP** et **Samba NGOM** pour leurs encouragements et leur soutien.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude en l'endroit de :

- ✚ Mon encadreur le Professeur **Kalidou SY**, Chef de Département Lettres Arts et Communication à l'Université Gaston Berger de St Louis et Enseignant associé au CESAG pour sa disponibilité, sa rigueur et son implication dans la réalisation de ce travail malgré ses contraintes. Que le Tout Puissant vous Accorde toujours le meilleur.
- ✚ Au **Dr Elhadj Gueye**, Chef de département CESAG SANTE pour la qualité des enseignements reçus ainsi qu'à tout le personnel dudit département.
- ✚ A tout le personnel du CESAG pour la formation de qualité que nous avons reçue.
- ✚ A la 27^{ème} promotion de **MBA/GSS**
- ✚ A mes camarades du groupe FMI : **Dr Alice Sarr BARRY, Dr DIANE, Abdoulaye DIOP**
- ✚ A mes camarades devenues des sœurs **Son Excellence Mme Halima Djigo KOUNOU, Dr Maryam SARR, Dr Racky SY DIOUF, Dr Alice Sarr BARRY, Awa SIDIBE, Awa BATCHILI, Dr Dienabou KEITA, Adama BA**
- ✚ Au **Dr SamassiYacoub**
- ✚ Au **Dr Maguette Teuw DIAO** professeur en gestion et marketing
- ✚ Au **Dr Djibril DIALLO** proviseur du lycée de Ouakam
- ✚ Au **Dr Tacko Aly BA** responsable bureau formation et recherche au PNT
- ✚ Au **Dr Abdou Karim DIOP**, médecin chef du district ouest et directeur du centre de santé Philipe Maguilen Senghor de Yoff
- ✚ A **Mme Ndiaye**, responsable du CDT au centre de santé Philipe Maguilen Senghor de Yoff
- ✚ A **Ibrahima THIAW** président du comité de santé du centre de santé Philipe Maguilen Senghor de Yoff
- ✚ A **Moussa SowMbengue** ASC au niveau du centre de santé Philipe Maguilen Senghor de Yoff

SIGLES ET ACRONYMES

BC : Banque Centrale

PNT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

UCAD : Université Cheikh AntaDiop de Dakar

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNDS : Programme National de Développement Sanitaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CMG : Centres Médicaux de Garnison

MAC : Maison d'Arrêt et de Correction

PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement

ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

BCEAO : Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest

OMD : Objectifs du Millénaire de Développement

USAID: United States Agency for International Development

ENPI : Entités Nosologiques Populaires Internes

CDT : Centre de Traitement

Tb : Tuberculose

DOTS : Directly Observed Treatment, Short-course (Observation Directe de la Prise Médicamenteuse)

IEC : Information Education Communication

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

ASC : Association Sportive Culturelle

ASC : Agent de Santé Communautaire

CESAG : Centre Africain D'Etudes Supérieures de Gestion

CSPMS : Centre de Santé Philipe Maguilen Senghor

DO : District Ouest

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La cartographie de la commune d'arrondissement de Yoff.....	16
Figure 2: Diagramme d'Ishikawa.....	82
Figure 3: Le diagramme de Pareto	85

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau III: Répartition du personnel du centre de santé	22
Tableau IV: Répartition des malades tuberculeux par trimestre dans le district ouest et au niveau du CSPMS en 2017	23
Tableau V: Répartition des malades irréguliers dans leur traitement et des malades perdus de vue par trimestre au niveau du district ouest et au niveau du CSPMS en 2017	24
Tableau VI: Priorisation des problèmes du CDT	42
Tableau VII: Caractéristiques sociodémographiques des malades participant à l'étude Source : Nos propres enquêtes	59
Tableau VIII: Grille d'analyse de contenu des entretiens individuels avec les malades	60
Tableau IX: Résultats de l'analyse de contenu du focus group avec des élèves	71
Tableau X: Résultats de l'analyse de contenu du focus group avec les ménagères	74
Tableau XI: Hiérarchisation des causes par le groupe nominal	83
Tableau XII: Hiérarchisation des causes par fréquences cumulées décroissantes	84
Tableau XIII: Priorisation des solutions	88
Tableau XIV: Cadre Logique	91
Tableau XV: Plan opérationnel	95
Tableau XVI: Chronogramme des activités	98
Tableau XVII: Budgétisation	100
Tableau XVIII: Cadre de Suivi-évaluation.....	102

TABLE DES MATIERES

Introduction

« Mettre fin à la tuberculose à l'ère des ODD : une réponse multisectorielle ». Tel a été le thème de la première conférence ministérielle mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé sur la tuberculose tenue à Moscou les 16 et 17 novembre 2017 qui avait pour objectif d'amener tous les États Membres de l'OMS à redoubler d'efforts pour prendre des mesures propres à mettre fin à l'épidémie mondiale de tuberculose d'ici à 2030, par une action multisectorielle et interdisciplinaire s'inscrivant dans le programme des objectifs de développement durable. Ainsi en vue de mettre fin à l'épidémie de tuberculose, le secteur de la santé ne peut pas être seul pour lutter contre les facteurs de risque et les déterminants de la maladie.

La tuberculose est la principale cause de décès par maladie infectieuse dans le monde : en 2016, 1,7 million de personnes sont mortes de cette maladie¹. Elle entraîne aussi des conséquences économiques et sociales profondes. La crise de santé publique associée à la tuberculose multirésistante continue de s'aggraver et la tuberculose reste une cause majeure de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

L'éradication de la tuberculose fait partie des priorités des politiques de santé des pays les plus touchés par la maladie et du Sénégal en particulier. Ainsi a-t-il lancé la lutte contre la tuberculose. Cette lutte, comme toute action de santé publique prend en compte les données de base de l'épidémiologie de la maladie. Au Sénégal, la lutte fondée sur ces principes comporte des actions préventives et curatives.

Sous bien des aspects, la tuberculose se présente comme une maladie liée au temps. Lente à s'exprimer sous la forme de symptômes visibles, elle nécessite aussi une longue prise en charge thérapeutique². En effet, un traitement incomplet ou mal suivi risque de provoquer chez le malade l'apparition de bacilles résistants aux antibiotiques et leur dissémination dans la population en général. Ces questions cruciales, incluant les difficultés du dépistage et du traitement, se posent au Sénégal.

¹ Aide-mémoire OMS 2018

² A.B Diallo, M.Diallo,Y. Jaffré « La lutte contre la tuberculose vue du « terrain »représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée) », MedecineTropicale 2004 ; 64 : 619 625

Cependant, il faut rappeler que les savoirs populaires sur la tuberculose intègrent des formes de représentations de celle-ci qui n'entrent pas toujours dans les connaissances biomédicales sur cette maladie.

De même les recours thérapeutiques choisis par certaines populations ne se limitent pas seulement aux parcours thérapeutiques préconisés par les spécialistes de la santé. Leurs recours aux soins, lorsqu'elles sont confrontées à la tuberculose, s'orientent vers d'autres pratiques thérapeutiques, et plus précisément vers la médecine traditionnelle.

Voilà pourquoi il nous paraît nécessaire d'étudier cette maladie autrement que pour sa connaissance biomédicale. Car celle-ci ne nous apprend pas vraiment « la réalité sociale » de la tuberculose notamment les représentations sociales de la maladie, ni le rôle que ces représentations peuvent jouer dans la prise en charge de la maladie. C'est dans ce contexte que notre travail de recherche se propose d'analyser les représentations sociales que les malades et la population en général ont de la tuberculose.

Pour mieux mener notre étude, nous l'avons divisée en trois parties :

- La première partie est constituée du cadre théorique et méthodologique.
- La deuxième partie est consacrée à l'analyse et à l'interprétation des résultats
- La troisième partie est réservée à l'identification, hiérarchisation et priorisation des causes et solutions du problème, et la mise en œuvre de la solution retenue

PREMIERE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE
THEORIQUE

CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE

I. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

1. Généralités sur le pays

1.1.Géographie

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain, entre 12,5 et 16,5 degrés de latitude Nord. Il couvre une superficie de 196 712 Km². Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie et à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur une façade de 700Km. La République de Gambie qui occupe tout le cours inférieur du fleuve du même nom, constitue une enclave de plus de 300 km à l'intérieur du territoire sénégalais³.

1.2.Données climatologiques

Le Sénégal est un pays de l'Afrique subsaharienne. Le climat y est de type soudano-sahélien caractérisé par l'alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et d'une saison des pluies allant de juin à octobre. La pluviométrie moyenne annuelle suit un gradient décroissant du Sud au Nord du pays. Elle passe de 1.200 mm au Sud à 300 mm au Nord, avec des variations d'une année à l'autre. Trois principales zones de pluviométrie correspondant à trois zones climatiques sont ainsi déterminées : une zone forestière au Sud, une savane arborée au centre et une zone semi-désertique au Nord.

1.3.Organisation administrative

La capitale du Sénégal, Dakar, est en même temps celle de la région du même nom, presqu'île de 550 km² située à l'extrême ouest du pays.

L'organisation administrative, territoriale et locale de la République du Sénégal est fixée par le décret n° 2008-1025 du 10 septembre 2008 fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions et des départements et la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales. Le territoire comprend ainsi des circonscriptions administratives (14 régions, 45 départements et 117 arrondissements) et des collectivités locales (557 communes). Depuis le 28 décembre 2013, les anciennes communautés rurales sont érigées en communes.⁴

³ MSAS (2009), PNDS 2009-2018

⁴ MSAS (2009), PNDS 2009-2018

1.4.Situation économique

Après des décennies de croissance très modeste, en particulier entre 2007 et 2013, le gouvernement a adopté, en 2014, un nouveau plan de développement, le PSE, conçu pour aider le pays à sortir de ce cycle de faible croissance et de progrès insuffisants en matière de réduction de la pauvreté.

Portée essentiellement par l'agriculture et le secteur industriel, la croissance économique s'est récemment accélérée, atteignant environ 6,5 % en 2016 et 2017, faisant du Sénégal l'une des économies les plus performantes de l'Afrique subsaharienne, grâce à une meilleure compétitivité, des progrès ponctuels dans les réformes structurelles engagées et une conjoncture internationale favorable. Ce bon résultat s'explique aussi par la vitalité des exportations qui ont augmenté de près de 15 % en 2015 et de 13 % en 2016, soutenues par une diversification des produits agricoles, de pêche et du secteur extractif.

1.5.Population

La population est estimée à 15 726 037 habitants en 2018 dont 7 896 040 femmes et 7 829 997 hommes, soit une densité moyenne de 80 habitants au km². Toutefois, la dégradation des conditions de vie dans les zones rurales a favorisé d'importants flux migratoires vers les grandes villes, entraînant une grande disparité dans les niveaux d'urbanisation.

2. Le système de santé du Sénégal

2.1.Situation sanitaire

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général, et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... »⁵.

Le PNDS 2009-2018 constitue le document de référence pour l'ensemble des acteurs du Secteur de la santé.

⁵ MSAS (2009), PNDS 2009-2018

Il repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif.

La politique dans le secteur de la santé demeure dans la dynamique de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Elle est portée actuellement par le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS-II, 2009-2018) avec notamment pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infanto juvénile, la maîtrise de la fécondité et un plus grand accès aux services sociaux de base pour les plus démunis.

En 2016, le Sénégal compte un total de 3 084 structures de santé (dont 86 hôpitaux, 242 centres de santé y compris les centres médicaux de garnison (CMG), 1 250 postes de santé y compris les infirmeries des maisons d'arrêt et de correction (MAC) et 1 506 cases de santé. Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les Objectifs de Développement Durable (ODD).

2.2.Organisation du système de santé du Sénégal

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et un niveau périphérique appelé district sanitaire. Certains centres de districts ont été érigés en Etablissement Public de Santé de niveau 1. Les organes de participation communautaires ne sont pas représentatifs de la population mais demeurent opérationnels.

❖ Le Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, deux directions générales (Direction générale de la Santé et Direction générale de l'Action sociale) en plus des directions indépendantes et services nationaux rattachés.

❖ Le Niveau intermédiaire

Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives. Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région.

Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification.

❖ **Le Niveau périphérique**

Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. Plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département⁶.

En outre, on retrouve des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) au niveau régional, pour l'approvisionnement en médicaments et consommables hospitaliers, et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) au niveau central.

3. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe du système de santé

❖ **Menaces**

- ✓ La tuberculose multi résistante
- ✓ La co-infection avec le VIH /SIDA
- ✓ Rareté des ressources financières

❖ **Opportunités**

- ✓ Un engagement politique fort des autorités dans la lutte contre la tuberculose
- ✓ Un traitement efficace de la tuberculose

❖ **Forces**

- ✓ Gratuité des médicaments
- ✓ Tendances en baisse des estimations de mortalité, prévalence et incidence
- ✓ Existence d'un réseau de CDT accessibles et fonctionnels dans plusieurs structures sanitaires

❖ **Faiblesses**

- ✓ Existence d'un nombre significatif de cas de tuberculose non diagnostiqués et non traités

⁶ MSAS (2013) Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose au Sénégal, 2013-2017

- ✓ Connaissance insuffisante de la tuberculose par les populations
- ✓ Des malades perdus de vue et irréguliers dans le traitement de la tuberculose

II. ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

1. Présentation de la commune d'arrondissement de Yoff

1.1. Milieu Physique

Selon le rapport de projection de la population du Sénégal de 2013-2063 de l'ANSD la population de la commune d'arrondissement de Yoff s'élève à 103 501 habitants en 2018 dont 49 341 d'hommes et 54 160 de femmes

Le village de Yoff est établi sur le site de la presqu'île du Cap Vert au Sénégal. Il est situé dans la banlieue Nord de la grande agglomération dakaroise à 20 km du centre-ville. Il s'étend sur une superficie de 122 hectares et est limité à l'Est par les cités BCEAO, Nord Foire, à l'ouest par la cité de Warar, au Sud par la route de l'ancien aéroport Sédar Senghor et au Nord, le village de Yoff s'ouvre sur la Grande côte sénégalaise que baignent les eaux de l'océan Atlantique⁷.

Avec l'avènement de la loi 96 sur les collectivités locales, Yoff a été élevé au statut de commune d'arrondissement. Aujourd'hui la commune d'arrondissement de Yoff s'étend sur 790 hectares et regroupe, en plus du village traditionnel, la vingtaine de cités aménagées dans sa périphérie comme "BCEAO", "Nord Foire", "Aliou DIENE", "BIAGUI", "Sud Foire" « Ouest Foire ... Cette commune fait frontière au Sud avec celles d'Ouakam et Mermoz, à l'ouest avec celle de Ngor, à l'Est avec celles des parcelles Assainies, de la Patte d'Oie et de Grand Yoff. Au Nord elle s'ouvre largement sur l'océan Atlantique.

⁷ www.sommets-tourisme.org

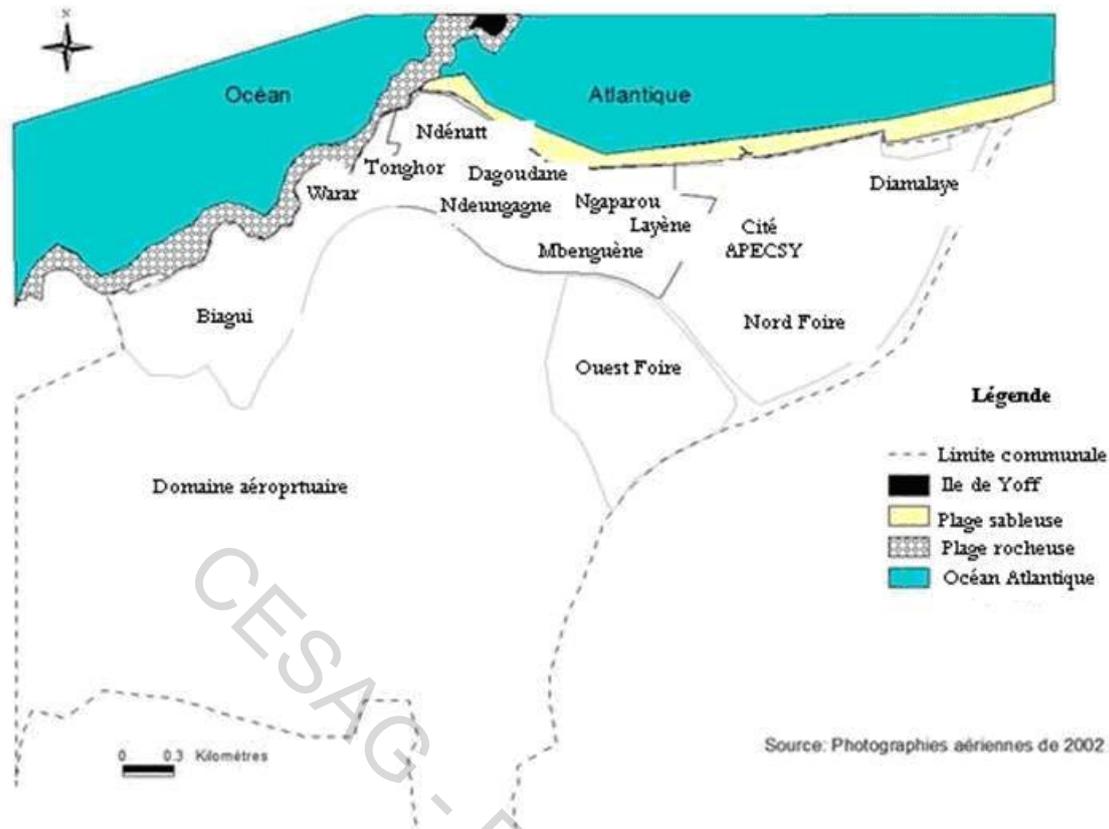


Figure 1: La cartographie de la commune d'arrondissement de Yoff

1.2. Historique de Yoff

Yoff est un village Lébou, le mot lébou, venant de "lébe" (faire des fables, dissimuler sa pensée) pour certains; pour d'autres, il vient de loubou (guerriers belliqueux) ou bien de léboukayba (lieu où l'on emprunte). La fondation du village, selon plusieurs sources, remonterait à près de cinq siècles. C'est à la faveur d'une longue pérégrination que le peuple Lébou serait arrivé sur le site de la presqu'île du Cap-Vert où il se serait établi successivement en plusieurs points. Ainsi il aurait créé Djander au Sud du Site de l'actuelle Kayar. A partir de là, il y aurait eu une période de dissémination à l'intérieur du Cap-Vert.

Entre autres étapes de ce déploiement spatial, nous avons celle de Mboukhèkhe dont les contours recouperaient d'avec ceux de l'actuelle cité Builders de la Patte d'Oie, vers le stade Léopold Sédar Senghor.

A la dislocation de Mboukhèkhe, les occupants se seraient scindés en deux principaux groupes qui auraient poursuivi leurs progressions vers le Sud de la tête de la presqu'île et vers le Nord de celle-ci. Cette dernière vague serait à l'origine de la fondation de MbendjiDob qui plus tard deviendra Yoff en 1558.

A cette date, Yoff, à l'image d'un village-en-tas", était perché sur la colline de Guenta, surplombant ainsi les paysages environnants. Ainsi furent créés progressivement les sept quartiers traditionnels que sont : Layenne, Ngaparou, Mbenguène, Dagoudane, Ndeungagne, Ndénatt, Tonghor.

Depuis sa fondation, le village de Yoff dispose d'un système de gouvernance locale basé sur la coutume. Il s'agit pour le pouvoir exécutif du "diaraf", du "ndeydjirew" et du "saltigué" et pour les assemblées délibérantes, des "freey", des "diambour" et des "magui Yoff"⁸.

1.3.Contexte socioculturel

La société traditionnelle yoffoise est basée sur le système de communautarisme. Le moi collectif l'emporte sur le moi individuel. Dès son plus jeune âge, l'individu est pris en charge dans le cadre d'un processus qui débute avec le carré intime pour aboutir au "penc", en passant par la concession. Ainsi par le biais de jeux (le "négab béti"...), ils parvenaient à inculquer aux jeunes générations les valeurs de civilisation cardinales pour faciliter leur intégration dans la société.

Sur le plan de la religion, la population de Yoff est fortement islamisée. Il est le fief de la confrérie des « layenes ». Néanmoins, elle garde rapports très intimes avec les esprits surnaturels dont le génie protecteur du village "MameNdiaré"; ce qui dénote d'un syncrétisme religieux très vivace. Ces rapports sont matérialisés entre autres par l'existence de manifestations rituelles (tourouMameNdiare...) et de sites sacrés tels le puits de "MameNdiaré", "Ndiew", "Soussgui" ...

Avec le phénomène de l'urbanisation, ce legs est aujourd'hui fortement menacé. En effet, avec le contexte d'uniformisation des cultures, les nouvelles générations tout comme les populations étrangères risquent de méconnaître des pans importants des traits de civilisation de la culture lébou. Cela se traduit par des phénomènes tels que l'acculturation, déperdition des mœurs, ...

⁸ www.sommets-tourisme.org

2. Présentation du centre de santé Philippe Maguilen Senghor de Yoff

2.1. Contexte du cadre

La région de Dakar est découpée en districts suivant leur localisation géographique (Est, Ouest, Nord, Sud). La population couverte par le district s'élève en 2017 à **237 725** habitants⁹. Chaque district coiffe une zone précise et polarise des centres, des postes et des cases de santé. Un centre est pris selon son nombre d'habitants et ses différentes prestations comme le district central le représentant. Le district ouest est représenté par le centre de santé Philippe Maguilén Senghor. Un centre de référence depuis sa création en 1969 et qui au fil du temps s'est hissé selon la hiérarchie sanitaire en niveau 1. Le district regroupe 3 centres de santé Yoff y compris, celui de Ouakam et de Ngor et 07 postes de santé dont : le poste de Yoff, Tonghor, Diamalaye, Mermoz, liberté 4, du SME ASCENA et dispensaire Charles Foucaud.

Le CSPMS a un rôle curatif et administratif. Les populations accèdent aux différents soins et prestations de santé offertes par les différents services. Le centre a aussi un droit de regard envers les autres structures se trouvant sous son contrôle. Dans cette perspective, des supervisions périodiques sont ainsi organisées. Le médecin chef de district est le représentant administratif et déroule la feuille de route de l'autorité suprême sanitaire.

2.2. Situation géographique

Sis au quartier Mbenguène de Yoff dans ladite commune d'arrondissement, le centre de santé Philippe Maguilén Senghor représentant le district sanitaire Dakar Ouest dans la région médicale de DAKAR couvre une superficie de 32 km². Il est limité au Nord par le quartier Ngarou, à l'Est par celui de Ndiouffenne, à l'Ouest par Ouest foire et au Sud par Layenne. Et concernant la situation géographique du district sanitaire, au Nord il est limité par l'océan atlantique, à l'Est par les communes d'arrondissement de Ngor et Ouakam, à l'Ouest par les communes de Grand Yoff et de Pattes d'oie et au Sud par FannHock et de Point E. Le centre se trouve près de l'Hôtel de Ville de Yoff et derrière le marché hebdomadaire.

2.3. Historique

Le CSPMS a connu une certaine évolution. En 1969, il était une maternité avant de passer à un poste de santé et puis aujourd'hui à un centre de santé de niveau un (1), représentant du district sanitaire Dakar Ouest. La commune d'arrondissement de Yoff constitue une vaste zone urbaine, c'est cela qui explique son érection en un centre de santé.

⁹ Projection de la population du Sénégal/ANSD-Juillet 2015

Le bâtiment où se trouve le bloc administratif du centre a été réalisé par la famille Choucair et a été inaugurée le 07 juin 1984 par Monsieur le Ministre de la santé de l'époque, Mamadou Diop, en présence de l'ancien président de la République Léopold Sédar Senghor et à cette date il fut dispensaire. En vue d'honorer la mémoire du fils du président mort par accident sur la route qui fait face à l'hôpital¹⁰.

En 2011 le bloc opératoire fut construit et devient fonctionnel en 2014 et les premières opérations de césariennes ont vu le jour avec le service kangourou, Suivi du service de la radiologie récemment installé de même que l'ophtalmologie.

2.4.Objectifs du CSPMS

Comme toutes les autres structures, une institution sanitaire a des objectifs bien déterminés pour la bonne marche de l'entité. Ainsi nous pouvons citer :

- La mission principale d'une structure sanitaire est d'ordre curatif.
- Donner des soins de qualité et assurer le bien-être de la population
- Offrir le maximum des prestations possibles pour faciliter à la population l'accès aux différents services.
- S'occuper de la feuille de route dressée par le ministère de la santé
- Superviser les activités des centres et postes qui sont sous son contrôle
- Accroître la couverture vaccinale
- Améliorer la prise en charge des affections courantes
- Assurer la disponibilité des médicaments IB surtout anti paludéens et tuberculeux
- Améliorer de manière continue le plateau technique
- Réduire de 50% le taux d'avortement spontané ou provoqué
- Lutter contre la mortalité maternelle et infantile
- Faire un suivi-évaluation de l'ensemble des programmes de santé.

¹⁰ Rapport d'activités CSPMS (2016)

3. Organisation du centre de santé

3.1. Les services généraux du CSPMS

Source : CSPMS

- Maternité
- Bloc opératoire/ Césarienne
- Bloc opératoire/ Gynécologie
- Bloc opératoire/ Cœlioscopie gynéco
- Bloc opératoire/ ORL
- Bloc opératoire / Chirurgie générale- Urologie
- Consultation médecin gynécologue
- Consultation médecin anesthésiste
- Unité de néonatalogie
- Salle kangourou
- Consultation CPN, PF, CPON
- Soins dentaires
- Vaccination dans le PEV
- Salle de soins

3.2. Les autres services du CSPMS

Source : CSPMS

- Consultation TRI infirmier
- Consultation Diabète
- Consultation Pédiatre
- Consultation cardiologue
- Consultation Pédiatre
- Consultation Dermatologue
- Consultation ORL / début mars 2014
- Consultation Néphrologue
- Consultation médecin généraliste
- Service Social : Prend en charge les cas sociaux et les tuberculeux (PNT)
- Consultation Urologie
- Consultation Chirurgie générale

- Laboratoire
- Echographie
- Pharmacie IB : Vente de médicaments essentiels subventionnés / l'Etat
- Service ophtalmologie (février 2016)
- Service Radiologie (février 2015)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3.3.Répartition du personnel de santé du CSPMS

Tableau I: Répartition du personnel du centre de santé

Source : CSPMS

Catégorie socioprofessionnelle	Etatique		Total	Commune de Yoff		Total	Communautaire		Total	Cumul
	Sexe			Sexe			Sexe			
	M	F	M	F	M	F				
Médecin généraliste	1	1	2	0	0	0	6	0	6	8
Médecin anesthésiste réanim.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Pédiatre	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Dermatologue	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Cardiologue	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Gynécologue obstétricien	1	2	3	0	0	0	0	0	0	3
Médecin ORL	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Chirurgien Dentiste	1	1	2	0	0	0	0	0	0	2
Pharmacien	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Technicien Sup. Anesthésie	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Technicien Sup. Administration	0	3	3	1	0	1	0	0	0	4
Technicien Supérieur Biologie	0	1	1	1	0	1	0	1	1	3
Technicien Supérieur Odonto	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Technicien Supérieur Ophtalm	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2
Gestionnaire / Comptable	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2
Infirmier d'Etat	0	2	2	0	0	0	1	9	10	12
Sage Femme d'Etat	0	22	22	0	1	1	0	17	17	40
Assistant Infirmier	0	2	2	0	1	1	0	7	7	10
Infirmier Breveté	0	0	0	1	4	5	1	10	11	16
Technicien Laboratoire	0	2	2	0	1	1	2	2	4	7
Assistant Social	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2
Aide infirmier	0	10	10	0	6	6	1	11	12	28
Agent nettoyage	0	0	0	0	0	0	5	23	28	28
Agent de service / adm	1	3	4	0	0	0	3	0	3	7
Agent préventionniste	0	2	2	0	0	0	0	0	0	2

Secrétaire	0	2	2	0	1	1	0	2	2	5
Chauffeur	1	0	1	2	0	2	0	0	0	3
Brancardier	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3
Lingère	0	0	0	0	0	0	0	7	7	7
Dépositaire	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5
Caissier	0	0	0	0	0	0	1	4	5	5
Technicien radiologie	1	0	1	0	0	0	2	0	2	3
Conseillère VIH/SIDA	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	11	61	72	7	14	21	25	99	124	217

3.4.Situation des patients tuberculeux dans le DO et au CSPMS

Tableau II: Répartition des malades tuberculeux par trimestre dans le district ouest et au niveau du CSPMS en 2017

Source : CDT

Période	D.O	CSPMS
Trimestre1	79	33
Trimestre2	97	34
Trimestre3	98	42
Trimestre4	72	34
Total	346	143

Tableau III: Répartition des malades irréguliers dans leur traitement et des malades perdus de vue par trimestre au niveau du district ouest et au niveau du CSPMS en 2017

Source : CDT

Période	Irréguliers		Perdus de vue	
	D.O	CSPMS	D.O	CSPMS
Trimestre1	4	4	2	0
Trimestre2	2	1	4	1
Trimestre3	2	0	4	0
Trimestre4	3	0	0	0
Total	11	5	10	1

3.5.Prise en charge du patient tuberculeux

Le patient tuberculeux est référé au CDT par les unités de consultation ou par d'autres structures sanitaires après confirmation de la tuberculose. Le CDT fonctionne en collaboration étroite avec plusieurs services du centre de santé comme le laboratoire, la médecine générale, la pharmacie ... pour la prise en charge optimale des patients tuberculeux. Il est aidé dans ses activités par des ASC.

Les protocoles thérapeutiques en vigueur suivent ceux préconisés par le PNT :

- ❖ Pour les nouveaux cas, le centre applique le protocole thérapeutique suivant :
 - Pendant 2 mois : association de RHZE (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol) ;
 - Puis pendant 4 mois : association de RH (Rifampicine, Isoniazide).

- ❖ Ce protocole thérapeutique diffère pour les cas de retraitement (échec thérapeutique, reprise, rechute) :

- Pendant 2 mois : association de RHZES (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol, Streptomycine en injection intramusculaire pendant 2 mois) ;
- Puis pendant 6 mois : association de RHZE (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide, Ethambutol).

Des séances de conseling sur la tuberculose et de sensibilisation sur les exigences du traitement sont faites avec le patient ainsi qu'avec un membre de sa famille.

4. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne

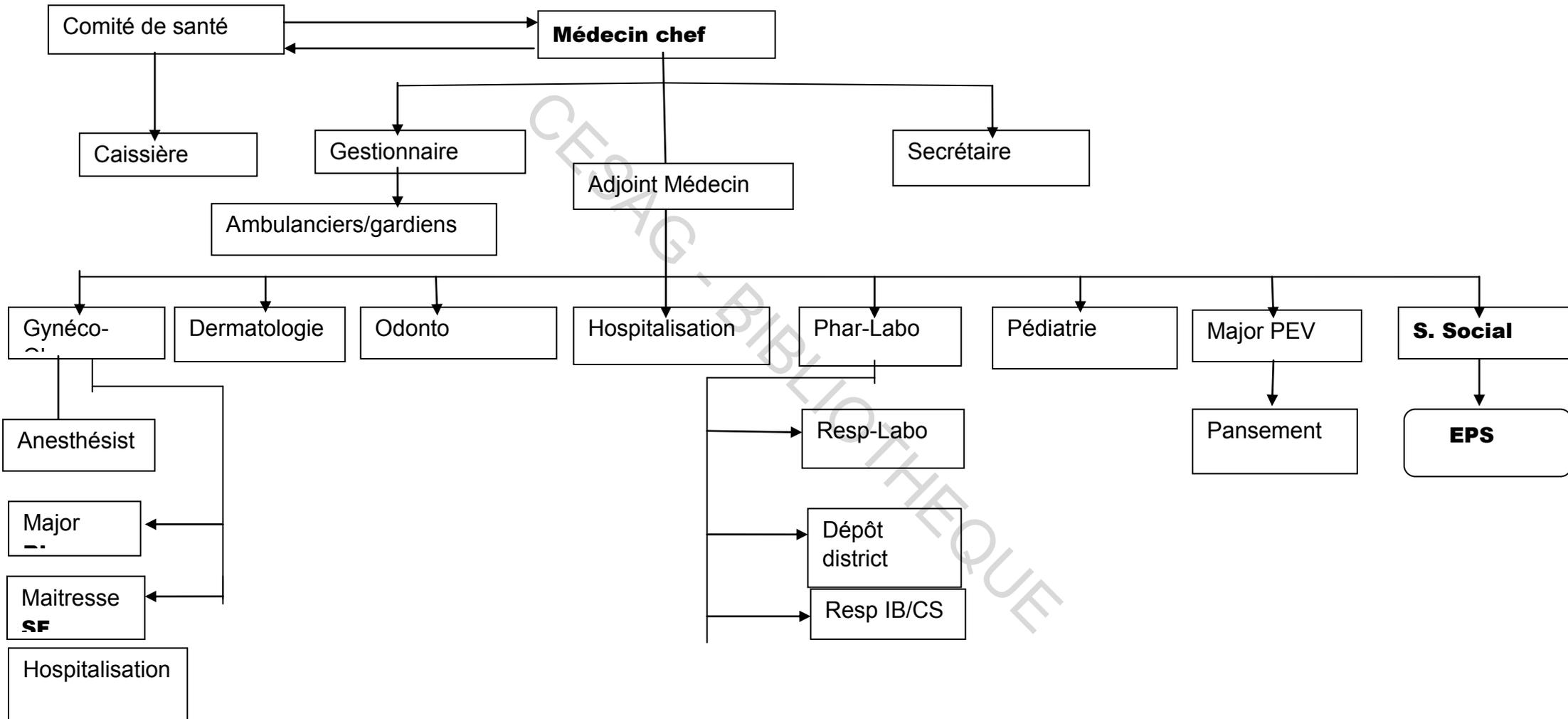
❖ Les points forts

- ✓ Disponibilité du service de laboratoire et de radiologie dans le diagnostic de la tuberculose
- ✓ Les soins de qualité délivrés au niveau du CDT
- ✓ Bon climat de confiance entre le personnel soignant et les malades

❖ Les points à améliorer

- ✓ Disponibilité des médicaments anti tuberculeux
- ✓ Emplacement du CDT
- ✓ Création d'une salle d'attente

Organigramme Fonctionnel



CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

I. GENERALITES SUR LA TUBERCULOSE

Qu'est-ce que la tuberculose ?

La tuberculose est une maladie infectieuse provoquée, dans la plupart des cas, par un micro-organisme (bacille) nommé *Mycobacterium tuberculosis*. Ce bacille pénètre habituellement dans le corps humain par inhalation dans les poumons. A partir de la localisation pulmonaire initiale, il se multiplie et gagne d'autres parties du corps via le système sanguin, le système lymphatique, les voies aériennes, ou par propagation directe à d'autres organes.

On distingue :

– *La tuberculose pulmonaire* qui est la forme la plus fréquente de la maladie et concerne plus de 80 % des cas. C'est la seule forme de tuberculose qui soit contagieuse. C'est pour cette raison que dans notre étude nous allons parler de cette forme.

– *La tuberculose extra-pulmonaire* qui atteint des organes autres que le poumon, le plus souvent la plèvre, les ganglions lymphatiques, la colonne vertébrale, les articulations, les voies génito-urinaires, le système nerveux ou l'abdomen. La tuberculose peut toucher n'importe quelle partie du corps¹¹.

➤ Les signes cliniques

Les symptômes sont une fébricule (38–38,5 °C) au long cours, une toux quelquefois accompagnée d'hémoptysie, un amaigrissement de 5 à 10 kg survenant en quelques mois et des sueurs nocturnes avec une intradermoréaction (IDR) positive à la tuberculine.

➤ Développement de la tuberculose

Le développement de la tuberculose dans le corps humain se fait en deux étapes. La première survient quand une personne exposée aux bacilles d'un tuberculeux contagieux est infectée (*infection tuberculeuse*) : la majorité des personnes infectées par la bactérie *mycobacterium tuberculosis*, n'en ressentiront aucun symptôme, elle vit dans l'organisme qui la tolère.

¹¹ OMS (2015)

La seconde étape est celle au cours de laquelle la maladie apparaît chez la personne infectée (*tuberculose maladie*) : c'est la forme active de la maladie, qui peut survenir après des années de latence ou qui peut se déclencher dès l'infection.

➤ **La contamination et les facteurs de risques**

Au moment où un malade atteint de tuberculose pulmonaire parle, tousse ou éternue, il disperse autour de lui un aérosol fait de gouttelettes de sécrétions bronchiques muco-purulentes, chacune d'entre elles contenant quelques bacilles : ce sont des « gouttelettes infectantes ». Dans un local fermé, les gouttelettes peuvent rester longtemps en suspension dans l'air et les bacilles restés vivants plusieurs heures dans l'obscurité : ce sont des « particules infectantes ».

Le risque de contagion est d'autant plus important que le contact est étroit, car il est lié à la densité des bacilles dans l'air respiré. Un autre facteur essentiel dans la transmission de la maladie est la durée pendant laquelle le sujet respire cet air contaminé. Les malades dont l'expectoration est positive à la bacilloscopie (c'est à dire que les BK sont visibles au microscope) sont beaucoup plus contagieux parce qu'ils libèrent beaucoup plus de BK que ceux dont l'expectoration n'est positive qu'à la culture. Plus quelqu'un vit près du malade, plus grande sera la quantité de BK qu'il aura inhalée. Ainsi une forte proportion d'enfants vivant à proximité d'une source de contamination sera infectée et le nourrisson d'une mère contagieuse court un risque particulier.

Les facteurs de risque sont : la malnutrition, l'immunodépression (infection par le VIH), la toxicomanie intraveineuse, l'absence de domicile fixe, le contact direct avec des personnes infectées, promiscuité dans des lieux mal ventilés, habitat surpeuplé et précaire, dortoirs collectifs et certaines professions de santé¹².

➤ **Diagnostic**

Il repose sur l'identification du germe, soit à l'examen direct d'un échantillon (expectoration) au microscope, soit après mise en culture de ce même échantillon. Cette dernière procédure est cependant longue (plusieurs semaines), ce qui retarde d'autant le diagnostic. Elle permet d'effectuer un antibiogramme (test de la sensibilité du germe à différents antibiotiques).

¹² OMS (2015)

➤ **Traitement**

Le traitement de la tuberculose repose essentiellement sur la chimiothérapie, qui est aussi l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir la dissémination des bacilles tuberculeux.

Les conditions d'une chimiothérapie correcte sont :

- une association appropriée de médicaments antituberculeux pour éviter l'apparition d'une résistance à ces médicaments ;
- la prescription de ces médicaments à des doses adéquates ;
- leur prise régulière par le patient ;
- et ce, pendant un laps de temps suffisant pour prévenir les rechutes de la maladie après l'arrêt du traitement.

Le traitement sera prescrit à chaque patient dont la tuberculose a été confirmée et doit être donné gratuitement aux malades.

Les principaux médicaments utilisés pour traiter la tuberculose sont l'isoniazide (H) et la rifampicine (R).

➤ **La stratégie DOTS**

La stratégie DOTS est une stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS.

Elle repose sur cinq éléments :

- la volonté politique des gouvernements concernant le financement et l'organisation ;
- le dépistage par des examens bactériologiques de qualité ;
- un traitement normalisé avec surveillance et soutien des patients ;
- une logistique pharmacologique efficace ;
- une évaluation constante de la situation.

Le but est d'éviter le développement de bactéries multi résistantes (bacilles de la tuberculose) aux antibiotiques dû à des traitements anarchiques.

Une des composantes les plus importantes du DOTS est l'observation directe du traitement. Cela veut dire qu'une personne formée pour cela doit regarder le patient qui avale ses médicaments.

L'observation directe est importante :

- Pour s'assurer que le patient prend correctement son traitement de manière régulière
- Pour repérer le plus rapidement quand un patient n'a pas pris sa dose, identifier le pourquoi et résoudre le problème
- Pour évaluer tous les problèmes que le patient peut avoir en rapport avec sa maladie, son traitement ou d'autres symptômes¹³

➤ **La tuberculose multi résistante**

Elle se définit comme une résistance à au moins deux médicaments antituberculeux de première intention, la rifampicine et l'isoniazide, à laquelle s'ajoute une résistance à une fluoroquinolone et à au moins un des trois antituberculeux injectables de deuxième intention (capréomycine, kanamicine et amikacine).

Des traitements mal adaptés ou mal suivis ont favorisé l'apparition des résistances. Selon l'OMS, une personne qui n'achève pas son traitement ou qui ne suit pas le traitement adéquat peut rester contagieuse. Les bacilles présents dans ses poumons peuvent devenir résistants aux antituberculeux. Les personnes contaminées par cette maladie présenteront alors la même souche pharmaco résistante. Cette souche va ensuite se transmettre à de nouveaux malades.

➤ **L'impact du VIH sur la tuberculose**

L'infection par le VIH entraîne une destruction très étendue des mécanismes de défense du corps. De ce fait, les personnes infectées par le VIH souffrent de maladies graves et souvent mortelles auxquelles les personnes non infectées par le VIH ne sont habituellement pas sensibles. L'apparition d'une tuberculose après infection par le bacille tuberculeux est habituellement prévenue par les réactions du système immunitaire ; ceci explique qu'une proportion relativement faible des sujets infectés tombe malade. Lorsque la protection conférée par le système immunitaire est réduite à cause du VIH, les bacilles tuberculeux « dormants » dans le corps de la personne infectée commencent à se multiplier et entraînent une tuberculose maladie¹⁴.

¹³ OMS (2016)

¹⁴ OMS(2015)

➤ **La lutte contre la tuberculose**

L'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires est la plus ancienne des organisations non gouvernementales internationales travaillant dans la santé.

Elle a acquis une expérience considérable en collaborant avec différents partenaires pour procurer des soins à plus d'un million de patients tuberculeux dans les pays les plus pauvres, à travers un Programme National de lutte contre la Tuberculose.

Pour combattre une affection comme la tuberculose, il est essentiel d'avoir une conception très claire des objectifs et des priorités. La lutte contre la tuberculose a pour objectifs :

- *au niveau de la communauté* : de réduire la dissémination de l'infection tuberculeuse et, par ce moyen, d'accélérer la disparition de cette maladie de la société ;
- *au niveau individuel* : de guérir le malade, de rétablir au plus vite sa capacité à mener les activités de la vie de tous les jours et de lui permettre de jouer son rôle au sein de sa famille et de sa communauté.

La première priorité d'un programme de lutte contre la tuberculose est le traitement et la guérison des patients tuberculeux en particulier de ceux qui transmettent l'infection par les micro-organismes (bacilles) responsables.

La tuberculose, maladie fréquente et très grave, doit constituer une priorité de premier ordre pour tous les groupes, organismes et personnes qui dispensent des soins de santé dans les pays à faibles revenus ; les activités de lutte contre la tuberculose doivent faire partie de tous les services de soins.

La tuberculose ne peut être maîtrisée que dans le cadre d'un Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT). Un tel programme doit être intégré au système général de santé de chaque pays. Le personnel para-médical, dans le cadre de ses nombreuses activités sanitaires, a le plus souvent la charge quotidienne des activités antituberculeuses (dépistage et traitement). Il est très important que ce personnel soit bien formé, motivé et supervisé.

La population dans son ensemble doit être mobilisée pour participer à la lutte, en particulier les organisations communautaires et les associations de professionnels de santé. Il est important de bien expliquer à la population que la tuberculose est guérissable et qu'aucune discrimination ni stigmatisation ne sont justifiées.

La participation communautaire est indispensable pour encourager les personnes souffrant de symptômes évocateurs de tuberculose à se présenter dans les centres de soins pour y être examinées et de faire en sorte que les patients tuberculeux suivent leur traitement jusqu'à la guérison.

➤ **Présentation du PNT**

Le programme national de lutte contre la tuberculose est une réponse de l'état à la pandémie tuberculeuse. La lutte contre la tuberculose, figurant parmi les priorités définies par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, a été érigée en programme depuis 1985. La gestion des activités de la lutte à l'échelon national est assurée par l'Unité Centrale dirigée par un coordonnateur.

➤ **Missions du PNT**

- Adapter les directives internationales relatives à la lutte contre la tuberculose
 - Concevoir et mettre en œuvre des stratégies aptes à renforcer la lutte antituberculeuse
 - Planifier, coordonner et gérer les activités de lutte contre la tuberculose
 - Mobiliser les ressources humaines, techniques et financières nécessaires à cette lutte
 - Promouvoir l'information, la sensibilisation et la communication en matière de lutte contre la tuberculose
 - Assurer la qualité du réseau de microscopie et de surveiller la résistance primaire des médicaments
 - Faire le suivi et l'évaluation de la politique nationale de lutte contre cette maladie
- Aux niveaux intermédiaire et périphérique :
- Les activités de la lutte contre la tuberculose sont intégrées aux paquets par niveau du système de santé à travers les régions médicales et districts sanitaires
 - Le PNT apporte une assistance technique et financière aux structures sanitaires et communautaires dans leurs tâches de diagnostic, de traitement, de formation, de planification, de suivi et d'évaluation des activités de lutte contre la tuberculose

➤ **Organisation du PNT**

Au point de vue organisationnel, le programme comprend huit bureaux

- La direction avec un chef de programme, spécialiste en santé publique appelé

coordonnateur national

- Le bureau de formation et recherche dirigé par un médecin de santé publique et disposant en son sein d'un point focal formation
- Le bureau de prise en charge dirigé par un médecin spécialiste en maladies infectieuses
- Le bureau suivi évaluation et planification dirigé par un médecin spécialiste en santé publique et disposant d'un point focal Gestion des données et d'un point focal Planification
- Le bureau de communication et partenariat dirigé par un spécialiste en communication et disposant de points focaux communication et partenariat
- Le bureau approvisionnement et gestion stocks, dirigé par un pharmacien et disposant d'un agent chargé de l'approvisionnement
- Le laboratoire national de référence dirigé par une pharmacienne biologiste et disposant d'un adjoint biologiste et deux points focaux (culture – antibiogramme et contrôle de qualité de la microscopie)
- Le bureau administratif et financier composé de deux unités :

L'une chargée de la gestion de la subvention du fond mondial constitué d'un responsable administratif et financier, de deux comptables, d'un auditeur interne et d'un caissier

L'autre chargée de la gestion des ressources de l'état du Sénégal et celles des autres partenaires financiers constitué d'un intendant et d'un comptable matières.

- L'unité de radiographie mobile dirigée par un médecin radiologue disposant de techniciens supérieurs de radiologie travaillant à titre temporaire

➤ **Objectifs du PNT**

• **Objectif général**

Réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose en accord avec les OMD et les cibles du partenariat STOP TB

• **Objectifs spécifiques**

- Chaque année dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir 85% d'entre eux
- D'ici 2015, réduire la prévalence et la mortalité de la tuberculose de 50% niveau de 1990
- D'ici 2050 éliminer la tuberculose (< 1 cas/ 1 million)

➤ **Stratégies du PNT**

- Poursuivre l'expansion et le renforcement de la stratégie DOTS de qualité
- Prendre en charge la TB/HIV, MDR-TB et les autres défis
- Contribuer au renforcement du système de santé par l'approche pratique santé respiratoire et le contrôle de l'infection
- Impliquer davantage tous les prestataires de soins
- Donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir à travers le partenariat
- Faciliter et promouvoir la recherche opérationnelle¹⁵

II. STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

L'Assemblée mondiale de la Santé, convoquée annuellement par l'OMS au Palais des Nations à Genève, a adopté en mai septembre 2015 une résolution (résolution 70/1 du 25 septembre 2015) approuvant sans réserve la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015, avec des cibles ambitieuses.

Cette stratégie vise à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose en réduisant de 95% le nombre des décès par tuberculose et de 90% l'incidence entre 2015 et 2035, et à ce qu'aucune famille ne supporte des coûts catastrophiques dus à cette maladie. Elle fixe des jalons intermédiaires pour 2020, 2025 et 2030.

Cette résolution appelle les gouvernements à adapter et à mettre en œuvre la stratégie en obtenant un engagement et un financement à un haut niveau. Elle axe principalement la stratégie sur les populations extrêmement vulnérables face à l'infection et qui ont difficilement accès aux soins de santé, telles que les migrants.

❖ **Pour parvenir au but en 2035, il faudra:**

- Développer la portée et la couverture des interventions pour les soins et la prévention de la tuberculose, en mettant fortement l'accent sur des approches intégrées, centrées sur les patients et ayant un fort impact.

¹⁵ <http://www.sante.gouv.sn/programmes-et-projets/programme-de-lutte-contre-la-tuberculose-pnt>

- Obtenir tous les bénéfices des politiques et systèmes de santé et de développement, en engageant un éventail bien plus grand de collaborateurs auprès des gouvernements, des communautés et du secteur privé.

Pour avoir le maximum d'impact, ces actions doivent s'appuyer sur les principes de la tutelle des pouvoirs publics, de l'engagement de la société civile, des droits de l'homme, de l'équité et de l'adaptation au contexte particulier des épidémies et situations diverses.

❖ **Cibles pour 2035**

- Réduire de 95% le nombre des décès par tuberculose (par rapport à 2015);
- Réduire de 90% le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 10 cas pour 100000 personnes);
- Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques dus à la tuberculose.

❖ **Jalons pour 2025**

- Réduire de 75% le nombre des décès par tuberculose (par rapport à 2015);
- Réduire de 50% le taux d'incidence de la tuberculose (moins de 55 cas pour 100000 personnes);
- Faire en sorte que plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques dus à la tuberculose.
- Rechercher des nouvelles connaissances et innovations scientifiques pouvant changer radicalement la prévention et les soins de la tuberculose¹⁶.

L'Etat du Sénégal qui fait de la lutte de cette maladie une priorité de santé publique, a posé des actes concrets pour stopper la maladie. Entre autres actes, il y a la mise en place d'un programme national de lutte contre la tuberculose (PNT) en 1985, la mobilisation de ressources financières, humaines et matérielles pour accompagner le programme, la gratuité des médicaments antituberculeux, l'inscription de la lutte contre la maladie comme orientation majeure du PNDS 1998-2008, l'engagement du Sénégal à maîtriser la tuberculose dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

¹⁶ OMS (2017)

La politique de lutte contre la tuberculose au Sénégal vise essentiellement à :

- Réduire la transmission de la maladie dans la communauté en favorisant une détection précoce de la forme contagieuse,
- Stériliser les sources de contagion par une poly chimiothérapie de courte durée
- Diminuer le fardeau économique de cette pathologie et les souffrances individuelles des personnes atteintes par un financement de la prise en charge de la tuberculose.

En effet le PNT dans un souci d'équité met en place les intrants permettant le diagnostic microscopique de la tuberculose pulmonaire contagieuse et les médicaments nécessaires au traitement de tous les patients tuberculeux diagnostiqués sur l'ensemble du territoire. Ce traitement est gratuit et recommande la prescription de schémas courts (6mois) et l'utilisation de médicaments combinés qui facilitent l'observance de prise en charge telle que recommandé par l'OMS

Un choix rationnel des antituberculeux et un approvisionnement régulier de médicaments de qualité prouvée permettent entre autres d'assurer la guérison des malades tuberculeux, de réduire les risques de transmission de la maladie et du développement de la tuberculose multi résistante.

La nouvelle stratégie du PNT élaborée en 2017, cible à l'horizon 2030, une réduction de 95% du nombre de décès liés à cette maladie, une diminution de 90% de l'incidence de la tuberculose et de faire en sorte qu'aucune famille ne supporte les coûts liés à la maladie. Elle repose sur des piliers (soins et prévention intégrés centrés sur le patient, politiques audacieuses et système de soutien, intensification de la recherche et de l'innovation) et des principes (solide coalition avec des organisations de la société civile protection et promotion des droits de l'homme éthique et équité), entre autres¹⁷.

III. PROBLEMATIQUE

L'Organisation des Nations Unies a adopté en 2015 les ODD pour 2030. Une des cibles des ODD consiste à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. La Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 appelle à réduire de 90 % le nombre de décès par tuberculose et de 80 % le taux d'incidence de la maladie d'ici à 2030, par rapport à 2015.

¹⁷ Rapport PNT (2016)

La tuberculose tue près 1,8 million de personnes chaque année dans le monde. La synergie avec l'épidémie de sida et l'émergence de bacilles multi résistants aux antibiotiques et aux agents chimiothérapeutiques contribuent à aggraver l'impact de cette maladie, considérée par l'OMS comme responsable d'une épidémie mondiale plus vaste que préalablement estimée et comme une urgence sanitaire au niveau planétaire.

L'OMS estime qu'entre 2000 et 2020, près d'un milliard de personnes seront nouvellement infectées et que 200 millions d'entre elles développeront la maladie, dont 35 millions mourront de tuberculose si aucune amélioration n'est apportée dans le contrôle de cette infection.

Le Rapport de l'OMS 2016 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde révèle des chiffres toujours aussi alarmants. Il y a eu en 2016, 10,4 millions de nouveaux cas de tuberculose à travers le monde (8,6 millions en 2012, 9,6 millions en 2014). Six pays représentent 64% de la charge totale: l'Inde est la plus touchée, suivie par l'Indonésie, la Chine, les Philippines, le Pakistan, le Nigeria et l'Afrique du Sud. 1,7 million de personnes sont décédées en 2016 (1,3 million en 2012, 1,5 million en 2014), dont presque 400 000 personnes co-infectées avec le VIH. L'augmentation du nombre de nouveaux cas montre, en fait, une amélioration de la collecte des données. Plus de 53 millions de vie ont été sauvées depuis 2000. Mais, sur les 10,4 millions de tuberculeux estimés, seuls 6,3 ont été diagnostiqués et officiellement notifiés en 2016, ce qui veut dire que 4,1 millions de cas ne l'ont pas été et donc pas traités, dont près de la moitié en Inde, en Indonésie et au Nigeria. A l'échelle mondiale, l'incidence de la tuberculose baisse d'environ 2% par an. Ce taux doit progresser en vue d'attendre 4% à 5% d'ici 2020 pour franchir la première étape de la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose.

Plus de 95% des cas et des décès sont recensés dans les pays en voie de développement. Le risque est plus élevé chez les sujets VIH + ou ceux qui souffrent d'affections qui entraînent une baisse de l'immunité. Le tabagisme augmente le risque de tuberculose évolutive: il intervient dans 8% des cas de tuberculose dans le monde¹⁸. Le continent africain héberge 16 % de la population mondiale, mais a contribué à 26 % du nombre total de cas déclarés de tuberculose (toutes formes) en 2015, et 33 % du total mondial de nouveaux cas de tuberculose (déclarés et non déclarés), selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

¹⁸ OMS (2016)

L'Objectif du Millénaire d'inverser la tendance de l'incidence de la tuberculose a été atteint à l'échelle mondiale en 2004, mais pas encore dans toutes les régions. Les taux d'incidence du continent africain ont doublé entre 1990 et 2007, en raison principalement de l'impact de l'épidémie du VIH.

Les pays africains ont accru considérablement leurs efforts pour lutter contre la tuberculose et le VIH, aidés par des mécanismes de financement tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et par un soutien sans précédent de partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Lors de la Déclaration d'Abuja en avril 2001 tenue au Nigéria, beaucoup de chefs d'États et de gouvernements africains se sont engagés à lutter contre la tuberculose. Cette conférence avait soulevé les difficultés s'opposant au développement des politiques de santé réalisables, des stratégies et processus permettant d'assurer une prévention et un contrôle adéquat du VIH, de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. La tuberculose était alors déclarée une priorité régionale par l'OMS. La déclaration d'Abuja fut réaffirmée, notamment lors de la Déclaration de Maputo en 2003. En 2005, l'Union africaine, l'OMS et le Partenariat Halte à la tuberculose ont adopté un plan pour accélérer le contrôle de la tuberculose en vue d'atteindre l'ensemble des Objectifs du Millénaire dans toutes les régions d'Afrique. Les États africains se sont ensuite engagés à obtenir un accès universel au traitement et aux soins lors du Sommet de Gaborone en 2005, en allouant au moins 15 % de leur budget national à la santé. L'engagement croissant pour la lutte contre la tuberculose s'est traduit par d'importantes augmentations des budgets qui lui sont alloués, augmentations facilitées par l'apparition de mécanismes de financement tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et un soutien sans précédent de partenaires bilatéraux et multilatéraux (USAID : United states agency for international development), ainsi que des fondations privées. L'adoption généralisée de la stratégie mondiale «Halte à la tuberculose» s'est traduite par l'intégration d'activités pour lutter conjointement contre la co-infection VIH-tuberculose et, plus récemment, contre l'émergence des formes ultra résistantes de tuberculose. En 2007, le bilan des pays africains restait mitigé : les réponses nationales ont été particulièrement mises à mal par la montée rapide de la prévalence du VIH et les programmes demeuraient affectés par l'insuffisance généralisée des ressources humaines.

Au Sénégal, la tuberculose sévit de manière endémique et constitue la plus fréquente des affections opportunistes. Le Sénégal connaît une recrudescence des cas de tuberculose.

Un nombre assez important de cas est en effet répertorié. On note ainsi 13 235 cas qui ont été détectés chez la population générale en 2017, toutes formes confondues.

Ainsi, la médecine moderne est l'institution devant faire face à cette menace que constitue la tuberculose. Toutefois, cette forme de médecine est en confrontation, plus ou moins harmonieuse ou conflictuelle, avec les savoirs populaires. De ce fait, les connaissances biomédicales sont dans une certaine mesure en cohabitation avec les savoirs populaires ou théories subjectives de la maladie.

La notoriété actuelle des perspectives subjectives d'interprétation des maladies a fortement marqué les travaux en psychologie sociale et en sociologie. Dans ce dernier cas, plus particulièrement sous deux angles : les efforts que font les malades (défense, stratégie...) pour compenser la vulnérabilité qui découle de la maladie, et les symptômes psychiques à la base de la maladie. Peu de travaux en revanche concernent ce que l'on nomme les théories subjectives de la maladie, lesquelles révèlent de la perception quotidienne. Comme les théories scientifiques, les théories subjectives sont le fruit d'hypothèses explicatives reliées entre elles d'une manière cohérente. Elles constituent donc un système organisé de connaissances et de savoirs divers. Dans le domaine de la maladie, Filipp, Aymanns, Ferring, Freudenberg et Klauer (1987) en font « des systèmes individuels de connaissances et de convictions où sont organisées représentations, associations, interprétations, imputations causales et anticipations de l'évolution qui se rattachent à la maladie »

Les discours populaires sur la tuberculose peuvent traduire des dimensions de celle-ci qui ne coïncident pas forcément avec ceux des professionnels. Les discours populaires peuvent rendre compte de certaines dimensions de cette maladie qui n'entrent pas parfois dans la description biomédicale de celle-ci. Il s'agit de certaines entités nosologiques populaires évoquées dans la description de la tuberculose. Or selon DE Sardan (1995), les entités nosologiques populaires, autrement dit « les maladies » telles que le sens commun les nomme, n'ont souvent rien à voir avec les entités nosologiques savantes, autrement dit les « pathologies » comme la biomédecine les décrit.

Ces sémiologies populaires sont largement répandues en Afrique de l'Ouest ; pour ne citer qu'un exemple, au Burkina Faso, les mères bobo «distinguent la toux en deux grands ensembles qu'elles appellent *wogosun*, la toux normale qui dure quelques jours (*wogo*: tousser ; *sun*: rhume/toux) et la toux compliquée : la durée hors normes, supérieure à dix jours »¹⁹

Soulignons simplement que la complexité des affections respiratoires rend difficile la reconnaissance de leur gravité par les populations. Dès lors, seule leur durée ou des symptômes «évidents » comme des expectorations de sang signent un dépassement d'un état morbide banal.

En effet, la tuberculose est une maladie complexe, difficile à identifier, évoluant lentement, à bas bruit, et empruntant divers masques : osseux, pulmonaire, dermatologique... C'est pourquoi, notamment dans les formes pulmonaires sur lesquelles porte notre étude, lorsque les symptômes cliniques deviennent visibles et aisément lisibles par les personnels de santé, cela signifie que la maladie est déjà bien installée et qu'éventuellement de multiples contaminations ont déjà pu avoir lieu dans la collectivité²⁰. Le régime temporel de la pathologie, allant d'une primo-infection discrète à l'expression de symptômes évocateurs (toux prolongée, hémoptysie, fièvre. . .), diffère de celui de sa visibilité. Ce processus pathologique ainsi que la complexité sémiologique de la tuberculose, expliquent bien des conduites de soins. Ainsi, dans les formes pulmonaires, la toux ne s'installe que progressivement, de telle sorte que la personne atteinte ne pense jamais à cette affection. Sans doute par déni du plus grave, mais aussi parce que la toux ou la fièvre sont des expériences banales, les patients recourent fréquemment à l'automédication (traditionnelle ou moderne) pour soulager les premiers signes douloureux laissant évoquer de nombreuses autres affections (rhume, irritation) accompagnant une quotidienneté difficile.

La plupart des symptômes ressentis au début de la maladie - comme la sensation de corps chaud, la fièvre, le manque d'appétit, la fatigue sont polysémiques et présents dans bien des pathologies. Ces signes sont connus, et ces sensations sont fréquemment ressenties.

¹⁹ A.B Diallo, M.Diallo,Y. Jaffré « La lutte contre la tuberculose vue du « terrain »représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée) », *MedecineTropicale* 2004 ; 64 : 619-625

²⁰ A.B Diallo, M.Diallo,Y. Jaffré « La lutte contre la tuberculose vue du « terrain »représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée) », *Médecine Tropicale* 2004 ; 64 : 619-625

C'est pourquoi, ils induisent des réponses et des interprétations de la maladie au plus près des pathologies ordinaires telles que le rhume, la grippe, le paludisme.

La tuberculose qui est un problème de santé publique, tue plusieurs millions de personnes dans le monde et notre pays n'est pas épargné. Elle constitue un manque à gagner énorme sur le plan économique car elle touche principalement la tranche d'âge active et productive c'est-à-dire 15- 49ans. Malgré les gros moyens accordés à sa lutte et l'existence de stratégies thérapeutiques efficaces, la tuberculose reste une grande cause mondiale de décès avec toujours une forte prévalence. La présente étude vise à analyser les représentations sociales liées à la tuberculose, afin de mieux asseoir une meilleure stratégie de lutte.

IV. IDENTIFICATION DU PROBLEME

A la suite de notre stage d'observation au sein du CDT des malades tuberculeux et à partir d'un entretien avec la responsable du CDT, nous avons pu lister les problèmes constituant des obstacles à la lutte contre la tuberculose.

Ces problèmes sont :

- ✓ Abandon du traitement
- ✓ Rupture de médicaments
- ✓ Représentations /Perceptions sociales
- ✓ Irrégularité du traitement
- ✓ Diagnostic tardif

Priorisation du problème

La priorisation a été faite à partir des critères de cotation suivants :

- **L'ampleur** : c'est l'étendue du problème avec son importance dans la population ; elle prend en compte les différents domaines touchés par le problème et son impact sur les performances du programme ;
- **La gravité** du problème qui est en rapport avec les différentes conséquences de sa non résolution ;
- **La solvabilité** : c'est la possibilité d'apporter une solution au problème avec les moyens dont dispose la structure.

Chacun des différents critères a été coté de 0 à 5 selon son importance :

- 0 : le critère n'a aucune importance ;
- 1 : le critère a une importance faible ;
- 2 : le critère a une importance modérée ;
- 3 : le critère a une importance moyenne ;
- 4 : l'importance du critère est élevée ;
- 5 : l'importance du critère est très élevée.

Les critères ont été notés par la méthode du groupe nominal. Les membres du groupe sont composés par :

- La responsable du traitement TDO ;
- Son assistante ;
- Le président des ASC.

A l'issue des notations, la synthèse des résultats se présente comme suit :

Tableau IV: Priorisation des problèmes du CDT

Problèmes	Critères	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
Abandon du traitement		2+1+1	4+3+3	2+1+2	19	5 ^e
Rupture de médicaments antituberculeux		2+1+2	4+4+3	1+1+2	20	4 ^e
Représentations/perception sociales de la tuberculose		3+4+3	5+4+3	2+2+3	30	1^{er}
Irrégularité du traitement		2+2+1	3+3+4	2+3+3	23	3 ^e
Diagnostic tardif		3+3+2	4+5+2	3+2+2	26	2 ^e

Source : nos propres enquêtes

Au terme du processus de priorisation, les représentations sociales liées à la tuberculose, avec un score de 30, sortent comme étant le problème prioritaire.

V. REVUE DE LA LITTERATURE

Une littérature importante a été consacrée à la problématique de la tuberculose. Dans la plupart des cas, l'accent est mis sur les conceptions biomédicales de la maladie et les comportements thérapeutiques et préventifs. Malgré cela, nous avons pu trouver quelques études ayant évoqué certains aspects qui sont en rapport avec l'objectif de notre étude. Nous avons également réussi à recueillir des informations sur la tuberculose à partir des publications de l'OMS, du Programme National de Lutte contre la tuberculose (PNT), ainsi que des articles publiés dans certaines revues médicales.

Comme en atteste l'état de la documentation existante sur ces questions, les études faites concernent surtout les données populaires, les représentations culturelles et les modes aux recours thérapeutiques. Il y a également d'autres documents que nous avons pu parcourir qui posent le problème des représentations sociales et des conduites thérapeutiques dans une approche plus générale des maladies.

La théorie de la représentation sociale élaborée par Serge Moscovici a eu, et a encore, beaucoup d'influence sur la manière d'envisager ce concept. Dans son étude phare intitulée *La psychanalyse, son image et son public*, il proposait une définition de ce qu'il appela la représentation sociale. Il utilisa ce concept afin d'aborder la psychanalyse et d'en étudier l'élaboration et le contenu. Précisons que Moscovici utilisa les travaux du sociologue Émile Durkheim afin de proposer sa définition. Moscovici retient de cet auteur le concept de représentation collective qui devient le point de départ de sa recherche à propos de la psychanalyse, tel que le rappelle Robert Farr (1989).

Moscovici (1961) proposait alors d'envisager ce qu'il nomme la représentation sociale comme des systèmes cognitifs possédant une logique et un langage particuliers, des théories, des sciences sui generis, destinées à la découverte du réel et à son ordination. D'emblée, soulignons la définition large de ce concept qui permet différentes appropriations.

De manière globale, nous nous rapprochons du travail de définition effectué par Denise Jodelet (1991). Pour cette dernière, les représentations sociales, s'infiltrant dans les discours, véhiculées par les médias et cristallisées dans les comportements et conduites, « nous guident dans la façon de nommer et définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, statuer sur eux et, le cas échéant, prendre une position à

leur égard et la défendre » (Jodelet, 1991). Nous avons retenu quatre caractéristiques des représentations sociales qui vont nous aider dans notre travail.

Premièrement des représentations sociales sont des construits sociaux issus d'un contexte géo-historique particulier, se nourrissant et s'entretenant par et dans le social. Ces représentations s'imposent donc comme « construction de la réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1991).

Deuxièmement, elles font appel à une lecture commune à un ensemble social. À cet égard, Jean Claude Abric parle d'un « filtre interprétatif », d'un « instrument de décodage » (1987), ou encore d'une « vision du monde » (1994), ici les représentations sociales se présentent comme « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références » (Abric, 1994).

Qui plus est, M. Maffesoli ajoute que les représentations collectives, selon cette notion retenue par ce dernier, agissent comme un liant indéniable. En effet, le phénomène de « "reliance" s'organise autour d'une image réelle, ou d'une image immatérielle ou même d'une idée autour de laquelle on communique » (1993)²¹.

Troisièmement, les représentations sociales organisent la réalité. Elles ne sont pas de simples reflets ou dédoublements de la réalité, mais elles relèvent d'une organisation signifiante et forment ainsi un ensemble organisé et cohérent.

Aussi, les représentations sociales permettent un filtrage de l'information disponible sur l'objet de représentation, donnant lieu à des distorsions, des inversions, des réductions, des rajouts de certaines données et/ou à des évaluations, des éliminations, des rétentions et des suppressions d'attributs. Ces altérations, ou biais cognitifs, résultent de l'intervention du mode de pensée, de l'idéologie, du cadre culturel et des systèmes de valeurs de ceux (groupes et/ou individu) qui accueillent un objet ou un phénomène nouveau ou réévaluent un domaine familier (Séca, 2001).

²¹Gaëlle Bombereau, Représentations sociales du VIH/Sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique. La peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises, 2005

Outils pour comprendre et expliquer la réalité, les représentations deviennent source de savoir et permettent ainsi « aux acteurs sociaux d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre admissible et compréhensible pour eux, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent » (Abric, 1994).

En ce sens, les représentations sociales ne sont pas sans rapport avec le savoir populaire, tel que mis en relief par Massé. Ce savoir n'est ni une forme appauvrie ni une forme distordue du savoir médical. Il intègre dans un nouveau tout syncrétique aussi bien les informations scientifiquement validées que les croyances, les attitudes, les valeurs, les conceptions ou les représentations populaires. Il n'est nullement réductible à une fraction du savoir savant qui serait transféré du monde savant au monde profane, pas plus qu'il n'est la somme des vestiges d'un savoir traditionnel et folklorique transmis à travers les générations [mais plutôt] un produit original résultant d'une réinterprétation syncrétique (Massé, 1995).

Quatrièmement, les représentations sociales induisent une gestion du rapport au monde. Aussi, nous entendons également les représentations comme instrument sur un échiquier social. Selon la place qu'un individu occupe ou souhaite occuper, les représentations ou l'appropriation de représentations peuvent diverger.

On doit également souligner le fait que les représentations sociales supposent un processus d'adhésion (enraciner un lien social, affirmation d'une identité) et par conséquent qu'elles opèrent une classification, soit une inclusion / exclusion. Les individus se rapprochent par le partage des mêmes représentations et se démarquent des autres qui perçoivent et gèrent leur rapport au monde différemment. De ce fait, les représentations opèrent chez les individus comme « système d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres »²² (Jodelet, 1991).

De plus, formées d'un noyau ou système central et d'une périphérie, les représentations sociales sont réappropriées et redéfinies au niveau individuel. Dans ce sens, les représentations sociales peuvent être prises comme des lunettes aux verres plus ou moins grossissants selon les personnes, leurs vécus, etc.

²²Gaëlle Bombereau, Représentations sociales du VIH/Sida en Guadeloupe et recommandations à l'usage de la santé publique. La peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises, 2005

Parmi les documents consultés, nous avons retenu les travaux de Diallo et al (2004) qui mettent en évidence les représentations populaires de la tuberculose et les accès aux soins à Conakry (Guinée).

Ainsi, il ressort de leur recherche que la plupart des symptômes ressentis au début de la maladie comme la sensation de corps chaud, la fièvre, le manque d'appétit, la fatigue, sont polysémiques et présents dans bien des pathologies. Ces signes sont connus et ces sensations sont fréquemment ressenties. C'est pourquoi comme des passerelles sémantiques, ils induisent des réponses et des interprétations de la maladie au plus près des pathologies ordinaires. Dans leur échantillon d'étude constitué de 45 patients, 36 ont d'abord pensé à un paludisme, 8 à un rhume associé au palu, et un patient n'a pas donné de réponse.

Plus qu'induire une démarche de soins, ces premiers symptômes évoquent, pour les populations, un certain mal-être «infra- pathologique». Et même lorsqu'une toux s'installe rapidement, elle n'éveille pas immédiatement chez la personne atteinte une suspicion de la tuberculose. Le manque d'appétit, la fièvre ou le corps chaud occultent la valeur de symptôme d'appel que devrait être, pour les malades, une toux rebelle. En ses débuts, la maladie est «banalisée », englobée par sa symptomatologie dans les troubles ordinaires. «J'ai pensé à une simple fatigue associée au rhume» déclare un patient.

Par ailleurs, si l'on s'interroge maintenant sur la question des itinéraires de soins, la toux et le rhume se présentant comme des symptômes courants, ne constituent pas un motif de consultation, tout au moins dans leurs manifestations précoces. Ils ne deviennent un objet d'inquiétude, et n'induisent une recherche de soins, que s'ils perdurent.

Nous avons également l'article de DE Sardan (1995) dans lequel il tente de mettre en relief les entités nosologiques populaires internes qui relèvent de l'intérieur du corps. Ces entités nosologiques populaires internes (ENPI) ont, selon lui, une double caractéristique et présentent six logiques sous-jacentes.

D'après De Sardan, ces entités dont il est question dans son étude sont intraduisibles. Il avance qu'il n'est pas en général possible de traduire littéralement telle ou telle entité nosologique populaire interne africaine et telle ou telle pathologie médicale, et aussi entre telle ou telle ENPI et la langue française et entre entité nosologique populaire interne africaine.

Cependant, il considère qu'en dépit de ces caractéristiques, se décide un air de famille, même si chaque entité peut constituer une configuration particulière qui se traduit par les similitudes et les recouvrements qui existent entre les entités nosologiques populaires internes. D'après cet auteur ces ressemblances peuvent être mises en évidence à travers les quelques logiques si après.

Il y a d'abord la logique anti terre qui traduit la non référence à un élément extérieur à l'entité dans la destruction de celle-ci .quant à la logique ondulatoire elle permet de mettre en relief l'aspect dynamique de l'ENPI. La logique des avatars renvoie à la possibilité de celle-ci de se métamorphoser à une autre ayant ses propres modes de représentation. Par contre la logique de l'extériorisation désigne les manifestations extérieures de l'ENPI. Il y a aussi la logique de l'activation. Enfin vient la logique fragmentaire qui fait référence à la possibilité d'établir une classification des formes d'une ENPI.

Par ailleurs, il pense que la question de la recherche de soins peut être abordée sous deux angles d'une part les adéquations cognitives /pragmatiques c'est-à-dire le lien entre représentation et parcours thérapeutique, et d'autre part les inadéquations. D'après lui les adéquations cognitives /pragmatiques se justifient dans la mesure où l'identification d'une ENPI s suppose le choix d'un traitement « populaire », souvent dit « traditionnel » à titre préventif et curatif. Cependant, cette adéquation cognitive/pragmatique n'apparaît pas lorsque certains médicaments de la médecine moderne répandus dans le secteur informel sont utilisés pour le traitement de la plupart des signes distinctifs de ces ENPI.

Cela ne veut pas dire qu'il soutient que les médicaments « traditionnels » sont abandonnés par les populations face à l'implantation des structures sanitaires modernes. En d'autres termes, l'existence d'infrastructures sanitaires ne favorise pas le rejet des remèdes traditionnels. Il en est de même pour la résistance des ENPI en cas de mobilité social et géographique des populations en cas de cohabitation avec la connaissance de la médecine moderne.

En somme, ce que nous pouvons retenir de cet article est qu'une entité nosologique populaire n'a pas toujours besoin d'exister du point de vue biomédical pour être vécue et interprétée par les populations.

De plus, l'un des mérites de sa réflexion est d'avoir tenté de montrer que les spécialistes de santé et les populations ne tiennent pas toujours le même discours sur une maladie.

Les logiques représentationnelles des entités nosologiques populaire sont, à notre entendement, à l'origine de leur différence de conceptions de certaines maladies et aussi de l'acceptation ou du refus de la mise en relation de telle ou telle maladie avec telle ou telle autre. Cette situation peut limiter l'accès de certaines couches de la population aux structures hospitalières ou peut engendrer des parcours thérapeutiques inadéquats

Toutefois, nous pensons que De Sardan devrait également s'interroger sur les incidences des logiques des entités nosologiques populaires internes sur les choix thérapeutiques. Il s'agit d'essayer de comprendre ce que ces logiques impliquent dans la quête thérapeutique notamment dans la détermination de la nature du recours thérapeutique. Pratiquer ce questionnement est un moyen de se rendre compte que les explications des inadéquations entre représentations et traitement peuvent être trouvées dans les logiques représentationnelles des entités nosologiques populaires internes.

En dehors de ces études, nous avons les travaux qui portent sur l'utilisation des systèmes de soins. Fassin (1992) s'intéresse aux facteurs qui peuvent entrer en compte dans l'explication du choix thérapeutique.

En effet, l'analyse de Fassin consiste à savoir si les facteurs socio-économiques influent sur l'accès aux soins. Ce faisant, il insiste sur la multiplicité des déterminismes dans les parcours thérapeutiques.

A la fin de son étude, il conclut que les facteurs retenus n'entraînent pas de différenciation importante dans l'accès aux soins. Selon lui, si l'on devait en une phrase illustrer l'influence du niveau socio-économique et scolaire sur l'utilisation par les patients des thérapies africaines, on affirmerait que ni l'argent, ni le degré d'instruction ne sont déterminants. Autrement dit, les variables étudiées n'entraînent pas de différenciation importante dans le recours aux tradipraticiens. La condition socio-économique et le niveau d'instruction interviennent moins sur le fait de recourir que sur le lieu du recours. Ces variables ne constituent pas, selon lui, les raisons du choix des individus pour la médecine traditionnelle. C'est en effet beaucoup plus le type de maladie ou de problème que le niveau de revenus ou d'études qui intervient dans la décision de consulter un professeur, un médecin un guérisseur ou un marabout.

Ce constat ne veut pas dire qu'il minimise l'influence du niveau socio-économique sur les stratégies thérapeutiques. Il considère que même si celui-ci n'influe que peu sur le choix du type de remède, il joue en revanche un rôle important dans la concrétisation de ce choix.

Concernant Fassin, nous pouvons dire que sa réflexion s'inscrit dans une approche de corrélation. Celle-ci consiste à rechercher les liens existant entre une ou plusieurs variables et les comportements de santé. Ces variables peuvent faire référence à l'individu, à la maladie et /ou aux dispensateurs de soin.

Nous avons également les travaux de Yannick Jaffre (1999), anthropologue à la Faculté de médecine du Mali. Il ressort de ces travaux que parler de maladie entraîne, bien sûr, à évoquer diverses hypothèses causales constituant des interprétations de complexité variable. Mais la maladie se présente aussi par ce qu'elle "offre" de plus banal : le corps et ses dysfonctionnements. Abordé sous cet angle, parler de maladie consiste alors à évoquer des sensations, souligner des modifications visibles du corps ou de ses humeurs et en proposer des explications immédiates et simples. C'est donc effectuer des "constats pathologiques", dont les observations prennent naissance - ne serait-ce que pour le désigner - dans le socle matériel du corps et de la souffrance. Outre cette prééminente matérialité physique, les interprétations populaires s'appuient aussi sur l'efficacité des traitements ou sur l'extension apparente, ressentie, du mal dans l'environnement social. Bref, on ne parle jamais de la maladie "dans le vide". Dépeindre une maladie, la caractériser sous la forme d'une représentation, c'est toujours mettre en relation des localisations anatomiques avec des types de douleur, des traitements, des durées, etc. En fait, la représentation d'une maladie correspond toujours à des liens unissant des formes pathologiques précises et des contextes particuliers. Elle résulte d'un agencement spécifique.

Dans l'Afrique contemporaine, les systèmes d'interprétations cohabitent avec des approches biomédicales dont les raisonnements, en théorie tout au moins, divergent sur plusieurs points de ces savoirs populaires. Tout d'abord, les connaissances médicales ne sont pas fondées sur l'expérience subjective de la maladie, mais relèvent globalement d'un domaine expérimental obligeant l'expérimentateur à se plier aux règles de son expérimentation. En liant le trouble morbide à diverses causalités allant de l'anatomopathologie à des modèles probabilistes (Vineis, 1992), la médecine s'est constituée comme une "science des dissociations"

(Dagognet, 1996). De ce fait, elle propose une lecture du corps, non pas anatomique, mais révélant, au contraire, des liaisons complexes entre des organes et des affections morbides.

Il en va ainsi d'un œdème des membres inférieurs signalant un trouble cardiaque, de problèmes oculaires liés à un diabète, etc.

Le diagnostic est ici fondé sur un discours scientifique articulant un lexique descriptif sémiologique et des représentations étiologiques savantes (physiologiques, génétiques, immunologiques, etc.) qui en organisent et en modifient l'interprétation. Il en résulte que les conceptions savantes et profanes sont d'autant plus éloignées que les premières font appel à des modèles complexes d'explication de la pathologie. Par exemple, si pour une plaie tout le monde est d'accord, la situation est fort différente dans le cas d'une drépanocytose, dont l'attestation est génétique et qui de plus se manifeste par de nombreux symptômes dont des douleurs osseuses. Dans ce cas, en milieu bambara, les représentations populaires, en fonction de similarités anatomiques et sémiologiques, unifient sous un seul terme - *koloci* (littéralement os brisé) ce qui se manifeste sensoriellement de manière semblable : drépanocytose, rhumatisme.

Parlant de l'attitude de l'entourage du malade, Daoundo Benoît, Technicien supérieur de l'Action social, Responsable du service IEC/ Action social du CHDP d'Akron (Centre Hospitalier Départemental de Pneumo-physiologie) au Bénin explique « *Pour des patients tuberculeux, il faut forcément un accompagnement familial et pour cet accompagnement, il faut descendre dans les familles, expliquer les modes de contagion aux parents, parce que des gens ont de fausses idées sur la tuberculose. Expliquer cela, nous amènerait à nous aider à traiter les personnes qu'ils nous amènent, parce que si les parents repoussent le malade de la tuberculose quel que soit ce que nous allons faire, il y a toujours problème.* ». Cet article nous montre l'importance de l'implication de la famille dans le traitement de la tuberculose. En effet malgré les progrès de la médecine moderne dans le traitement de la tuberculose, le bacille de Koch (BK) continue de résister aux préjugés et aux fausses idées. Du diagnostic jusqu'à la guérison, donc en amont et en aval, le cercle de famille doit être une caution morale pour le malade pour que celui-ci puisse bien vivre sa maladie et mener son traitement à terme.

VI. DEFINITION CONCEPTUELLE

Dans le cadre de notre étude, une définition du concept de représentation nous paraît nécessaire pour mieux appréhender son sens et ses réalités.

Représentation sociale

Le concept de représentation sociale a été introduit en psychologie sociale par Serge MOSCOVICI en 1961 dans son ouvrage intitulé *La psychanalyse, son image et son public*.

Déjà dans l'introduction de son ouvrage fondateur, Serge Moscovici donne un aperçu de ce qu'est pour lui une représentation sociale. Il affirme que son travail cherche à étudier les « processus afférents à son enracinement dans la conscience des individus et des groupes. »

Pour Moscovici donc, la représentation sociale est un *systeme* de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement *lastabilisation du cadre de vie* des individus et des groupes, mais qui constitue également un *instrument d'orientation* de la perception des situations et *d'élaboration des réponses*. Cette définition de Moscovici met l'accent sur le contenu (valeurs, notions, pratiques) et les fonctions (stabilisation du cadre de vie, instrument d'orientation, élaboration de réponses) d'une représentation sociale. Ce concept peut recouvrir une réalité sociologique. Il s'agit des représentations sociales qui sont, selon Ferreol G., (1995), le savoir de sens commun socialement élaboré et partagé construit pour et par la pratique et la structuration de notre quotidien ; les représentations sociales sont des formes de connaissances socialement élaborées et partagées par les membres d'une communauté. Elles peuvent être des croyances, des valeurs, des systèmes de référence et des modes de pensée qui interviennent dans l'orientation des comportements.

Dans le domaine de l'anthropologie de la santé, nous avons les représentations sociales, expressions du rapport de l'individu à sa société. Et les représentations populaires des maladies qui sont, d'après De Sardan, dans chaque culture, les représentations largement partagées, par lesquelles les différentes maladies sont dites et décrites au sein de la grande majorité de la population, telles que l'on peut les identifier ou les solliciter dans le discours de

tout un chacun. Les représentations sociales constituent un obstacle à la lutte contre la tuberculose et nous incite ainsi à définir le concept d'obstacle et de lutte contre la tuberculose.

✓ Tradition

Une tradition désigne une pratique ou un savoir hérité du passé, répété de génération en génération. On attribue souvent aux traditions une origine ancestrale et une stabilité de contenu. Mais ces caractéristiques ne résistent pas à l'analyse.

L'historien Eric Hobsbawm a souligné, en 1983, l'ancienneté souvent faible des traditions nationales ou populaires (quelques dizaines d'années) et montré que leurs contenus pouvaient avoir subi des changements importants²³. La notion de tradition comporterait donc une part d'illusion entretenue à des fins symboliques et normatives.

En effet, les traditions ne sont surtout pas des routines quelconques (telles que se lever le matin et se coucher le soir), mais des savoirs ou des actes porteurs de valeur et de signification pour un groupe humain particulier.

L'étiquette « traditionnel » appliquée à des objets, des arts, des récits, des cérémonies, des rites de politesse, des croyances ou des recettes de cuisine, a le pouvoir de jeter un voile sur leur passé et de les instituer comme symboles auxquels s'identifier. En conséquence, pour de nombreux anthropologues, une tradition ne doit pas être traitée comme un héritage du passé, mais comme une pratique présente, par laquelle « nous choisissons ce par quoi nous nous déclarons déterminés », comme l'explique Jean Pouillon. Une tradition est, selon Gérard Lenclud, « un morceau de passé taillé à la mesure du présent ». Transmettre une tradition c'est, bien souvent, faire un choix présent²⁴.

✓ Coutume

Une coutume est une façon habituelle d'agir qui survient de la répétition des mêmes actes ou par tradition. Il s'agit, par conséquent, des habitudes ou des mœurs. Exemples : « Les coutumes de ce peuple nous sont étranges : les commerces et les magasins ferment l'après-midi et rouvrent à l'aube », « Mon grand-père a la coutume de boire du thé avant de se

²³ Sciences Humaines, culture et tradition, mai 2002

²⁴ Sciences Humaines, culture et tradition, mai 2002

coucher » La coutume est une pratique sociale ayant des racines chez la plupart des membres d'une communauté. Il est possible de distinguer les bonnes coutumes (approuvées par la société) et les mauvaises coutumes (considérées négatives). Dans certains cas, les lois visent à changer les comportements qui sont de mauvaises habitudes.

Pour la sociologie, les coutumes sont des éléments de la culture qui sont transmis de génération en génération et qui, par conséquent, sont liés à l'adaptation de l'individu au groupe social.

✓ **Lutte contre la tuberculose**

Une lutte est une action (pour ou contre quelque chose) soutenue par la mise en œuvre de moyens appropriés.

Pour combattre une affection comme la tuberculose, il est essentiel d'avoir une conception très claire des objectifs et des priorités. La lutte contre la tuberculose a pour objectifs :

- *au niveau de la communauté* : de réduire la dissémination de l'infection tuberculeuse et, par ce moyen, d'accélérer la disparition de cette maladie dans la société ;
- *au niveau individuel* : de guérir le malade, de rétablir au plus vite sa capacité à mener les activités de la vie de tous les jours et de lui permettre de jouer son rôle au sein de sa famille et de sa communauté.

La tuberculose ne peut être maîtrisée que dans le cadre d'un Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT). Un tel programme doit être intégré au système général de santé de chaque pays. Le personnel paramédical dans le cadre de ses nombreuses activités sanitaires a le plus souvent la charge quotidienne des activités antituberculeuses (dépistage et traitement).²⁵

VII. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le but de notre étude est de contribuer à l'éradication de la tuberculose d'ici 2050

1. Objectif général

La présente étude vise à analyser les représentations sociales liées à la tuberculose pour une meilleure prise en charge de la maladie.

²⁵ Rapport PNT (2015)

2. Objectifs spécifiques

- Etudier les interprétations des symptômes par le patient
- Identifier les différents recours aux soins depuis les symptômes jusqu'au diagnostic
- Evaluer le suivi du traitement
- Analyser l'attitude de la famille et celle du personnel soignant

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE
METHODOLOGIE ET RESULTATS

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

I. TYPE D'ETUDE

Les travaux entrepris dans le cadre de cette recherche se situent dans le contexte d'une recherche descriptive qualitative.

II. POPULATION DE L'ETUDE

Notre population d'étude concerne d'une part les malades de la tuberculose qui suivent leur traitement au centre de santé de Philipe Maguillen Senghor et d'autre part les élèves du second cycle au niveau du lycée de Ouakam et des femmes ménagères sélectionnées dans le village de Yoff.

III. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Cette étape nous a permis d'explorer notre thème d'étude par la consultation d'ouvrages, des travaux de recherche tels des mémoires et des thèses d'état, des revues scientifiques, des articles tirés de l'internet, autant de documents qui nous ont permis une meilleure imprégnation de la problématique de la tuberculose et de ses aspects. C'est ainsi que nous avons visité plusieurs structures parmi lesquelles la BC, le PNT, le Département de Sociologie de la faculté Des Lettres et Sciences Humaines de l'UCAD, la bibliothèque de la faculté de médecine, le ministère de la santé.

IV. TAILLE DE L'ECHANTILLON

Pour réaliser cette étude, nous avons travaillé avec deux populations différentes. La première est constituée par les personnes atteintes de tuberculose et la seconde par la population saine.

❖ Pour les malades

Nous avons utilisé l'échantillonnage occasionnel qui consiste à prendre les éléments constitutifs de l'échantillon tels qu'ils se présentent à l'enquêteur. La sélection des unités de l'échantillon s'est faite de la manière suivante :

Sur une période de plusieurs jours nous avons mené des enquêtes à travers un guide d'entretien semi directif auprès des malades qui venaient en consultation ou pour prendre leurs médicaments.

Pour la population saine

Nous avons effectué deux focus groupe, l'un au niveau du lycée de Ouakam avec des élèves du second cycle et l'autre avec des ménagères sélectionnées dans le village de Yoff.

V. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Nous avons opté pour l'utilisation de la méthode qualitative à travers un guide d'entretien et deux focus group afin de recueillir les données qui nous permettront de faire notre étude.

Le guide d'entretien adressé aux malades comporte des thèmes socio-biographiques et sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale), socio-économiques (profession, niveau d'études, revenus), et d'autres qui sont centrés sur la perception de la tuberculose, les symptômes ressentis au début de la maladie, les premiers recours de soins, le suivi du traitement, l'attitude de l'entourage et du personnel soignant, la sensibilisation par rapport à la maladie et les exigences du traitement...

Pour la population, nous avons réalisé comme méthode de collectes de données le focus group qui est une technique d'entretien qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Cette méthode est issue d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. Cette méthode s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste. Cette technique a été récupérée dans les années 1980 par la recherche universitaire dans des domaines divers (éducation, santé publique, environnement, sciences sociales).

Cette méthode est utile pour les acteurs humanitaires qui ont besoin d'obtenir rapidement des informations sur une population cible et un sujet donné. Les méthodes de collecte qualitatives (entretiens individuels, observations et focus group) sont les seules méthodes valables pour comprendre les idées, croyances, pratiques et comportements.

Le focus group est un moyen efficace au sein de la communauté de se procurer ces informations et de fournir une estimation valable de l'opinion de la population vis-à-vis d'un sujet déterminé²⁶.

C'est pour cette raison que nous avons utilisé cette méthode afin de recueillir les perceptions de la population concernant la tuberculose.

Pour ce faire nous avons réalisé deux focus group :

- L'un au sein du lycée de Ouakam avec des élèves du second cycle
- L'autre avec des ménagères sélectionnées dans le village de Yoff.

VI. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Notre étude au niveau du centre de santé particulièrement au niveau du CDT a duré un mois, en janvier, pendant lequel on a eu aussi à interroger les malades.

VII. DIFFICULTES RENCONTREES

Notre principale difficulté se trouvait dans la collecte de données car les malades venaient très tôt au centre de santé et certains ne voulaient pas rester pour les entretiens.

²⁶ Éric-N. Thibeault, doctorant, Laboratoire EDA (2010)

CHAPITRE IV : Présentation des résultats des enquêtes

Après la collecte de nos données à partir des entretiens réalisés avec les malades et le focus group au niveau des élèves et des femmes ménagères, nous présentons dans ce chapitre les résultats de nos différentes enquêtes.

I. ENQUETE AVEC LES MALADES

1. Caractéristiques sociodémographiques des malades enquêtés dans l'étude

Dans ce tableau ci-dessous nous les caractéristiques sociodémographiques des malades enquêtés.

Tableau V: Caractéristiques sociodémographiques des malades participant à l'étude
Source : Nos propres enquêtes

Malade	Sexe	Age	Statut matrimonial	Scolarité	Occupation	Lieu de résidence
Malade1	M	30	célibataire	primaire	Ouvrier	Yoff/Tonghor
Malade2	F	25	Mariée	Licence	Comptable	Yoff/Apepsy
Malade3	M	22	célibataire	primaire	Mâcon	Yoff/Tonghor
Malade4	M	45	Marié	primaire	chauffeur	Yoff/Nord Foire
Malade5	M	17	célibataire	collège	Elève	Yoff/Ndeungagne
Malade6	F	29	Mariée	primaire	Femme au foyer	Yoff/Ngaparou
Malade7	M	25	célibataire	collège	Livreur	Yoff/Tonghor
Malade8	F	40	Mariée	Pas scolarisée	Vendeuse (couscous)	Yoff/Ndeungagne
Malade9	M	27	célibataire	primaire	Pêcheur	Yoff/Ndenatte
Malade10	M	35	Marié	collège	commerçant	Yoff/Ngaparou
Malade11	M	28	Marié	primaire	menuisier	Yoff/Tonghor
Malade12	M	23	célibataire	collège	commerçant	Yoff/Layene
Malade13	F	25	célibataire	université	étudiante	Yoff/Ouest Foire
Malade14	M	27	Marié	université	Ingénieur	Yoff/Nord Foire
Malade15	F	17	célibataire	collège	chômeuse	Yoff/Mbenguene

2. Grille d'analyse de contenu des entretiens individuels avec les malades

Dans le tableau suivant nous avons relaté les items et propos des entretiens individuels avec les malades.

Tableau VI: Grille d'analyse de contenu des entretiens individuels avec les malades

Thèmes	Interprétations des signes, causes	Recours de soins	Suivi du traitement	Attitude de l'entourage
Malade1	<ul style="list-style-type: none"> • Toux : causée par un rhume • Fatigue, fièvre : causées par la grippe ou le palu • Douleurs à la poitrine, aux cotes : grippe 	Automédication de médicaments à la pharmacie Décoction de plantes : nguer N'a jamais eu de suspicion pour la Tb Après 2 mois : diagnostic de la Tb	A 2 mois de traitement. Respect scrupuleux du traitement	Pas de stigmatisation au niveau de la famille Bon accueil à hôpital
Malade2	Toux, fièvre : rhume	Automédication de médicaments à la pharmacie Au bout de deux semaines sur avis du mari qui avait une suspicion à la Tb, consultation au centre de santé	A 1 mois de traitement Respect scrupuleux du traitement	Seuls le mari et la mère sont au courant. Bon soutien de leur part Bon accueil au centre de santé
	Interprétations des signes, causes	Recours de soins	Suivi du traitement	Attitude de l'entourage
Malade3	Toux, fièvre : rhume	Automédication de médicaments à la	A 2 mois du	bon soutien familial

	Fatigue, douleurs à la poitrine : dues au métier (mâcon)	pharmacie Décoction de plantes (nguer, pain de singe, bissap) Au bout de 1mois consultation au centre de santé et diagnostic de la Tb	traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon accueil au centre de santé
Malade4	Toux, fièvre, fatigue : grippe Amaigrissements, vomissements : mauvais esprits	Automédication à la pharmacie Au village : solliciter les services d'un guérisseur Au bout de trois mois suis venue à Dakar et ma fille m'a amené à l'hôpital	A 4mois de traitement Respect scrupuleux du traitement	Très bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
Malade5	Toux, fièvre : rhume Amaigrissements : manque d'appétit	Automédication à la pharmacie Au bout de 2 mois 1ere consultation au centre de santé ou on m'a donné des médicaments qui n'ont pas amélioré mon état. 3semaines après une 2° consultation ou on m'a diagnostiqué la Tb	A 2 mois de traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
	Interprétations des signes, causes	Recours de soins	Suivi du traitement	Attitude de l'entourage
Malade6	Toux, fièvre : rhume	Au début automédication à la pharmacie	A 5mois de	Stigmatisation au sein de la

	Amaigrissements : manque d'appétit	Au bout de 1mois et demi consultation et diagnostic de la Tb	traitement Respect scrupuleux du traitement	belle famille. J'ai dû aller chez ma mère au début du traitement. A 4 mois du traitement je suis retournée mais c'est toujours la même situation, on m'évite, ma belle-mère m'interdit de cuisiner. Mon mari est un émigré
Malade7	Toux, fièvre : rhume Fatigue, amaigrissements	Automédication à la pharmacie Au bout de 1 mois 1ere consultation au centre de santé mais rien n'a changé. Apres 2 semaines j'ai fait une 2eme consultation ou après analyses on m'a diagnostiqué la Tb	A 2 mois de traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial
Malade8	Toux, fièvre, douleurs à la poitrine : grippe	Au bout de 2 jours 1ere consultation au centre de santé. J'ai suivi pendant une semaine le traitement mais aucune amélioration. A la semaine suivante j'y suis retournée et après des analyses, le diagnostic de la Tb est tombé	A trois mois de traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
	Interprétations des signes, causes	Recours de soins	Suivi du traitement	Attitude de l'entourage
Malade9	Toux, fièvre, fatigue :	Automédication a la pharmacie	A 2 mois de	Bon soutien familial

	rhume	Décoctions de plantes (nguer, pain de singe, bissap) Au bout de 1 mois je suis allé en consultation au centre de santé et on m'a diagnostiqué la Tb après des analyses	traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon accueil au centre de santé
Malade10	Toux, fièvre : rhume	Automédication à la pharmacie Décoctions de plantes Au bout de 1 mois je suis allée à deux reprises au centre de santé. C'est à la 2 ^e consultation ou après des analyses on m'a diagnostiqué la Tb	A 3 mois de traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
Malade11	Toux, fièvre : rhume Douleurs à la poitrine et aux cotes : fatigue du travail	Automédication à la pharmacie Décoction de plantes (nguer, kel, bissap, pain de singe) Au bout de 1 mois ne sentant aucune amélioration je suis allée au centre de santé ou après des analyses on m'a diagnostiqué Tb	A 1 mois du traitement Respect scrupuleux du traitement	A 2 mois de traitement
	Interprétations des signes, causes	Recours de soins	Suivi du traitement	Attitude de l'entourage
Malade12	Toux, fièvre, douleurs à la poitrine : cigarette	Automédication à la pharmacie	A 3 mois du traitement	

		Au bout de 3 semaines de toux je suis allée au centre de santé on m'a donné des médicaments qui n'ont pas arrêté les douleurs et la toux. J'y suis retournée et après des analyses on m'a diagnostiqué la Tb	Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
Malade13	Toux, fièvre, douleurs à la poitrine/ : aucune interprétation	Consultation au centre de santé et après analyses, diagnostic de la Tb	A 2 mois du traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
Malade14	Toux, fièvre : rhume	Automédication à la pharmacie	A 1 mois du traitement Respect scrupuleux du traitement	Bon soutien familial Bon accueil au centre de santé
	Interprétations des signes, causes	Recours de soins	Suivi du traitement	Attitude de l'entourage
Malade15	Toux, fièvre, douleurs aux cotes : effets de mon	Automédication à la pharmacie Décoctions de plantes	A 2 mois de traitement	Bon soutien familial

	métier (menuisier)	Au bout de 1mois et demi aucune amélioration, alors je suis allé au centre de santé ou après des analyses on m'a diagnostiqué la Tb	Respect scrupuleux du traitement	Bon accueil au centre de santé
--	--------------------	---	----------------------------------	--------------------------------

Source : Nos propres enquêtes

CESAG - BIBLIOTHEQUE

3. Exploitations des données

3.1.L'interprétation des signes de la tuberculose

Bien souvent l'expérience de la maladie se greffe à des expériences antérieures et courantes de santé, mais de manière marquante, elle s'intègre à des expériences relatives à la chronicité.

Tout d'abord notons que presque tous les malades affirment ne pas connaître la tuberculose avant d'en être atteints. En effet pendant les entretiens avec les malades, une question consistait à savoir s'ils connaissaient la tuberculose avant, ses manifestations, son mode de contamination. Et presque tous ont dit que non. La plupart des participants à l'étude ont dit avoir de la toux au tout début de la maladie, de même que de la fièvre et dans certains cas de la fatigue, de l'amaigrissement et des vomissements. Ces signes cités sont très souvent présents dans beaucoup de pathologies et induisent des interprétations de la maladie au plus près des pathologies ordinaires. A titre d'illustration un malade a dit « *quand j'ai commencé à tousser, j'ai tout de suite pensé à un rhume comme on est en saison de froid et c'est la période de rhume. Alors je ne me suis pas inquiété et j'ai pris des calmants et des infusions* ».

Cette banalisation de la tuberculose à ses débuts est due au fait que sa symptomatologie (fièvre, manque d'appétit, amaigrissement, toux) est commune à plusieurs maladies ou affections ordinaires telles que la grippe, le paludisme ou encore le rhume. Ainsi en plus d'une méconnaissance de la tuberculose, le malade n'a aucune suspicion à cette maladie et la considère comme une simple pathologie ordinaire n'induisant pas de prise en charge médicale sérieuse.

Certaines habitudes sont aussi incriminées comme étant à l'origine de la toux, comme le fait de fumer de la cigarette, comme en atteste ce malade qui dit « *quand j'ai commencé à tousser, j'ai pensé que c'était les effets de la cigarette vu que je suis fumeur. Alors je me suis dit que ça passera si je diminuais le nombre de cigarettes. Au tout début ça a marché et je ne suis plus inquiété. Mais des jours après ça a repris de plus belle* »

En banalisant ainsi les signes de la tuberculose et en les réduisant en une simple affection de rhume, de palu ou aux effets de l'activité professionnelle, le malade continue à vaquer à ses occupations et à ses habitudes de tous les jours. Cet état de fait signifie que la maladie est déjà bien installée et qu'éventuellement de multiples contaminations ont pu déjà avoir lieu dans la collectivité. Ces conceptions de la maladie à son début induisent certaines des conduites de soins et surtout un retard du diagnostic.

3.2. Le recours thérapeutique

La plupart de nos enquêtés ont affirmé avoir eu recours à l'automédication. En effet presque tous les malades ont eu à acheter des médicaments à la pharmacie sans prescription médicale. Comme le dit ce malade « *quand j'ai commencé à tousser, je suis allé à la pharmacie pour leur demander un médicament efficace contre la toux.* ». Et un autre de dire « *j'ai pris des antibiotiques que j'avais déjà à la maison et je suis allé à la pharmacie acheter du Fervex* »

D'autres ont eu recours à la médecine traditionnelle en prenant des infusions et décoctions à base de plantes comme en atteste ce malade « *comme je ressentais des douleurs à la poitrine et aux cotes, j'ai pensé que c'était de la fatigue et j'ai pris des infusions de nguer, et celles de Bissap, pain de singe et de kel* »

Les choix thérapeutiques sont relatifs alors à la fois à la perception par le patient de son malaise et de ses habitudes médicales et elles sont largement liées à la tendance des populations à utiliser le même produit ou le même service de santé à chaque fois qu'elles ressentent le même malaise.

Présents dans de multiples pathologies, de larges symptômes comme la fièvre, la nausée, le manque d'appétit, etc., favorisent le recours à l'automédication. De manière pragmatique, face à ces symptômes, les patients et leurs entourages « tentent le coup » et « traitent à l'essai ». Si la réponse corporelle semble satisfaisante, ils tendent à répéter la même action pour espérer la même réponse. Ces conduites d'automédication entraînent un retard au diagnostic, et ont pour conséquence l'aggravation de la pathologie.

Certains malades ont évoqué un problème lié au diagnostic tardif de leur maladie. En effet il y a des malades qui ont eu recours au centre de santé mais à leur première consultation n'ont pas pu être diagnostiqué de la tuberculose mais d'autres affections. Comme le confirme ce malade qui dit « *quand j'ai commencé à tousser et à avoir de la fièvre, après quelques jours d'automédication, je suis allé au centre de santé pour consultation. Et là le médecin m'a prescrit des médicaments qui n'ont pas amélioré mon état. C'est quand je suis revenu qu'il m'a fait faire des analyses qui ont confirmé la tuberculose* » Ce retard de diagnostic de la part des agents de santé contribue à la dissémination de la maladie au sein de la communauté. Ainsi il est nécessaire de renforcer les capacités des agents de santé surtout ceux de premiers abords comme les infirmiers sur le diagnostic différentiel de la tuberculose afin de permettre une prise en charge médicale précoce du traitement.

La plupart des malades enquêtés sont restés plus d'un mois avant d'être diagnostiqués de la tuberculose et de pouvoir suivre un traitement adéquat. Il n'a pas été établi dans la littérature une période consensuelle acceptable entre l'apparition de symptômes et le début de traitement de la tuberculose. Nous avons considéré la période de 4 semaines comme étant un délai long, car elle dépassait de 7 jours la période après laquelle, on devrait suspecter une tuberculose chez un toussueur qui est de 15 jours. Ainsi donc beaucoup de malades tuberculeux sans prise en charge médicale de leur maladie sont restés en contact avec leur entourage proche, ce qui est un risque accru de contagion.

A la suite de nos interviews, on peut dire que l'itinéraire thérapeutique des patients tuberculeux est assez complexe, comprenant plusieurs étapes ou options commençant par une automédication moderne et ou traditionnelle, une visite dans les structures de santé et finalement au CDT.

Cet état de fait montre que les patients mettent beaucoup de temps avant la prise en charge pour le traitement de la maladie. Ce qui fait que celle-ci gagne du terrain et ainsi renforce la contagion au sein de la communauté.

3.3.Le suivi du traitement

Tous les malades enquêtés affirment bien suivre le traitement et prennent leurs médicaments rigoureusement. Ce qui confirme les dires de la responsable du traitement qui soutient que le taux d'irrégularité du traitement et de perdus de vue est très faible dans le centre de santé. Un tel résultat ne peut être obtenu que si le malade est bien sensibilisé sur les exigences du traitement et qu'un climat de confiance adéquat existe entre le patient et le personnel soignant. Et durant toute la durée de notre étude au CDT, nous avons effectivement remarqué un bon climat de confiance et de dialogue entre les malades et les agents de santé.

3.4.L'attitude de l'entourage

- **L'entourage familial**

La plupart des malades affirment avoir le soutien de leur famille. La nature de ce soutien peut être moral, affectif, alimentaire. En effet, les médicaments seuls ne suffisent pas à traiter la tuberculose. Il faut forcément un accompagnement familial pour permettre au malade de mieux vivre sa maladie mais surtout de respecter son traitement. A ce titre un malade cite *« pour la prise de médicaments, ma femme me réveille chaque jour tôt le matin. Elle veille à ce que je les prenne tous les jours à l'heure précise. »*

Et un autre malade de dire « *depuis ma maladie, j'ai un traitement spécial à la maison, je suis trop chouchouté.... (un long rire). Ma mère me prépare des plats spéciaux, délicieux pour que je puisse retrouver mes kilos perdus.* » .

Seulement il faut noter que pour certains malades, seule une partie de la famille est mise au courant de leur maladie. Quand on leur a demandé le pourquoi, ils disent que c'est pour éviter qu'on les regarde d'un certain œil, comme en atteste ce malade « *vous savez Madamerien que le nom tuberculose fait peur car beaucoup pensent que c'est une maladie contagieuse et mortelle donc si j'en parle à tout le monde, les gens vont me fuir* »

Pour une meilleure adhésion de la famille du malade au traitement, il faudrait que les agents de santé à travers les ASC aillent chez le malade pour mieux leur expliquer la maladie et ainsi casser toute forme de stigmatisation et favoriser un meilleur accompagnement et soutien du malade.

- **L'attitude du personnel de santé**

Tous les malades enquêtés affirment être bien accueillis au centre de santé. En effet, lors de notre étude, nous avons remarqué une parfaite familiarité et une ambiance agréable entre les malades et le personnel soignant.

Ceci crée un dialogue entre soignés et soignants qui a pour fonction de rassurer le malade sur la thérapie de la maladie. Ainsi les malades se sentant rassurés, ils adhèrent plus au traitement en respectant leurs rendez-vous et en tenant compte des recommandations que leur fait le personnel soignant.

Tous les malades enquêtés affirment être sensibilisés sur les exigences du traitement par la responsable du traitement. La sensibilisation consiste à faire connaître aux malades les exigences du traitement de la tuberculose. Ceci montre que les malades ont été sensibilisés pendant leur maladie et non pas avant. Cela montre aussi que le problème lié à la méconnaissance de la tuberculose surtout sur sa symptomatologie, ses modes de contamination et de prévention se trouve surtout au niveau de la population en général.

3.5.Suggestions des malades

Certains malades enquêtés et principalement les femmes ont émis leur gène par rapport à la localisation du CDT pour les malades de la tuberculose. En effet le local se situe en face du bâtiment administratif comportant les salles de consultation en pédiatrie, dermatologie, médecine générale entre autre et du bâtiment d'hospitalisation.

Il est à côté du bâtiment de radiologie et de celui dédié à la vaccination des enfants. Ce qui montre qu'il est situé dans une zone très fréquentée. En plus il n'y a pas assez de bancs du coup les malades sont obligés de rester debout et de se pavaner autour attend l'arrivée de l'agent. Et tous les malades habitants le village ou les quartiers environnants, il est inévitable de croiser au sein du centre de santé soit un voisin, un parent ou une connaissance. Et ce malade le confirme par ses propos « *ici c'est Yoff, presque tout le monde se connaît et est parent. Les gens qui viennent dans l'hôpital savent très bien que là où nous sommes c'est réservé aux malades de la tuberculose. Et le fait qu'ils nous voient ici, ils vont en parler partout et ébruiter notre état* » et toujours dans ce registre un autre malade de dire « *Madame je suis sûre qu'il y a beaucoup de personnes qui ont la tuberculose mais qui ne viennent pas ici pour se soigner car elles ont peur des regards. Personnellement j'aurai souhaité allée au centre de santé Nabil Choucair pour mon traitement et ainsi personne ne saura rien de ma maladie, quitte à payer chaque jour le transport* » et elle continue « *si le directeur de Philippe pouvait vraiment changer ce lieu et nous amenait dans un endroit beaucoup plus discret ce serait à notre avantage* »

Quand cette question a été soulevée au niveau des hommes, beaucoup d'entre eux n'y voyaient pas de problème comme l'atteste ce malade « *ah ça c'est des détails. Moi ça ne me dérange aucunement. Tout ce qui m'intéresse c'est ma santé, le reste je ne m'en occupe pas* »

Donc c'est plus les femmes qui sont beaucoup plus sensibles à cette question liée à la localisation du CDT. En effet vu que les habitants du village ont presque tous des liens de parenté, il est très fréquent de rencontrer au sein du centre de santé, soit un parent ou une connaissance. Cela peut être expliqué par le fait que dans notre société les femmes sont beaucoup plus sensibles au regard des autres que les hommes. D'autant plus que dans la société léboue il y a un certain culte de la fierté surtout du côté des femmes ce qui fait qu'elles ne veulent pas s'exposer au regard des autres.

II. ENQUETE AVEC LA POPULATION SAINTE

1. Avec les élèves

Avec les élèves du lycée de Ouakam, nous avons réalisé un focus group qui dont les différents thèmes sont dans le tableau ci-dessous.

Caractéristiques des enquêtés

Nous avons travaillé avec un groupe de 15 élèves du second cycle, en classe de première et de terminale dans la tranche d'âge 16-18ans

1.1.Résultats de l'analyse de contenu du focus group avec des élèves

Tableau VII: Résultats de l'analyse de contenu du focus group avec des élèves

Thèmes	Items (évocations)
Connaissances générales sur la Tb	Maladie contagieuse, maladie infectieuse, maladie respiratoire
Sources d'information sur la Tb	Publicités à la télé, radio, affiches sur les autobus, école, structures de santé
Causes de la Tb	Bacille de koch, microbes, poussière, cigarette, pollution
Connaissance sur les symptômes de la tuberculose	Toux, amaigrissement, perte de poids,
Mode de transmission de la Tb	Contact avec le malade, promiscuité, crachats
Connaissances sur les modes de prévention de la Tb	Éviter de partager certains objets avec le malade, éviter d'être en contact avec le malade, se vacciner
Connaissance sur le traitement	Le traitement dure 6 mois, prise quotidienne de médicaments,
Lien entre Tb et VIH	Ne connaissent pas

Source : nos propres enquêtes

1.2. Exploitations des données

1.2.1. Connaissances générales sur la tuberculose

A la question relative à la connaissance de la tuberculose, certains membres du groupe d'élèves qualifient la maladie d'infectieuse, d'autres de contagieuse. Enfin, quelques-uns d'entre eux considèrent la tuberculose comme une maladie respiratoire.

Cette description de la tuberculose paraît juste car en effet c'est une maladie infectieuse, contagieuse et mortelle si elle n'est pas bien soignée.

1.2.2. Sources d'information sur la tuberculose

Les sources d'information sur la tuberculose sont variables. Certains élèves du groupe disent obtenir leurs informations sur la maladie à l'école, d'autres à partir des médias et d'autres encore au niveau des structures de santé. Toutefois, il faut noter qu'il n'existe pas encore dans le programme scolaire du moyen et second cycle une leçon proprement dite sur la tuberculose. Ce n'est qu'en classe de CM1 au cycle primaire qu'une leçon sur la tuberculose est dispensée avec un niveau de compréhension assez limitée. Donc on peut penser que ces informations que les élèves ont de la tuberculose proviennent en grande partie de leur documentation personnelle et des médias vu qu'ils ont presque tous affirmé ne pas être sensibilisés spécifiquement sur la maladie.

1.2.3. Causes de la tuberculose

Certains membres du groupe ont affirmé que le bacille de Koch est responsable de la tuberculose, d'autres pensent que les causes sont soit la pollution, la poussière, les microbes ou la cigarette. Nous remarquons donc que seule une partie cite la vraie cause de la maladie, et que les autres parlent plutôt des facteurs favorisant.

1.2.4. Connaissance sur les symptômes de la tuberculose

Beaucoup parmi le groupe affirment que la tuberculose peut être reconnue à travers ses symptômes. La majorité d'entre eux ont cité les signes suivants : la toux, l'amaigrissement, le crachat accompagné de sang, le manque d'appétit, des douleurs à la poitrine, de la fièvre... En revanche, certains disent que ces signes-là ne sont pas présents seulement chez une personne présentant la tuberculose. A ce propos un élève dit : *« ce n'est pas parce que l'on tousse beaucoup que l'on est tuberculeux. On peut être asthmatique ou être enrhumé. L'amaigrissement aussi se voit dans plusieurs autres maladies. »*

Donc pour moi c'est très difficile de reconnaître la tuberculose. Seul le médecin peut attester de la tuberculose ». Ce qui ramène la problématique de la symptomatologie de la tuberculose qui est très commune à d'autres maladies ou troubles ordinaires. Ainsi penser systématiquement face à ses symptômes cités à la tuberculose semble être difficile.

1.2.5. Connaissance sur les modes de contamination

A la question de savoir comment peut-on attraper la tuberculose, les réponses obtenues sont les suivantes : contact avec un malade, partage de certains objets ou encore la promiscuité. On constate que ces réponses ne correspondent pas à la réalité, car la transmission se fait lorsqu'un malade tuberculeux tousse dans un espace fermé, confiné et mal aéré. Ces réponses peuvent provenir d'une déduction à partir des symptômes de la tuberculose, surtout la toux. Ainsi elles peuvent croire que la tuberculose se transmet à travers la toux ou tout contact avec le malade. Ceci est à prendre en compte pour mieux asseoir les mesures de prévention et surtout lutter contre les informations erronées entretenant la stigmatisation liée à la tuberculose.

1.2.6. Connaissance sur les modes de prévention

La plupart du groupe affirme que pour prévenir la tuberculose il faut éviter tout contact avec le malade, de ne pas partager certains objets avec lui et se vacciner. Ceci montre encore la mauvaise information concernant la maladie. En effet, comme nous l'avons dit plus haut, la transmission de la tuberculose se fait lorsque le malade tousse dans un espace fermé, mal aéré. Ces méconnaissances sur les modes de transmission de la tuberculose renforcent davantage la stigmatisation des malades.

1.2.7. Connaissances sur le traitement

Certains élèves du groupe affirment que le traitement dure six mois, mais un seul a été capable de nous décrire le traitement, car il a vécu avec un parent tuberculeux. La gratuité du traitement a été évoquée par certains membres du groupe.

A l'issu de ce focus groupe nous nous sommes rendu compte que le niveau de connaissance sur la tuberculose au sein des élèves du second cycle, reste assez bas. D'où la nécessité de renforcer les campagnes de sensibilisation. En effet, ces élèves pouvant servir de relais auprès de leurs familles, une bonne connaissance sur la tuberculose leur permettrait d'orienter tout cas suspect de tuberculose vers les structures sanitaires.

2. Avec les femmes ménagères

Caractéristiques des enquêtées

Ce focus group a été réalisé avec 15 ménagères dans le but de recueillir leurs connaissances et perceptions sur la tuberculose. Le choix porté sur elles se justifie par leur implication et leur rôle dans la gestion des membres de la famille mais surtout par leur responsabilité dans la prise en charge sanitaire et sociale de ces derniers. Leur niveau de scolarité demeure au cycle primaire, avec une tranche d'âge de 20 à 45ans.

2.1.Résultats de l'analyse de contenu du focus group avec des femmes ménagères

Tableau VIII: Résultats de l'analyse de contenu du focus group avec les ménagères

Thèmes	Items (évocations)
Connaissances générales sur la Tb	Maladie contagieuse, dangereuse, curable
Sources d'information sur la Tb	Radio, télé, structures sanitaires
Causes de la Tb	Cigarettes, travailler dans la poussière (mâçon, menuisier)
Connaissance sur les symptômes de la tuberculose	Toux, crachats de sang, amaigrissement, fièvre
Mode de transmission de la Tb	Promiscuité, partage d'objets et d'ustensiles
Connaissances sur les modes de prévention de la Tb	Aller à l'hôpital dès qu'il y a contact avec un malade, éviter les endroits poussiéreux, éviter la cigarette
Connaissance sur le traitement	Durée de 6 mois, gratuité, prise quotidienne de médicaments
Lien entre Tb et VIH	Ne connaissent pas

Source : nos propres enquêtes

2.2. Exploitation des données

2.2.1. Connaissance générale sur la tuberculose

A cette question les réponses faisaient ressortir l'aspect contagieux et curable de la tuberculose. Certaines disaient que c'est une maladie dangereuse comme l'attestent les propos de cette femme : « *la tuberculose est très dangereuse car si on ne la soigne pas bien elle peut être mortelle* » et une autre de dire « *je ne suis pas d'accord avec ça car on peut avoir la tuberculose et continuer à vaquer à ses occupations, moi j'ai connu une personne qui en était malade mais ça ne se voyait pas du tout, à part la toux il était bien portant* »

En ce qui concerne la description de la maladie, on peut dire que son caractère contagieux et curable a été reconnu par toutes les femmes. En effet ces femmes étant pour la plupart à la maison, sont les premières à remarquer tout trouble des membres de la famille et sont souvent responsables de leur prise en charge sanitaire car ce sont elles qui les amènent à l'hôpital

2.2.2. Sources d'information sur la tuberculose

A cette question, certaines femmes ont dit avoir eu les informations via la radio et la télé, à travers les éditions d'information. D'autres ont affirmé avoir été informées dans les structures sanitaires.

2.2.3. Connaissances sur les causes et les symptômes de la tuberculose

En ce qui concerne la cause de la tuberculose, certaines ont parlé de la cigarette, d'autres de la poussière, mais aucune n'a cité le bacille de Koch ou parler de microbe. Le niveau d'instruction générale de ces femmes demeure le cycle primaire, donc difficiles pour elles de savoir que la tuberculose est causée par un microbe. En fait, elles ont considéré les manifestations de la maladie pour en déduire des causes possibles.

Parlant des signes, elles ont toutes été unanimes sur la toux. A ce sujet une femme affirme : « *La tuberculose se reconnaît par une toux, pas n'importe quelle toux parce que quand on est fatigué on peut tousser, ou encore quand on est enrhumé aussi. Mais quand la toux dure longtemps et que même parfois elle s'accompagne de sang on doit tout de suite penser à la tuberculose* ». Certaines ont parlé des crachats de sang et d'autres de fièvre et d'amaigrissement.

Le niveau de connaissance des femmes enquêtées montre qu'elles connaissent bien les manifestations de la maladie, ce qui peut favoriser une prise en charge médicale rapide de la maladie.

2.2.4. Mode de contamination

Certaines ont dit que la contamination peut se faire à travers le partage de certains objets comme l'affirme l'une d'elle : *« le fait de boire sur la même tasse que le malade peut te contaminer. Être aussi dans le même endroit que le malade, sans ouvrir les fenêtres pour que ça soit bien aéré aussi peut donner la tuberculose. »*

On constate que concernant le mode de transmission, certaines connaissances sont inexactes, comme le fait de partager certains objets. En effet, comme dit plus haut, la contamination de la tuberculose se fait quand le malade tousse dans un endroit fermé, mal aéré.

Cependant il faut noter que beaucoup de femmes enquêtées ont aussi compris que la transmission de la tuberculose se fait à travers la salive du malade surtout quand il parle.

2.2.5. Connaissances sur le traitement

Certaines ont affirmé que le traitement dure six mois, et d'autres reconnaissent ne pas savoir la durée. Une femme ayant vécu avec un tuberculeux nous a décrit avec précision le déroulement du traitement à savoir la prise quotidienne de médicaments, les rendez-vous journaliers au centre de santé.

Dans ce même registre la question concernant l'attitude envers le malade a été soulevée. Et toutes les femmes ont été unanimes sur la nécessité d'accompagner le malade dans son traitement. *« Il n'y a aucune raison de fuir un malade car après tout c'est un parent donc notre sang. Les agents de santé nous avaient bien expliqué que si le malade prend bien ses médicaments, il ne sera plus contagieux, donc ça ne sert à rien de le fuir, ça risque même de détruire les liens familiaux »* affirme une femme qui a déjà vécu avec un malade tuberculeux. Une autre de dire *« mais il faut faire quand même attention, puisque la maladie se transmet à travers la salive du malade, donc être en contact physique avec lui ou partager la même tasse ou certains objets avec lui peut entraîner la contamination. On peut les aider mais pas au point de se mettre en danger aussi. »*. Parlant du problème de la stigmatisation, elles ont toutes été d'accord qu'il ne faut pas les fuir ou les mettre en quarantaine. Une femme a dit *« les agents de santé doivent bien sensibiliser le malade pour que lui-même évite tout geste qui peut contaminer son entourage. Ainsi le problème de la stigmatisation ne se posera pas car c'est lui-même qui saura comment se comporter avec les autres »*

D'après les dires des femmes enquêtées, on peut retenir de manière générale qu'elles ont une bonne attitude vis-à-vis des malades de la tuberculose, ce qui est significatif dans la lutte contre la stigmatisation. Aucune d'entre elles n'a connaissance sur la relation tuberculose-Sida.

Synthèse des résultats d'enquête

A la suite de l'exploitation des données issues des différentes enquêtes effectuées, nous constatons une méconnaissance de la tuberculose surtout sur son mode de transmission et sur son traitement chez les élèves comme chez les femmes ménagères.

Au niveau des malades, le problème lié à l'interprétation des symptômes de la maladie tirée des représentations sociales que la population a de manière générale de la tuberculose a été également soulevé. Ce qui pose le problème lié au diagnostic tardif.

Le personnel médical est aussi indexé concernant ce diagnostic tardif car parfois le premier traitement prescrit n'est pas spécifique à la tuberculose.

TROISIEME PARTIE :

**IDENTIFICATION DES CAUSES ET MISE EN
ŒUVRE DES SOLUTIONS**

CHAPITRE V : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES

Dans ce chapitre nous allons procéder à l'identification et à la hiérarchisation des causes apportées par la littérature et les résultats de nos enquêtes.

I. IDENTIFICATION DES CAUSES

1. Présentation de l'outil

Le **diagramme d'Ishikawa** ou diagramme de causes-effets (aussi appelé diagramme « arête de poisson » en rapport avec sa représentation graphique) est un outil qualité utilisé pour identifier les causes d'un problème et pour visualiser, de façon simple, l'ensemble des causes potentielles concernant le constat d'un effet quel qu'il soit.

Ce diagramme s'inscrit dans la démarche de résolution de problème. Il permet, à partir de l'analyse des données d'une situation d'identifier le problème en mettant en relation les éléments entre eux. Il permet d'identifier les causes d'un effet précis : par exemple un problème technique²⁷.

Les causes potentielles d'un problème quel qu'il soit sont regroupées par familles autour des « 5M » (Main-d'œuvre, Matériel, Matière, Méthode et Milieu) moyen mnémotechnique recommandé par **Ishikawa** à l'origine de ce modèle qui porte son nom.

- **la matière, ou les matériaux**, entrées de matières premières : les matières et matériaux utilisés et entrant en jeu dans le processus
- le **matériel employé** (de production ou de suivi) : l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels et les technologies
- le **milieu ou le contexte de travail**: qu'il soit culturel, social ou matériel (disposition des locaux par exemple) ; L'environnement, le positionnement, les conditions de travail, l'ergonomie.
- les **méthodes** : techniques et procédures : le savoir faire, le mode opératoire, la logique du processus et la recherche et développement.

²⁷ManagerGo, Gestion de projet, (2018)

- la **main d'œuvre** : le personnel, plus généralement les interventions humaines.

NB : On peut utiliser seulement « 3M » si cela est suffisant au regard du problème posé voire même rajouter ou remplacer les « 5M » par d'autres familles dont les noms sont plus adaptés au problème posé²⁸.

2. Identification des causes selon la revue de la littérature

La revue de la littérature nous a permis de recenser un certain nombre de causes.

Outre les aspects sémiologiques, les causalités «populaires» des toux bien que diverses, orientent les malades vers des interprétations à minima de leur trouble. Elles peuvent schématiquement se résumer en cinq larges catégories : des liens avec diverses autres maladies, des habitudes acquises, un manque d'hygiène, les travaux durs et Dieu.

C'est ainsi que certaines entités nosologiques populaires sont fréquemment citées comme étant à l'origine de la toux. Cette vision est partagée par certains malades tuberculeux et leur proche des deux sexes. Par exemple, en langue pular, le danewe ou le buuri sont supposés s'exprimer par de la toux.

Par ailleurs, certaines habitudes sont aussi incriminées comme étant la cause de la toux, notamment l'abus de cigarettes et la consommation de café et d'alcool.

Le type d'activité exercée par le malade est aussi souvent mis en cause pour expliquer la maladie. Les patients qui exercent des travaux durs, tel l'orpaillage dans les zones minières, la fabrication de briques ou l'ex traction de graviers pensent que leurs activités peuvent expliquer leur maladie.

Le manque d'hygiène, l'absence d'un cadre de vie adéquat et d'un environnement sain ainsi que la consommation d'aliments souillés sont aussi considérés comme une possible cause de la toux.

Enfin, mais il s'agit là d'une sorte de cause ultime la plupart des personnes interrogées pensent que Dieu est la cause de la maladie. Il donne et épargne qui il veut. Et c'est pourquoi, fort de cet argument religieux, il est fréquent que les parents des malades, devant la dégradation de l'état de santé de leur proche, effectuent des sacrifices, implorant ainsi la grâce de Dieu pour qu'il redonne la santé à leurs proches. «La maladie ne tue pas, mais elle fait

²⁸www.marketing-etudiant.fr

souffrir. Personne ne mourra, si ses jours ne sont pas finis», est une phrase couramment prononcée.

3. Les causes de l'étude

Concernant notre étude, le recensement des causes émises à travers un brainstorming avec les responsables du traitement et l'enquête auprès des malades a mis en évidence des causes liées aux interprétations du patient par rapport à la tuberculose, à l'attitude de son entourage et la localisation de l'unité de traitement.

Ces causes sont :

- ✓ Localisation du CDT
- ✓ Présence obligatoire quotidienne pour la prise de médicaments (TDO)
- ✓ Longue durée du traitement
- ✓ Interprétations des signes pour d'autres maladies
- ✓ Type d'activités exercées par le malade
- ✓ Croyances religieuses
- ✓ Méconnaissance de la maladie
- ✓ Recours thérapeutiques aux soins
- ✓ Attitude de l'entourage

L'adaptation du diagramme d'Ishikawa à notre étude nous donne les informations suivantes :

Milieu : localisation de l'unité de traitement qui est exposée

Méthode : Présence quotidienne obligatoire, longue durée du traitement entraînant une sensation de guérison, type d'activités professionnelles, recours thérapeutiques

Main d'œuvre : méconnaissance de la maladie, interprétations des symptômes pour d'autres maladies, croyances religieuses, attitude de l'entourage.

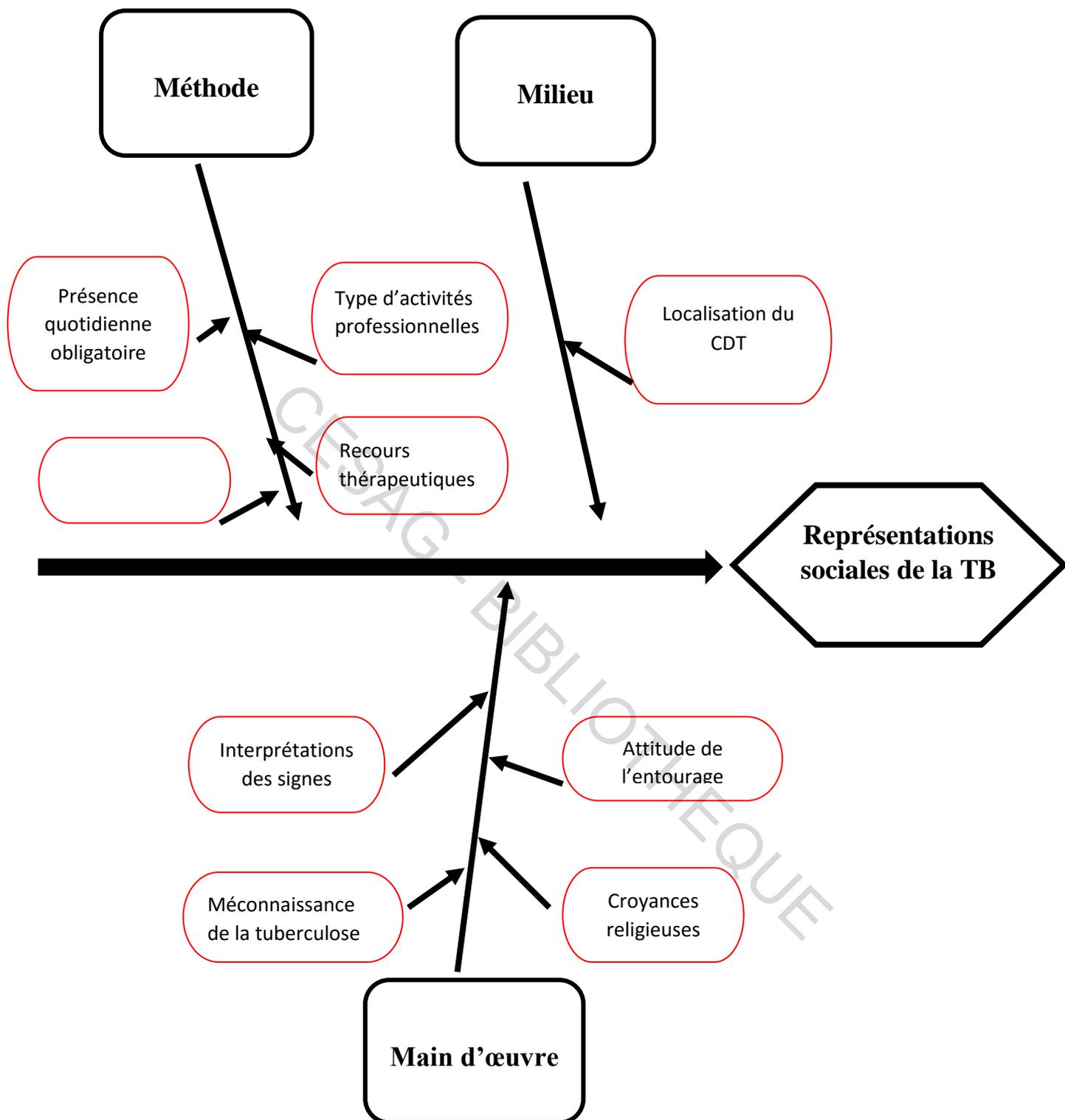


Figure 2: Diagramme d'Ishikawa

Source : Nos propres enquêtes

II. HIERARCHISATION DES CAUSES

Pour prioriser les causes, nous avons utilisé la technique du vote pondéré qui est un outil qui permet de classer les causes par ordre d'importance.

Pour sa mise en œuvre nous avons associé les mêmes personnes que pour la priorisation du problème à savoir, la responsable du traitement, son assistante et le président des ASC.

Chacune des causes est pondérée en fonction de critères (impact, pertinence, faisabilité) que le groupe a validé. Chaque participant du vote pondéré dispose d'un maximum de 10 points dont il ne peut affecter au maximum que 5 à une même cause et le reste des points est reparti entre les autres causes²⁹.

Voici les causes qui ont été retenues :

- ✓ Interprétations des signes pour d'autres maladies
- ✓ Croyances religieuses
- ✓ Méconnaissance de la maladie
- ✓ Recours thérapeutiques aux soins
- ✓ Attitude de l'entourage

Tableau IX: Hiérarchisation des causes par le groupe nominal

Causes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
Méconnaissance de la maladie	4+5+4	5+4+5	5+4+4	40	1 ^{er}
Interprétations des signes	4+3+3	4+4+3	4+3+3	31	2 ^e
Croyances religieuses	2+3+2	2+2+3	3+2+2	21	4 ^e
Recours thérapeutiques	3+2+3	2+3+4	2+2+3	24	3 ^{eme}
Attitude de l'entourage	3+2+2	3+1+2	1+1+2	17	5 ^e

Source : nos propres enquêtes

²⁹Colly J.M (2017), Cours de Méthodologie de résolution de problèmes, CESAG, Dakar

Pour hiérarchiser les causes nous allons utiliser le **diagramme de Pareto**. C'est un graphique représentant l'importance de différentes causes d'un phénomène. Ce diagramme permet de mettre en évidence les causes les plus importantes sur le nombre total d'effet et ainsi de prendre des mesures ciblées pour améliorer une situation.

Tableau X: Hiérarchisation des causes par fréquences cumulées décroissantes

Causes	Fréquence Absolue	Fréquence relative en %	Fréquence cumulée en %
Méconnaissance de la maladie	40	30	30
Interprétations des signes	31	23	53
Recours thérapeutiques	24	18	71
Croyances religieuses	21	16	87
Attitude de l'entourage	17	13	100
Total	133	100	

Source : nos propres enquêtes

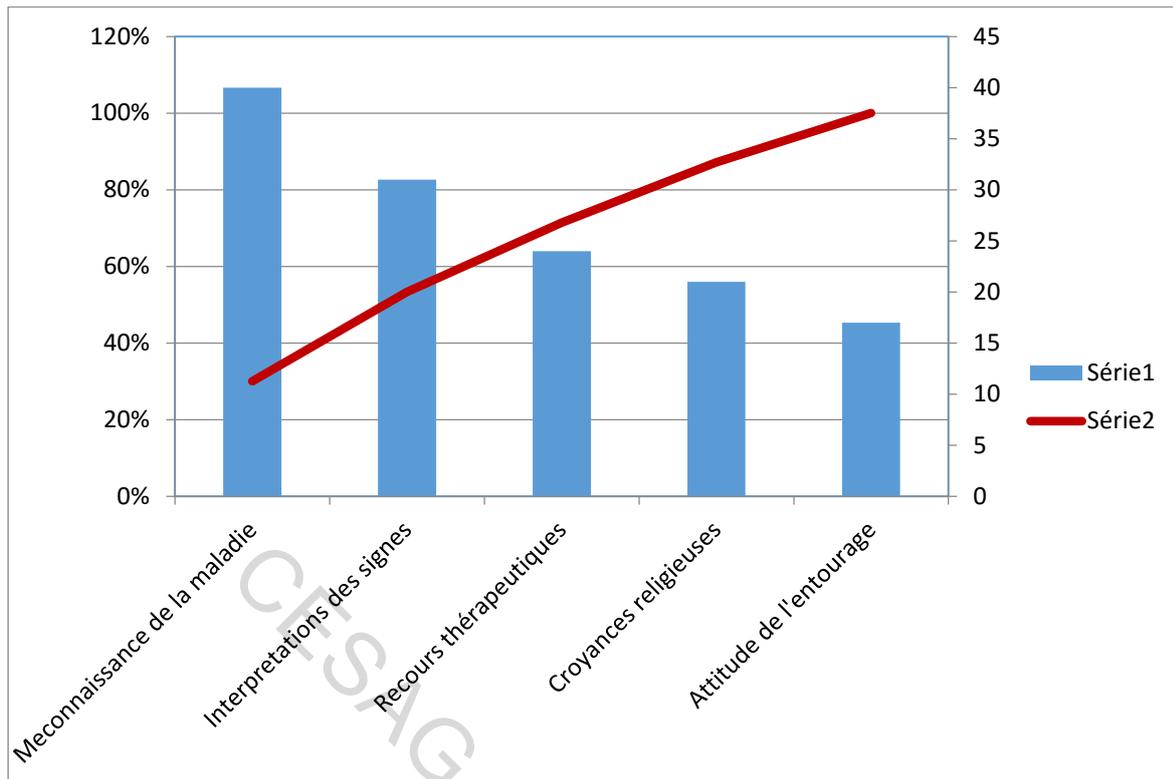


Figure 3: Le diagramme de Pareto

Source : nos propres enquêtes

❖ **Commentaire du diagramme de Pareto :**

Le diagramme nous montre que 20% des causes sont responsables de 80% des effets liés au problème étudié. Dans notre étude donc la méconnaissance de la tuberculose et les interprétations de ses signes sont responsables de 80% des effets liés aux représentations sociales. Ainsi donc pour combattre les représentations sociales qui demeurent un obstacle majeur dans la lutte contre la tuberculose il faudrait résoudre le problème lié à ces deux causes. Par ailleurs les interprétations des signes de la tuberculose peuvent être incluses dans la méconnaissance de la maladie. Donc, résoudre le problème lié à la méconnaissance de la maladie réglerait aussi celui émanant des interprétations symptomatiques.

CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

I. SOLUTION SELON LA LITTERATURE

Selon l'OMS (2009), en matière de tuberculose, les connaissances, les attitudes et les pratiques des répondants sont en deçà des actuelles connaissances biomédicales. Les connaissances populaires ignorent deux informations stratégiques détenues par l'équipe biomédicale et autres acteurs : « la tuberculose se transmet essentiellement, voire exclusivement, par la voie nasale » ; « après deux semaines de traitement, le patient tuberculeux n'est plus contagieux ». La vulgarisation de ces informations pourra avoir des impacts positifs aussi bien sur la stigmatisation que sur le recours aux soins antituberculeux. Les suggestions populaires pour une meilleure réponse à la tuberculose dans leur localité mettent en évidence une triple nécessité :

- la nécessité de renforcer les compétences de l'ensemble des acteurs en matière de développement de réponses adéquates à la tuberculose et d'améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations. Des acteurs bien formés et disposant du minimum de ressources humaines, matérielles et financières pourraient, en fonction de leurs objectifs et de leurs spécialités, améliorer considérablement les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations face à la tuberculose.
- une étude ethnolinguistique permettant d'analyser le lexique des sémiologies et des physiologies populaires qui sont mises en cause dans le retard de diagnostic et le recours aux soins. En effet pour Eastwood et Hill, au début, en fonction de leurs symptômes, les patients croyaient qu'ils avaient le paludisme ou la pneumonie. Le retard de diagnostic s'explique donc notamment par la complexité de l'itinéraire des patients et par ce que les premiers symptômes de la tuberculose ressemblent aux premiers symptômes d'autres pathologies. Ainsi, l'itinéraire thérapeutique des patients tuberculeux passe nécessairement par les guérisseurs traditionnels, les pharmacies, les médecins privés, les centres de santé ruraux et les centres de santé de diagnostic de la tuberculose.

- La nécessité de former les agents de «première ligne» à l'établissement d'un diagnostic différentiel : une forte fièvre suivie d'un amaigrissement inexpliqué, même si la personne ne tousse pas, doivent faire penser à priori à une tuberculose³⁰.

II. SOLUTIONS DE L'ETUDE

A la suite d'un brainstorming avec le groupe de travail, les solutions suivantes ont été retenues :

- ❖ Renforcer la stratégie d'information et d'éducation de la population sur les signes précoces de la tuberculose à travers des séances de sensibilisation
- ❖ Formation des agents de santé de première ligne à l'établissement d'un diagnostic précoce
- ❖ Renforcer le climat de confiance entre les agents de santé et les malades afin qu'ils puissent mieux adhérer au traitement à travers des séances de consuling
- ❖ Faire des séances de sensibilisation auprès de la famille du malade pour un meilleur accompagnement et éviter la stigmatisation

III. PRIORISATION DES SOLUTIONS

Pour déterminer la solution à retenir de manière consensuelle, nous avons procédé à une priorisation suivant ces trois critères :

- ❖ **L'impact** de la solution : renvoie à la pertinence de la solution et ses effets à court, moyen ou long terme
- ❖ **L'acceptation** : c'est-à-dire l'adhésion et l'engagement des acteurs par rapport à la solution
- ❖ **La faisabilité** : la solution retenue doit être réaliste et réalisable suivant la disponibilité des ressources.

³⁰ Approches socio anthropologiques de la tuberculose à Mopti (Mali) : représentations sociales et recours thérapeutiques en cas de tuberculose, volume 19, numéro 2, avril, mai, juin, 2009

Une échelle de pondération allant de 1 à 5 a été attribué à chaque critère³¹.

Faisabilité : Très faisable = 5 Faisable = 3 Peu faisable = 1

Acceptabilité : Grande = 5 Moyenne = 3 Faible = 1

Impact : Court terme= 5 Moyen terme = 3 Long terme = 1

Tableau XI: Priorisation des solutions

Solutions	Faisabilité	Acceptabilité	Impact	Score	Rang
Séances de sensibilisation auprès de la population	5	5	5	15	1 ^{er}
Sensibilisation auprès des familles du malade	5	3	3	11	3 ^e ex
Formation des agents de santé sur le diagnostic précoce	5	3	5	13	2 ^e
Renforcement du climat de confiance entre agents et malades	5	3	3	11	3 ^e ex

Source : nos propres enquêtes

A l'issue du vote pondéré les séances de sensibilisation auprès de la population ressortent comme solution prioritaire suivie de la formation des agents de santé de première ligne sur le diagnostic précoce de la tuberculose.

³¹Colly J.M (2017), Cours de Méthodologie de résolution de problèmes, CESAG,Dakar

CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

I. MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

L'amélioration du taux de dépistage doit nécessairement passer par une stratégie d'information et d'éducation de la population sur les signes précoces de la tuberculose afin d'aider les populations à consulter le plus tôt possible un service médical. En effet la méconnaissance de la tuberculose conduit à un diagnostic tardif et surtout aux recours thérapeutiques non médicaux ou basés sur l'automédication. Ainsi donc une meilleure connaissance de la tuberculose contribuerait à l'amélioration du taux de dépistage et limiterait la chaîne de contagion.

1. Objectif général

L'objectif général de notre projet est de contribuer à l'augmentation de 70% du niveau de connaissance de la population sur la tuberculose

2. Objectifs spécifiques

- Impliquer 80% des ASC dans la lutte contre la tuberculose
- Impliquer 70% des enseignants de l'élémentaire et du secondaire de la commune de Yoff dans la lutte contre la tuberculose.

3. Résultats attendus

R1 : 80% des ASC sont impliquées dans la lutte contre la tuberculose

R2 : 70% des enseignants du moyen-secondaire impliqués dans la lutte contre la tuberculose

4. Activités

Résultat 1

A₁ : Identifier les responsables et acteurs des ASC

A₂ : Identifier 3 animateurs pour la formation des responsables d'ASC

A₃ : Organiser 2 ateliers de formation avec les responsables

A₄ : Organiser 3 journées sportives et culturelles avec des tournois de foot et des sketches sur la Tb.

A₅ : Diffusion des outils et supports de communication (cartes conseils, affiches, tee-shirts, boîtes à images, prospectus)

Résultat 2

A₁ : Renforcement de capacité des enseignants sur la tuberculose

A₂ : Organiser des exposés avec les élèves sur la tuberculose

A₃ : Organiser des activités de créations artistiques (dessins, poèmes, théâtre) surtout durant les journées culturelles des établissements scolaires

A₄ : Diffusion de supports dans les classes (affiches, boîtes à image, dépliants)

II. CADRE LOGIQUE

Tableau XII: Cadre Logique

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Conditions critiques
Objectif général	Contribution à l'augmentation de 70% du niveau de connaissance de la population sur la tuberculose	Le pourcentage de la population sensibilisée	Rapport d'activités du district	Adhésion des partenaires techniques et financiers Disponibilité des ressources matérielles et humaines
Objectifs spécifiques	OS ₁ : Impliquer 80% des ASC et associations religieuses dans la lutte contre la Tb	Le pourcentage des ASC impliquées	Rapport d'activités	Disponibilité des ressources financières et matérielles Disponibilité des animateurs Adhésion des ASC et associations religieuses

	OS2 : Impliquer 70% des enseignants du moyen-secondaire dans la lutte contre la tuberculose	Le pourcentage des enseignants impliqués		Disponibilité des ressources financières et matérielles Disponibilité des animateurs Adhésion des enseignants
Résultats ou extrants	R₁ : 80% des ASC sont sensibilisées sur la Tb	Le pourcentage d'ASC sensibilisées	Rapport d'activités Liste des ASC sensibilisées	Adhésion des ASC
	R₂ : 70% des enseignants impliqués dans la lutte contre la tuberculose	Le pourcentage d'enseignants impliqués	Rapport d'activités Liste des enseignants impliqués	
Activités	R₁A₁ : Identifier les responsables et acteurs	Nombre de responsables et acteurs identifiés	PV réunions Liste des responsables	Adhésion des responsables

	des ASC		d'ASC	
	R₁A₂ : Identifier 3 animateurs pour la formation des responsables d'ASC	Nombre d'animateurs identifiés	PV réunions Liste des animateurs	Disponibilité des animateurs
	R₁A₃ : Organiser 2 ateliers de formation avec les responsables	Nombre d'ateliers organisés	Rapports d'activités	Adhésion des responsables Disponibilité des animateurs
	R₁A₄ : Organiser 3 journées sportives et culturelles avec des tournois de foot et des sketches sur la Tb.	Nombre de journées sportives et culturelles organisées	Rapport d'activités	Disponibilités des ressources humaines et matérielles Adhésion de la population
	R₁A₅ : Diffusion des outils et supports de communication (cartes conseils, affiches, tee-shirts, boites à images, prospectus)	Nombre de supports et d'outils distribués	Rapport d'activités	Disponibilité des outils et supports

<p>R₂A₁ : Renforcement de capacité des enseignants sur la tuberculose</p>	<p>Nombre d'enseignants formés</p>	<p>Rapport d'activités</p>	<p>Disponibilité des formateurs Adhésion des enseignants</p>
<p>R₂A₂ : Diffusion de supports et outils de communication (affiches, boîtes à image, dépliants)</p>	<p>Nombre de supports et d'outils distribués</p>	<p>Rapport d'activités</p>	<p>Disponibilité des supports et outils</p>
<p>R₂A₃ : Organiser des exposés avec les élèves sur la tuberculose</p>	<p>Nombre d'exposés organisés</p>	<p>Rapport d'activités</p>	<p>Disponibilité des élèves, enseignants</p>
<p>R₂A₄ : Organiser des activités de créativité artistiques (dessins, poèmes, théâtre) surtout durant les journées culturelles des établissements scolaires</p>	<p>Nombre d'activités organisées</p>	<p>Rapport d'activité</p>	<p>Disponibilité des élèves, enseignants</p>

Source : nos propres enquêtes

III. PLAN OPERATIONNEL

Tableau XIII: Plan opérationnel

Activités	Début	Fin	Responsables	Source de financement
Identifier les responsables et acteurs des ASC	03 Aout 2018	04 Aout 2018	Président du comité de santé	Budget CS Partenaires financiers
Identifier 3 animateurs pour la formation des responsables d'ASC	03 Aout 2018	04 Aout 2018	Le Directeur	Budget CS Partenaires financiers
Organiser 2 ateliers de formation avec les responsables d'ASC sur la tuberculose	13 Aout 2018	14 Aout 2018	Responsable de l'unité de traitement	PNT Partenaires financiers Budget CS
Organiser 3 journées sportives et culturelles avec des tournois de foot et des sketches sur la Tb.	21 Septembre 2018	23 Septembre 2018	Responsable de l'unité de traitement	Partenaires financiers PNT Budget CS
Organiser des séances de sensibilisation sur la Tb sous forme de thé -débats	01 Octobre 2018	23 Février 2019	Responsable de l'unité de traitement	Partenaires financiers Budget CS

avec toutes les ASC du village				PNT
Diffusion des outils et supports de communication (cartes conseils, affiches, tee-shirts, boîtes à images, prospectus)	Juillet 2018	Février 2019	Responsable du CDT	Partenaires financiers
Identifier 3 animateurs pour le renforcement de capacité des enseignants du moyen secondaire	22 Octobre 2018	26 Octobre 2018	Le Directeur du centre de santé	Budget CS
Identifier les enseignants du moyen secondaire devant participer au renforcement de capacité	22 Octobre 2018	26 Octobre 2018	Le Directeur du centre de santé	Budget CS
Organiser un atelier de renforcement de capacité des enseignants du moyen secondaire sur la tuberculose	29 Octobre 2018	30 Octobre 2018	Le Directeur du centre de santé	Budget CS Partenaires financiers PNT
Dresser un planning des exposés avec	1 ^{er} Novembre 2018	20 Décembre 2018	Le responsable du CDT	Partenaires financiers PNT

leurs thèmes				
Dresser un planning des activités artistiques sur la tuberculose	11 Février 2019	20 Avril 2019	Le responsable du CDT	Partenaires financiers PNT
Diffusion des outils et supports de communication (affiches, boîtes à images, dépliants)	22 Octobre 2018	20 Avril 2019	Le responsable du CDT	Partenaires financiers PNT

Sources : Nos propres enquêtes

IV. CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

Tableau XIV: Chronogramme des activités

Activités	Période									
	2018						2019			
	Juil	Aou	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Avr
Identifier les responsables et acteurs des ASC										
Identifier 3 animateurs pour la formation des responsables d'ASC										
Organiser 2 ateliers de formation avec les responsables d'ASC sur la tuberculose										
Organiser 3 journées sportives et culturelles avec des tournois de foot et des sketches sur la Tb.										
Identifier 3 animateurs pour le renforcement de capacité des enseignants du moyen secondaire										
Identifier les enseignants du moyen secondaire devant participer au renforcement de capacité										
Organiser un atelier de renforcement de capacité des enseignants du moyen secondaire sur la tuberculose										

Planning des exposés avec leurs thèmes										
Planning des activités artistiques sur la tuberculose										
Diffusion des outils et supports de communication (affiches, boîtes à images, dépliants)										

Source : Nos propres enquêtes

V. BUDGETISATION

Tableau XV: Budgétisation

Rubriques	Quantité	Nombre de jours	Prix unitaire	Montant (FCFA)
Honoraires des animateurs pour les ateliers	3	2	5000F	30.000
Affiches, prospectus, boites à image, CD	-	-	-	-
Ateliers de formation des responsables d'ASC	2	2	50 000	100 000
Journées sportives et culturelles avec les ASC	-	3	100 000	300 000
Thé-débat avec les différentes ASC	14	14	25 000	350 000
Ateliers de formation des enseignants du moyen secondaire	2	2	50.000	100.000
Activités artistiques sur la tuberculose	-	-	-	50 000
Total Budget				930 000

Source : Nos propres enquêtes

VI. SUIVI-EVALUATION

❖ Le suivi

C'est le processus systématique du recueil, de l'analyse et de l'utilisation d'information visant à déterminer en continu les progrès d'un programme en vue de la réalisation de ses objectifs et à guider les décisions relatives à sa gestion. Il porte généralement sur les processus, notamment sur le moment et le lieu où se déroulent les activités, les auteurs des activités et le nombre de gens ou d'entités atteints par celles-ci.

Le suivi est entrepris une fois que le programme a démarré et se poursuit tout au long de la période d'exécution du programme. Il est parfois dénommé « *évaluation du processus* », « *évaluation des performances* » ou « *évaluation formative* ».

❖ **L'évaluation**

C'est l'appréciation systématique d'une activité, d'un projet ou d'un programme. Elle porte sur les accomplissements escomptés et réalisés et examine la chaîne des résultats (intrants, activités, extrants, effets et impacts), les processus, les facteurs contextuels et les rapports de cause à effet afin de comprendre les accomplissements ou le manque d'accomplissements. L'évaluation vise à déterminer la pertinence, l'impact, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions et les contributions de l'intervention aux résultats obtenus³².

Dans notre étude le comité sera composé de la responsable du CDT, du directeur du centre de santé et du superviseur.

³²<http://www.endvawnow.org>

Tableau XVI: Cadre de Suivi-évaluation

Apport /Intrants	Activités/Processus	Produits/Extrants	Effets/Résultats	Impact
Nombre d'ASC, de jeunes, d'élèves du moyen secondaire à sensibiliser sur la tuberculose	Renforcement de capacité des responsables d'ASC, de professeurs de SVT et d'eco-fam sur la tuberculose	80% des ASC sont impliquées dans la lutte contre la tuberculose	Augmentation du niveau de connaissance sur la tuberculose	Baisse du taux de morbidité et de mortalité liées à la tuberculose
Supports et outils de communication sur la tuberculose	Des exposés et des activités artistiques réalisés par les élèves Des séances de thé-débats organisés dans chaque quartier	70% des enseignants sont formés sur la tuberculose Des élèves du moyen secondaire sensibilisés sur la tuberculose	Recours précoce aux soins médicaux dès suspicion à la tuberculose	
Suivi et évaluation des processus			Evaluation des résultats et de l'impact	

Source : Nos propres enquêtes

Les indicateurs du suivi et de l'évaluation

- ❖ Pour le suivi et l'évaluation des processus
 - Nombre d'ASC impliquées dans la lutte contre la tuberculose
 - Nombre d'enseignants du moyen secondaire formés sur la tuberculose
 - Nombre d'exposés et d'activités artistiques sur la tuberculose réalisés par les élèves
 - Nombre de supports et d'outils de communication sur la tuberculose distribués aux élèves
- ❖ Pour l'évaluation des effets et de l'impact
 - Enquêtes CAP (connaissance, aptitude et pratique) au bout de six mois auprès des élèves et des femmes ménagères
 - Diagnostic précoce : nombre de personnes ayant eu recours aux services de santé dès l'apparition des premiers signes.
 - Mortalité et morbidité liées à la tuberculose

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous avons émis des recommandations aux différents niveaux de décision afin de permettre une meilleure amélioration de la connaissance et de la perception de la tuberculose vis-à-vis de la population

- **Aux malades**
 - Renforcer la régularité et l'adhésion au traitement
 - Se limiter uniquement aux médicaments prescrits pour le traitement : éviter toute forme d'automédication
- **Aux agents de santé**
 - Référer tout cas suspect de tuberculose au centre de traitement antituberculeux
 - Renforcer le climat de confiance avec les malades et les séances de sensibilisation
 - Respecter les horaires d'ouverture de l'unité de soins
- **A la direction du centre de santé**
 - Contractualiser avec des ONG pour la sensibilisation de la population sur la tuberculose
 - Impliquer les acteurs culturels et religieux du village dans la sensibilisation (ASC, dahiras) de même que les guérisseurs tradi-praticiens
 - Renforcer le travail des relais communautaires dans la sensibilisation sur la tuberculose tels les badienou gokh à travers l'approche d'IEC/CCC
- **Au PNT**
 - Organiser avec les agents de santé des renforcements de capacité sur le diagnostic de la tuberculose
 - Large diffusion des supports de communication sur la maladie
 - Faire un plaidoyer auprès des autorités du Ministère de l'Education Nationale pour une meilleure implication de l'école dans la lutte contre la tuberculose.
 - Renforcer la communication à travers les media de masse (radio, télé, journaux) et surtout les réseaux sociaux.
 - Impliquer les anthropologues et les guérisseurs tradi-praticiens dans la lutte contre la tuberculose pour une meilleure prise en compte des perceptions sociales de la maladie
- **Au ministère de la santé et de l'action sociale**

- Faire la promotion de la multisectorialité dans la lutte contre la tuberculose en impliquant tous les leaders d'opinion dans la lutte
- Mobiliser un financement suffisant et durable pour une meilleure prise en charge de la tuberculose notamment dans son volet sensibilisation
- Assurer un engagement de haut niveau pour atteindre les cibles fixées par l'OMS

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion

La tuberculose est et reste encore une maladie endémique en Afrique en général et au Sénégal en particulier. Malgré les gros moyens déployés pour son éradication dans le monde, elle persiste toujours et continue de tuer des milliers de personnes.

Le but de notre étude était d'analyser les représentations sociales liées à la tuberculose.

Pour mieux aborder ce travail et avoir l'ensemble des informations nécessaires à l'atteinte de nos objectifs de recherche, une démarche méthodologique a été choisie. Elle reposait essentiellement sur la recherche documentaire et l'enquête qualitative à travers des guides d'entretien et des focus group. Les sites de l'enquête ont été d'une part le centre de santé de Philipe Maguilen Senghor de Yoff et d'autre part le lycée d'Ouakam et le village de Yoff.

Notre étude met en évidence qu'il existe un écart entre les perceptions populaires et les connaissances scientifiques en matière de tuberculose. En effet cet écart peut s'expliquer par le fait que les connaissances scientifiques ont évolué plus que le savoir populaire. Ces connaissances, attitudes et pratiques tardent à évoluer positivement car il reste beaucoup à faire dans la mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières pour les améliorer.

L'amélioration du taux de dépistage doit nécessairement passer par une stratégie d'information et d'éducation de la population sur les signes précoces de la tuberculose afin d'aider les populations à consulter le plus tôt possible un service médical. Cette sensibilisation devrait se faire de manière permanente et non pas ponctuelle avec juste la célébration de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose.

Beaucoup moins médiatisée que le SIDA et le paludisme, la tuberculose est souvent « l'oubliée » des campagnes de sensibilisation et de prévention. Une campagne de communication doit être entreprise afin de réduire l'incidence de la tuberculose. Il est important que les médias accentuent la pression qu'ils exercent sur la communauté. Ainsi à travers des spots radio et télévisés, d'affiches et de brochures, on pourrait insister sur l'importance d'un dépistage précoce de la tuberculose et encourager les malades à suivre le traitement. La sensibilisation devrait être accentuée dans les lieux publics tels que les marchés, dans les moyens de transport (bus, cars) et surtout à l'école. Dans les quartiers, la sensibilisation devrait se faire par le biais de causeries éducatives permettant une meilleure

diffusion des messages sur la prévention. Dans la conception des supports communicationnels, il faudrait penser à les transcrire en langues nationales (wolof, puular, djola, sérère...), vu le faible niveau de scolarisation de la population d'où la nécessité d'impliquer les anthropologues dans la lutte contre la tuberculose à travers des analyses ethnolinguistiques.

Il se pose un autre problème qui est le retard du diagnostic lié au personnel de santé et aux malades. En effet le retard de diagnostic s'explique par la complexité de l'itinéraire des patients et par ce que les premiers symptômes de la tuberculose ressemblent aux premiers symptômes d'autres pathologies. Ainsi, l'itinéraire thérapeutique des patients tuberculeux passe nécessairement par les guérisseurs traditionnels, les pharmacies, les médecins privés, les centres de santé ruraux et les centres de santé de diagnostic de la tuberculose.

Il est donc très important de former ces agents de «première ligne» à l'établissement d'un diagnostic différentiel : une forte fièvre suivie d'un amaigrissement inexpliqué, même si la personne ne tousse pas, doivent faire penser à priori à une tuberculose.

La tuberculose est devenue l'affaire de tous. Par conséquent seule une approche multisectorielle et interdisciplinaire s'inscrivant dans le cadre de l'initiative mondiale « End TB » peut mener à l'éradication de la tuberculose.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages et supports de cours

ADAM, P.&HERZLICH, C (2001) *Santé ; maladie et leurs interprétations culturelles sociales in sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris Nathan

BA M. (2017), *Cours de Planification stratégique et conception des projets*, CESAG, Dakar.

BANKONI, (1993), *Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales*, sous la direction de BRUNET Jailly, Karthala, ORSTOM

COLLY.J. M. (2017), *Cours de Méthode de résolution des problèmes*, CESAG,Dakar.

CROFTON, J. et al (2001) *Tuberculose clinique. 2^{nième} édition*. Paris UICTMR

BONNET,D et al (1990), *Anthropologie et santé publique une approche du paludisme au Burkina Fasso, in sociétés, développement et santé ; médecine tropicale*, Ellipses, AUPELF

DE SARDAN J.P.O, (1999), *Les représentations des maladies : des modules* PUF, Paris

DE SARDAN J.P. (1995) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. PUF, Paris

FASSIN, D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, PUF, Paris

GENTILINIM, M. (1993) *Médecine tropicale, médecine-sciences*, Flammarion éd., Paris

JAFFRE, Y., (2000). *Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du Sahel, Santé publique et pays pauvres*, ADSP

JAFFRE .Y. et al (1999), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris, PUF

JAFFRE. Y (1999), *La maladie et ses dispositifs*, Classiques des sciences sociales

KOFFI A. (2017), *Cours de Suivi et Evaluation des projets/programmes*, CESAG, Dakar.

SY Kalidou (2017), *Communication en santé*, CESAG, Dakar.

Articles

ADAM, P.&HERZLICH, C (2005) *Les relations médecine-maladie In sociologie de la maladie et de la médecine L'homme n°26*

DIALLO A.B, DIALLO M., JAFFRE .Y. (2004) *La lutte contre la tuberculose vue du « terrain »représentations populaires de la maladie et accès aux soins à Conakry (Guinée), Médecine Tropicale ; 64 : 619 625*

DIOP, M.F. (1996) *Etude des facteurs socio-économiques et culturels liés à l'abandon du traitement antituberculeux. Dakar Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, département de pharmacie Université Cheikh AntaDiop de Dakar, Thèse de pharmacie*

KNAFF .C (2010), « *Façons de vivre, de se soigner* » *Etude ethnologique des représentations sociales de la tuberculose chez les RomsCaramidari, Institut de formation des cadres de santé-Ile de France centre hospitalier Sainte Anne, Paris*

KEITE.B (1993), *Les facteurs d'abandon du traitement antituberculeux à Bamako, SIDALERTE*

KIMANDA, M.A, (2006) *La tuberculose pulmonaire au cours de l'infection a VIH : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Thèse de médecine, Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie Université Cheikh AntaDiop de Dakar*

OMS, (2002), *Stratégie de l'Organisation mondiale de la santé de la médecine traditionnelle pour 2000-2005, OMS*

OMS (2016), *Rapport mondial, OMS*

PNT (2013). *Enquête cap sur la tuberculose auprès de la communauté du Sénégal, ministère de la santé*

PNT (2015). *Rapport d'activités, Sénégal, ministère de la santé*

PNT (2016). *Rapport d'activités, Sénégal, ministère de la santé*

RIISIAU. N & BONARDI. C (2001), *Les représentations sociales, état des lieux et perspectives, MARGADA.*

SALAMATOU, M.W (1990), *Les causes de l'irrégularité au traitement antituberculeux*, ENSETP, Université Cheikh AntaDiop Mémoire de fin d'études.

STOP TB PARTENERSHIP (2014), *Renforcement des systèmes communautaires et tuberculose*, Partenariat halte à la tuberculose

WEBOGRAPHIE

https://www.theunion.org/journals/english/article/27_eastwood-jan_220.pdf consulté le 04/01/2018

https://www.planete-senegal.com/fichier/yoff_tourisme_equitable.pdf consulté le 09/12/2017

http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/ consulté le 04/01/2018

https://www.pressafrik.com/%E2%80%8BTuberculose-au-Senegal-300-deces-enregistres-annuellement-sur-les-13-166-cas-de-malades_a163056.html consulté le 11/02/2018

<http://www.who.int/tb/endtb-sdg-ministerial-conference/fr/> consulté le 11/02/2018

<http://www.enqueteplus.com/content/tuberculose-au-senegal-le-nouveau-traitement-est-efficace>

<http://www.who.int/tb/endtb-sdg-ministerial-conference/fr/> consulté le 04/01/2018

https://www.pressafrik.com/%E2%80%8BTuberculose-au-Senegal-300-deces-enregistres-annuellement-sur-les-13-166-cas-de-malades_a163056.html

http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/ consulté le 04/01/2018

<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm>
consulté le 09/12/2017

<https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656-p-295.htm> consulté le
09/12/2017

<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/3/11-040311/fr/> consulté le 09/12/2017

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'animation du focus groupe avec les élèves et les femmes ménagères

Guide d'entretien – représentations sociales de la tuberculose

Bonjour. Merci d'avoir accepté de nous consacrer un peu de votre précieux temps. Je réalise cet entretien pour recueillir votre avis sur les représentations sociales liées à la tuberculose. Cet entretien est réalisé dans le cadre de la rédaction d'un mémoire portant sur l'analyse des représentations sociales de la tuberculose, en vue de contribuer à la lutte contre la tuberculose. Êtes-vous toujours d'accord pour participer ? Acceptez-vous que nous enregistrons l'entretien ?

I. INFORMATION SUR LA TUBERCULOSE

1. Avez-vous une fois été atteint(e) par la tuberculose ?
2. Si oui quel a été votre première attitude ?
3. Quelles perceptions avez-vous sur la tuberculose ?
4. Quel est le vecteur de la tuberculose ?
5. La tuberculose est-elle contagieuse ? comment ?
6. Selon vous comment se manifeste la tuberculose ?
7. Connaissez-vous quelqu'un qui était atteint par la tuberculose ?
8. Quelle a été votre attitude envers lui ?
- 9.

Explorer brièvement...

II. PERCEPTION DE LA SENSIBILISATION SUR LA TUBERCULOSE

1. Avez-vous assisté une fois à une séance de sensibilisation sur la tuberculose ?
- 2.

Explorer brièvement...

III. MESURES PREVENTIVES

1. Connaissez-vous quelques mesures préventives à prendre pour éviter la tuberculose ?

2. Si oui lesquelles ?
- 3.

V. IDENTIFICATION DU REpondANT

1. Sexe :
2. Quel est votre âge ?
3. Vous êtes originaire de quelle région ?
4. Situation matrimoniale :
5. Dans quel quartier habitez-vous ?
6. Quelle est votre profession
7. quel est votre niveau d'études ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 2 : Guide d'entretien auprès des malades

Guide d'entretien – représentations sociales de la tuberculose

Bonjour. Merci d'avoir accepté de nous consacrer un peu de votre précieux temps. Je réalise cet entretien pour recueillir votre avis sur les représentations sociales liées à la tuberculose. Cet entretien est réalisé dans le cadre de la rédaction d'un mémoire portant sur l'analyse des représentations sociales de la tuberculose, en vue de contribuer à la lutte contre la tuberculose. Êtes-vous toujours d'accord pour participer ? Acceptez-vous que nous enregistrons l'entretien ?

I. PERCEPTION DE LA TUBERCULOSE (VUE PAR LE MALADE)

10. Qu'est-ce que la tuberculose selon vous ?
11. Comment considérez-vous la tuberculose ?
12. . Comment avez-vous réagi lors des premiers signes de la maladie ?

Explorer brièvement...

II. RECOURS AUX SOINS

3. Combien de temps s'est écoulé entre la date de l'apparition des premiers signes de la maladie et celle de votre première consultation dans un service de santé ?
4. Quels sont les premiers signes que vous aviez ressentis ?
5. Avez-vous pris des médicaments ?

Explorer brièvement...

III. TUBERCULOSE ET ENTOURAGE

4. Avant la maladie, quelle était l'attitude de votre famille envers vous ?
5. Avec la maladie, cette attitude a-t-elle changé ? comment ? **Explorer brièvement...**
6. Concrètement, quel sont les actes posés par votre entourage qui traduisent cette attitude ?
7. La tuberculose a-t-elle modifiée votre comportement dans la vie courante ? comment ?
8. Continuez-vous avec la maladie à exercer votre activité professionnelle ? Explorer brièvement...
9. Votre famille vous soutient-elle dans votre maladie ? Si oui quelle est la nature de ce soutien ?

10. Comment percevez-vous (jugez-vous) l'accueil du personnel de santé ?
11. Les agents de santé s'occupent-ils bien de vous ? expliquer comment ?
12. Quelles sont vos attentes vis-à-vis du personnel de santé ?

IV. SUIVI DU TRAITEMENT

1. Depuis que vous avez commencé le traitement, avez-vous manqué un rendez-vous ?
2. Quels types de médicaments prenez-vous ?
3. Combien de comprimés (injections) prenez-vous par jour ?
4. Les prenez-vous comme on vous l'a indiqué ? pourquoi
5. Vous êtes à combien de mois de traitement ?

III. SUIVI DU TRAITEMENT

1. Connaissez-vous la durée du traitement ? quelle est cette durée ?
2. Êtes-vous sensibilisé sur les exigences du traitement ? comment ?
3. Après avoir été sensibilisé, comment percevez-vous la tuberculose maintenant avec votre traitement ? Quelles suggestions pouvez-vous faire pour l'amélioration de la lutte contre la tuberculose ?

V. IDENTIFICATION DU REpondant

7. Sexe :
8. Quel est votre âge ?
9. Vous êtes originaire de quelle région ?
10. Situation matrimoniale :
11. Dans quel quartier habitez-vous ?
12. Quelle est votre profession
13. Quel est votre source de revenus ?
8. quel est votre niveau d'études ?

Table des matières

DEDICACES	1
REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ACRONYMES	4
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX.....	7
TABLE DES MATIERES	8
Introduction	8
CHAPITRE I : ANALYSE SITUATIONNELLE	11
I. Analyse de l'environnement externe.....	11
1. Généralités sur le pays.....	11
2. Le système de santé du Sénégal	12
3. Synthèse de l'analyse de l'environnement externe du système de santé.....	14
II. Analyse de l'environnement interne	15
1. Présentation de la commune d'arrondissement de Yoff.....	15
2. Présentation du centre de santé Philippe Maguilen Senghor de Yoff	18
3. Organisation du centre de santé.....	20
4. Synthèse de l'analyse de l'environnement interne	25
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE.....	27
I. GENERALITES SUR LA TUBERCULOSE.....	27
II. Stratégies de mise en œuvre	34
III. Problématique.....	36
IV. Identification du problème.....	41
V. Revue de la littérature	43
VI. Définition conceptuelle.....	51
VII. Les objectifs de la recherche	53
1. Objectif général	53

2. Objectifs spécifiques.....	54
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	56
I. Type d'étude.....	56
II. Population de l'étude.....	56
III. Recherche documentaire.....	56
IV. taille de l'échantillon	56
V. Outils de collecte des données	57
VI. Déroulement de l'étude	58
VII. Difficultés rencontrées.....	58
CHAPITRE IV : Présentation des résultats des enquêtes	59
I. Enquête avec les malades.....	59
1. Caractéristiques sociodémographiques des malades enquêtés dans l'étude.....	59
2. Grille d'analyse de contenu des entretiens individuels avec les malades.....	60
3. Exploitations des données	66
II. Enquête avec la population saine	71
1. Avec les élèves	71
2. Avec les femmes ménagères.....	74
CHAPITRE V : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES.....	79
I. Identification des causes.....	79
1. Présentation de l'outil.....	79
2. Identification des causes selon la revue de la littérature	80
II. Hiérarchisation des causes	83
CHAPITRE VI : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	86
I. Solution selon la littérature	86
II. Solutions de l'étude.....	87
III. Priorisation des solutions.....	87
CHAPITRE VII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	89

I. Mise en œuvre de la solution.....	89
1. Objectif général	89
2. Objectifs spécifiques.....	89
3. Résultats attendus	89
4. Activités.....	89
II. Cadre logique	91
III. Plan opérationnel	95
IV. Chronogramme des activités	98
V. Budgétisation.....	99
VI. Suivi-évaluation.....	100
VII. RECOMMANDATIONS	103
Conclusion.....	105
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	A
Annexe 1 : Guide d'animation du focus groupe avec les élèves et les femmes ménagères.....	D
Annexe 2 : Guide d'entretien auprès des malades	F